



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2004/49
16 de febrero de 2004

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
60º período de sesiones
Tema 10 del programa provisional

LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

**El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible
de salud física y mental**

Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt*

* Este informe se presentó con retraso para incluir en él información más reciente.

Resumen

En el presente informe se describen concisamente algunas de las actividades realizadas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, con posterioridad a su primer informe provisional a la Asamblea General (A/58/427).

En la sección I el Relator Especial considera la salud sexual y reproductiva en el contexto del derecho a la salud; este texto es la contribución del Relator al décimo aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994). Por lo menos tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio están directamente relacionados con la salud sexual y reproductiva. El Relator Especial opina que el derecho a la salud sexual y reproductiva tiene un papel indispensable que desempeñar en el combate contra la intolerancia, la desigualdad de género, el VIH/SIDA y la pobreza, y recomienda que se preste mayor atención a una comprensión adecuada de la salud reproductiva, los derechos reproductivos, la salud sexual y los derechos sexuales.

En la sección II el Relator Especial estudia la relación existente entre el derecho a la salud y la reducción de la pobreza. Aunque se usa como referencia la Estrategia para la Reducción de la Pobreza de Níger, gran parte del análisis se aplica también a otras estrategias de reducción de la pobreza. El Relator Especial sostiene que el derecho a la salud puede reforzar y mejorar las estrategias de reducción de la pobreza.

En la sección III figura una breve actualización de las actividades del Relator Especial respecto de las enfermedades descuidadas y el desequilibrio 10/90. De conformidad con la resolución 2003/28 de la Comisión, en la sección IV se ofrecen algunas breves observaciones sobre el derecho a la salud y la prevención de la violencia.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 6	4
I. LOS DERECHOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ..	7 - 56	4
II. LA POBREZA Y EL DERECHO A LA SALUD: LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN EL NÍGER.....	57 - 75	19
III. ENFERMEDADES DESCUIDADAS.....	76 - 80	24
IV. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA.....	81 - 86	25
V. CONCLUSIÓN	87 - 89	27

INTRODUCCIÓN

1. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental presentó su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos en el 59º período de sesiones de ésta, celebrado en abril de 2003 (E/CN.4/2003/58). En el informe se describe el enfoque que el Relator Especial pretende dar a su mandato, incluidos los objetivos básicos, los temas principales y las iniciativas clave que deben perseguirse. En su resolución 2003/28, la Comisión de Derechos Humanos tomó nota con interés del informe preliminar del Relator Especial e invitó a éste a prestar especial atención a los vínculos existentes entre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, así como los que existen entre la realización de ese derecho y los aspectos de discriminación y estigmatización, pidiéndole que considerara en especial la determinación de las mejores prácticas para la operacionalización efectiva del derecho a la salud. La Comisión pidió además al Relator Especial que continuara con su análisis de los problemas relacionados con las enfermedades raras, incluidas las enfermedades muy raras, y la función de las evaluaciones de los efectos en la salud. Asimismo, le pidió que le presentara un informe anual y un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato.

Actividades recientes

2. El Relator Especial presentó su primer informe provisional a la Asamblea General (A/58/427) en noviembre de 2003. En el informe se da cuenta de las actividades realizadas por el Relator Especial después de la presentación de su informe preliminar a la Comisión y se tratan algunas cuestiones que el Relator considera de particular interés. Se considera la cuestión de los indicadores del derecho a la salud que, a juicio del Relator Especial, pueden ayudar a los Estados y a otras instancias a determinar cuándo hacen falta ajustes normativos a escala nacional e internacional. Asimismo, el informe proporciona un panorama introductorio de algunas de las cuestiones conceptuales y de otras cuestiones que se derivan de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. El Relator Especial expone su preocupación por los obstáculos que subsistan al acceso a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y destaca la necesidad de hacer frente a las consecuencias para el derecho a la salud de las enfermedades descuidadas. En su resolución 2003/18, la Comisión de Derechos Humanos invitó a todos los relatores especiales cuyos mandatos tuvieran que ver con la realización de los derechos económicos, sociales y culturales a que dieran a conocer su opinión sobre la propuesta de un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En consecuencia, en el informe provisional del Relator Especial figuran algunas observaciones al respecto.

3. En octubre de 2003, por invitación de la Canadian Society for International Health (CSIH) y de Action Canada for Population and Development (ACPD), el Relator Especial asistió a la décima Conferencia Anual Canadiense sobre la Salud Internacional, en la que fue el orador principal con una intervención sobre "El derecho a la salud: nuevas oportunidades y desafíos". En el curso de su visita al Canadá, el Relator Especial celebró una serie de reuniones oficiosas con funcionarios de Ottawa en el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional, el Departamento de Justicia, el Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional, y Health Canada. Además, el Relator se entrevistó con varias organizaciones de la sociedad civil en Ottawa, participó en una mesa redonda con organizaciones no gubernamentales (ONG) sobre el derecho a la salud, y se reunió con representantes de las comunidades indígenas para examinar cuestiones relativas a la salud de los aborígenes y las políticas conexas a los niveles federal y

provincial. El Relator Especial está sumamente agradecido a todos los que organizaron esas reuniones o participaron en ellas y especialmente a CSIH y ACPD por su invitación inicial a visitar el Canadá.

4. Durante su estancia en los Estados Unidos de América para presentar su informe provisional a la Asamblea General, el Relator Especial aprovechó la oportunidad para entrevistarse con representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Nueva York. Asimismo, se reunió con funcionarios que trabajan en el Proyecto del Milenio, así como con miembros del Grupo de Tareas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En una conferencia organizada por el Centro de Derechos Humanos y Justicia Social de la Universidad de Nueva York, el Relator Especial habló de los derechos humanos y de los objetivos de desarrollo del Milenio. El Relator Especial se desplazó a Washington D.C. para celebrar reuniones en el Banco Mundial con objeto de examinar diversas cuestiones relacionadas con la pobreza y la salud. Tanto en Nueva York como en Washington, el Relator Especial se entrevistó con miembros de varias ONG. En el informe del Secretario General sobre los derechos económicos, sociales y culturales (E/CN.4/2004/38, párrs. 11 y 15) se da cuenta de otras actividades del Relator Especial durante el período comprendido por el informe.

Comunicaciones individuales

5. De conformidad con el párrafo 5 a) de la resolución 2002/31, el Relator Especial ha recibido información de ONG y de particulares sobre el derecho a la salud. Parte de esta información concernía a presuntas violaciones del derecho a la salud. Varias de estas denuncias se refieren a la falta de acceso de los detenidos o reclusos a la atención de la salud, bienes o servicios. En algunos casos, las autoridades estatales parecen haber negado el acceso a los servicios de atención de la salud a personas detenidas que necesitaban asistencia médica. También se ha recibido información sobre supuestas persecuciones de personal médico por razón de sus actividades profesionales; discriminaciones contra particulares o grupos por causa de su estado de salud, incluidas personas con VIH/SIDA; trato médico no consensual; trato abusivo de enfermos mentales y denegación de servicios sanitarios a trabajadores migrantes. El Relator Especial desea destacar que algunas de las denuncias señaladas a su atención parecen muy graves y verosímiles.

6. A la vista de los párrafos 5 a) a d) de la resolución 2003/31, el Relator Especial ha reaccionado a algunas de las informaciones recibidas escribiendo a los gobiernos interesados, bien junto con otros titulares de mandatos de procedimientos especiales o bien por su cuenta, rogándoles que den a conocer sus observaciones sobre la denuncia, pidiendo aclaraciones, o recordándoles las obligaciones que les impone el derecho internacional en relación con el derecho a la salud y pidiéndoles información, cuando proceda, sobre las medidas adoptadas por las autoridades para remediar la situación. El Relator Especial agradece las respuestas que ha recibido de unos pocos gobiernos. Insta a todos los gobiernos a responder sin demora a sus comunicaciones y, en los casos pertinentes, ha tomado todas las medidas necesarias para remediar la situación que ha dado lugar a la violación del derecho a la salud.

I. LOS DERECHOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

7. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, fue un acontecimiento memorable en el curso del cual los Estados participantes reconocieron que la salud sexual y reproductiva es fundamental para los individuos, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones. La Conferencia representó la superación de los programas de planificación limitados estrictamente a la familia, situó a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción, y reconoció que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva. Este nuevo planteamiento se confirmó al año siguiente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing¹.

8. En el contexto de su contribución al décimo aniversario de la CIPD, el Relator Especial dedica la presente sección de su informe a la salud sexual y reproductiva. Estas cuestiones se cuentan entre las más sensibles y controvertidas del derecho humanitario internacional, y también entre las más importantes. Su sensibilidad e importancia se han plasmado en los Objetivos de Desarrollo que se derivan de la Declaración del Milenio. Si bien por una parte los Objetivos no mencionan expresamente la salud sexual y reproductiva, por la otra, por lo menos tres de los ocho Objetivos -los relativos a la salud materna, la salud infantil y el VIH/SIDA- están directamente relacionados con esta materia². El Relator Especial insta a todos los agentes a que reconozcan explícitamente que las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva tienen un papel fundamental que desempeñar en la batalla mundial contra la pobreza.

9. Como confirmó la Comisión de Derechos Humanos en 2003, "la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de la salud física y mental"³. El presente informe estudia las consecuencias de esta proposición capital en base a las conclusiones de las conferencias mundiales, en particular la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y sus respectivos exámenes quinquenales, así como instrumentos internacionales de derechos humanos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño. En el examen que figura a continuación se tienen en cuenta también los principios fundamentales que inspiran los derechos humanos, como la no discriminación, la igualdad y la privacidad, así como la integridad, la autonomía, la dignidad y el bienestar del individuo.

10. Las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva no sólo son sensibles, controvertidas e importantes, sino que además son amplias y complejas. Aunque las observaciones que figuran a continuación no son exhaustivas, el Relator Especial espera que

¹ Este nuevo enfoque se vio confirmado en las respectivas conferencias quinquenales de seguimiento.

² Otros Objetivos del Milenio conciernen a los factores determinantes de la salud, como la pobreza extrema y la igualdad de género.

³ Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6.

contribuyan a un entendimiento más completo de uno de los logros de la CIPD, a saber, el reconocimiento de que los derechos humanos tienen un papel indispensable que desempeñar en relación con la salud sexual y reproductiva. El Relator espera también que los párrafos siguientes harán cobrar mayor conciencia del hecho de que la CIPD, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer y el sistema de los derechos humanos de las Naciones Unidas constituyen normas y procesos complementarios entre sí.

La magnitud del desafío⁴

11. La mala salud sexual y reproductiva representa casi el 20% de la carga global de la mala salud de las mujeres, y el 14% de los hombres. Se estima que en 2000, 529.000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, la mayoría de las cuales podían evitarse; el 99% de las muertes maternas se registran en los países en desarrollo. En los Estados en transición y en los países en desarrollo más de 120 millones de parejas no utilizan ningún medio contraceptivo, aunque no quieran tener hijos o deseen espaciar los partos. Alrededor de 80 millones de mujeres sufren embarazos involuntarios todos los años; de ellas, unos 45 millones abortan. De estas mujeres que abortan, alrededor de 19 millones lo hacen en malas condiciones que son causa de 68.000 fallecimientos, o sea, el 13% de todas las muertes relacionadas con el embarazo⁵. Aparte de la mortalidad, el aborto en malas condiciones produce niveles elevados de morbilidad.

12. Cada año hay 340 millones de casos nuevos de infecciones bacteriales sexualmente transmitidas que en gran parte se prestan a tratamiento; muchas de estas infecciones no son tratadas. Todos los años se registran millones de infecciones virales, en gran parte incurables, entre ellas 5 millones de nuevas infecciones de VIH, de las cuales 600.000 son transmitidas de madres a hijos. Todos los días, 6.000 jóvenes de 15 a 24 años de edad contraen la infección del VIH. En el África subsahariana y en el Asia meridional, alrededor del 65% de los jóvenes que viven con VIH/SIDA son de sexo femenino.

13. Como es natural, no todos los casos de mala salud sexual y reproductiva suponen una violación del derecho a la salud u otros derechos humanos. La mala salud constituye una violación de los derechos humanos cuando es causada, en su totalidad o en parte, por el hecho de que un responsable -típicamente un Estado- incumple su deber de respetar, proteger o cumplir una obligación relativa a los derechos humanos. Hay obstáculos que impiden el disfrute de la salud sexual y reproductiva a los individuos. Desde una perspectiva de los derechos humanos, cabe hacerse la siguiente pregunta fundamental: ¿Hacen los responsables de los derechos humanos todo lo que pueden por dismantelar estas barreras para la salud?

⁴ Por varios motivos, la mala salud sexual y reproductiva es un fenómeno gravemente subestimado, y por ello las estadísticas no captan plenamente su gravedad. No obstante, los datos dan algunas indicaciones sobre la magnitud del problema.

⁵ Un aborto en malas condiciones es un procedimiento para poner fin a un embarazo no deseado que llevan a cabo personas que carecen de los conocimientos necesarios, o bien que se realiza en un entorno carente de las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas.

14. De los numerosos obstáculos a la salud sexual y reproductiva, muchos están interrelacionados y se encuentran profundamente arraigados. Estos obstáculos se presentan en diferentes niveles: los cuidados clínicos, el nivel de los sistemas sanitarios, y los factores determinantes de la salud⁶. Además de los factores biológicos, las condiciones sociales y económicas influyen de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de la mujer. La modesta condición social de las jóvenes y las mujeres suele contribuir a su mala salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres sufren violencias durante el embarazo, que pueden provocar abortos y nacimientos prematuros, y el peso insuficiente de los recién nacidos. Algunas opiniones tradicionales en materia de sexualidad obstaculizan a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como el suministro de información fiable, y tienen un efecto especialmente nocivo para los adolescentes⁷. La pobreza guarda relación con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud. Con demasiada frecuencia la mejora de los servicios públicos de salud beneficia sobre todo a los más ricos.

15. El planteamiento de estas cuestiones desde una perspectiva de los derechos humanos puede profundizar el análisis y contribuir a identificar políticas eficaces, equitativas y pragmáticas para abordar tan complejos problemas. Es esencial que las normas jurídicas en materia de derechos humanos impongan a los responsables la obligación de hacer todo lo que puedan para dismantelar las barreras a la salud sexual y reproductiva. A este respecto, las normas de derechos humanos ofrecen posibilidades de informar a personas vulnerables y comunidades desfavorecidas, y potenciar su capacidad. Antes de seguir examinando estas cuestiones en el contexto particular del derecho a la salud, conviene hacer algunas observaciones sobre los enfoques de la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer respecto de los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva.

El Cairo: algunas definiciones fundamentales

16. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (A/CONF.171/13, cap. I, sec. 1), aprobado por consenso, contiene algunos principios y definiciones innovadores en relación con la salud sexual y reproductiva, que siguen siendo sumamente pertinentes.

17. El capítulo II confirma 15 principios por los que se guiaron los participantes en El Cairo y "se siguen guiando". El principio 1 da comienzo con la frase: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos". Según el principio 8: "Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual". El principio 3

⁶ Ejemplos de factores determinantes de la salud pueden verse en el documento E/CN.4/2003/58, párr. 23. En resumidos términos, son condiciones sociales, económicas y de otro tipo que influyen en el estado de la salud, como el acceso a un saneamiento adecuado, las condiciones en el lugar de trabajo y la educación.

⁷ Véase *Making 1 Billion Count: Investing in Adolescents' Health and Rights*, FNUAP, 2003.

confirma lo siguiente: "El derecho al desarrollo es un derecho universal e inalienable, que es parte integrante de los derechos humanos fundamentales". En otros varios principios se mencionan explícitamente los restantes derechos humanos. En resumidos términos, los principios ofrecen un marco de derechos humanos en el que insertar las leyes, políticas, programas y proyectos relativos a la salud sexual y reproductiva⁸.

18. El capítulo VII, que significativamente se titula "Derechos reproductivos y salud reproductiva", es de importancia capital. Los párrafos 7.2 y 7.3 son largos, pero son tan importantes en el contexto precedente que es necesario reproducirlos *in extenso*:

"7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

7.3. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En el ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos debe ser la base primordial de las políticas y

⁸ En el párrafo 54 del presente informe se indica un medio posible de reforzar el marco.

programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia."⁹

19. El año siguiente, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer adoptó, también por consenso, las mismas disposiciones en la Plataforma de Acción de Beijing (A/CONF.177/20/Rev.1, cap. I, sec. 1)¹⁰. No obstante, en Beijing los participantes añadieron lo siguiente:

"Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias ente la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual." (Párr. 96.)

20. El Relator Especial no desea analizar estas disposiciones en detalle, sino que se limitará a hacer tres observaciones inspiradas en los consensos de El Cairo y de Beijing:

- a) En relación con la salud sexual y la salud reproductiva hay varios derechos humanos interrelacionados y complementarios, como los que se plasman en los párrafos 7.2 y 7.3 del Programa de Acción de la CIPD, a saber, "el derecho del hombre y la mujer a obtener información... y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables... de planificación de la familia de su elección";
- b) De estos derechos, el de mayor alcance es el derecho "a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva", que también se refleja en el principio 8;
- c) Aunque existe evidentemente una estrecha relación entre la salud sexual y la salud reproductiva, la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer reconocieron que la salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones propias y diferentes del bienestar humano.

21. En la próxima sección, el Relator Especial examina la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto del derecho a la salud y los consensos de El Cairo y de Beijing. Sin embargo, considerando la situación a los diez años de la celebración de la CIPD, al Relator Especial le preocupan ciertas limitaciones en relación con las definiciones adoptadas. Más adelante se consignan algunas observaciones conclusivas del Relator sobre estas cuestiones.

⁹ En el párrafo 7.3 figuran otras indicaciones importantes que no se reproducen aquí por falta de espacio.

¹⁰ El texto de los párrafos 7.2 y 7.3 del Programa de Acción del CIPD se consigna en los párrafos 19 a 94 de la Plataforma de Beijing.

La evolución de las normas y las obligaciones

22. En su informe preliminar el Relator Especial subrayó el alcance del derecho internacional a la salud por referencia a normas y conceptos existentes, como las libertades, los derechos, las obligaciones inmediatas y la asistencia y la cooperación internacionales (E/CN.4/2003/58, párrs. 22 a 36). En el presente informe el Relator empieza a aplicar estos criterios a la salud sexual y la salud reproductiva en el contexto de las conferencias de El Cairo y Beijing y los respectivos exámenes quinquenales. Como hizo en su informe preliminar, el Relator Especial se basa en las concepciones pertinentes, de jurisprudencia y de política, que proporcionan los órganos derivados de los tratados sobre derechos humanos de las Naciones Unidas, a la luz de su experiencia en el examen de los informes de los Estados Partes durante muchos años¹¹. El Relator Especial basa su examen, en el entendimiento de que la salud sexual y la salud reproductiva son "elementos integrantes" del derecho a la salud¹².

23. Como era inevitable, en los siguientes párrafos hay algunas repeticiones. Por ejemplo, la discriminación aparece en la mayoría de las secciones y, además, se dedica una sección aparte a la vulnerabilidad, la discriminación y la estigmatización. En opinión del Relator Especial, esta división es adecuada, por la naturaleza amplia y arraigada de la discriminación multidimensional en el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva¹³.

Libertades

24. El derecho a la salud, incluidas la salud sexual y la reproductiva, comprende a la vez libertades, como la libertad de discriminación, y derechos.

25. En el contexto de la salud sexual y la salud reproductiva, entre las libertades figura el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo. La violación y otras formas de violencia sexual, como el embarazo forzado, los métodos de contracepción no consensuados (por ejemplo, la esterilización forzada y el aborto forzado), la mutilación/ablación genital de la mujer y el matrimonio forzado, constituyen otras tantas violaciones de la libertad sexual y reproductiva, y son incompatibles, de por sí y en su esencia, con el derecho a la salud.

26. Algunas prácticas culturales, como la mutilación/ablación genital de la mujer, entrañan un riesgo elevado de discapacidad y muerte. En los países donde se sigue esta práctica, los Estados deberían tomar medidas adecuadas y eficaces para erradicarla, así como otras prácticas dañinas, de conformidad con las obligaciones que les incumben en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño. El matrimonio precoz, que afecta de un modo desproporcionado a las

¹¹ En particular, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24, Comité de los Derechos del Niño, Observaciones generales Nos. 3 y 4, y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14.

¹² Resolución 2003/28 de la Comisión de Derechos Humanos.

¹³ Uno de los temas paralelos del Relator es el constituido por la discriminación y la estigmatización: véase el documento A/CN.4/2003/58, párr. 41.

jóvenes, se registra predominantemente en el Asia meridional y en el África subsahariana, donde más del 50% de las jóvenes de 18 años de edad están casadas. Entre otros problemas, el matrimonio precoz entraña peligros para la salud, como los resultantes del embarazo prematuro. En relación con la salud de los adolescentes, los Estados están obligados a fijar edades mínimas para el consentimiento sexual y el matrimonio¹⁴.

27. Hay que tener muy en cuenta que el derecho internacional a la salud, aunque debe realizarse gradualmente y está sujeto a limitaciones de recursos, impone varias obligaciones de efecto inmediato (ibíd., párr. 27). Entre estas obligaciones inmediatas figura el deber del Estado de respetar la libertad del individuo en lo tocante a controlar su salud y disponer de su cuerpo. Por ejemplo, una obligación inmediata del Estado es la de no practicar la esterilización forzosa ni aplicar prácticas discriminatorias. En otros términos, las libertades relativas a la salud sexual y reproductiva no deben estar sujetas a la realización gradual ni a la disponibilidad de recursos.

Derechos

28. El derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud¹⁵. Por ejemplo, las mujeres deben gozar de igualdad de acceso, de hecho y de derecho, a la información sobre las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva.

29. Así pues, los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud reproductiva y materno-infantil, entre ellos los servicios adecuados para las mujeres embarazadas, que, cuando sea necesario, habrán de ser gratuitos¹⁶. Más en concreto, los Estados deberían mejorar una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva, entre ellos el acceso a la planificación familiar, la atención prenatal y postnatal, los servicios obstétricos de emergencia y el acceso a la información. El Relator Especial insta a todos los responsables a que garanticen el acceso a servicios sanitarios tan esenciales como son los ensayos voluntarios, el asesoramiento y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, y los cánceres de mama y del sistema reproductivo, así como el tratamiento de la infertilidad.

30. Como se señalaba en el párrafo 11, los abortos en malas condiciones causan la muerte de unas 68.000 mujeres al año, lo que representa un atentado de proporciones gigantescas contra el derecho a la vida y a la salud¹⁷. Las mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento comprensivo, con indicación de los lugares y

¹⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, párrs. 9 y 19.

¹⁵ E/CN.4/2003/58, párr. 23. En lo relativo a los factores determinantes de la salud, véase la nota 6.

¹⁶ En relación con los servicios gratuitos y el embarazo, véase en particular Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 12.2.

¹⁷ El aborto en malas condiciones también da lugar a una elevada tasa de morbilidad.

plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo. Aunque los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles¹⁸. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan.

31. Aunque los recursos escaseen, los Estados pueden mejorar considerablemente la salud sexual y reproductiva de sus poblaciones. Por ejemplo, en los últimos decenios Sri Lanka ha conseguido progresos importantes en la salud sexual y reproductiva de su población, mejorando la educación, promoviendo la alfabetización de la mujer y mejorando la calidad de los servicios de atención de la salud y haciéndolos más disponibles y accesibles¹⁹.

Vulnerabilidad, discriminación y estigmatización

32. Las normas internacionales de los derechos humanos prohíben toda discriminación en el acceso a la atención de la salud y a sus factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud (ibíd., párrs. 26 y 59 a 68).

33. No obstante, la discriminación y la estigmatización siguen representando una grave amenaza contra la salud sexual y reproductiva de muchos grupos, como las mujeres, las minorías sexuales, los refugiados, las personas con discapacidad, las comunidades rurales, las personas indígenas, las personas que viven con el VIH/SIDA, los trabajadores de la industria del sexo y las personas sometidas a detención. Algunas personas sufren discriminación por varias causas a la vez, como el género, la raza, la pobreza y el estado de salud (ibíd., párr. 62).

34. La discriminación por razones de género limita la capacidad de la mujer de protegerse contra la infección del VIH y responder a sus consecuencias. La vulnerabilidad de mujeres y jóvenes al VIH y al SIDA se complica con otros problemas de los derechos humanos como son el acceso inadecuado a la información, la educación y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual; la violencia sexual; las prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas que afectan a la salud de mujeres y niños (como el matrimonio precoz y el matrimonio forzado), y la falta de capacidad jurídica e igualdad en cuestiones tales como el matrimonio y el divorcio.

35. El estigma y la discriminación asociados con el VIH/SIDA pueden reforzar otros prejuicios, discriminaciones y desigualdades relacionados con el género y la sexualidad. Ello puede hacer que las personas afectadas sean reacias a recurrir a los servicios sanitarios y

¹⁸ *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, OMS, 2003.

¹⁹ *Women's Health in South Asia, WHO Country Profile*, Sri Lanka, disponible en <http://w3.whosea.org/nhd/pdf/61-64.pdf>.

sociales, la información, la educación y el asesoramiento, suponiendo que tales servicios existan. Esto, a su vez, contribuye a la vulnerabilidad de otros a la infección del VIH.

36. Los adolescentes y los jóvenes de menos de 25 años son especialmente vulnerables en lo tocante a la salud sexual y reproductiva. La adolescencia es un período caracterizado por la maduración sexual y reproductiva; sin embargo, en muchos países los adolescentes carecen de acceso a la información y los servicios esenciales y pertinentes en relación con la salud sexual y reproductiva. Hay una gran necesidad de estos servicios. Se calcula que un 16% de las nuevas infecciones de VIH se producen en personas de menos de 15 años de edad, y un 42% en personas de 15 a 24 años de edad. Cada año se comunican 100 millones de casos nuevos de infecciones sexualmente transmitidas entre adolescentes, que en gran parte pueden curarse.

37. En lo referente a la salud de los adolescentes, el Relator Especial recuerda el derecho de los niños a tener "acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental"²⁰; el respeto a su vida privada y la confidencialidad, incluso en relación con la información médica de los adolescentes²¹, y la protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación²². Asimismo, el Relator Especial recuerda los principios que inspiran la Convención sobre los Derechos del Niño, a saber, el derecho del niño a la supervivencia y el desarrollo, la protección de sus intereses y el desarrollo de su capacidad y el derecho a la no discriminación, así como la importancia de que los adolescentes participen de un modo adecuado en la elaboración de las medidas destinadas a su protección²³.

38. Como se ha señalado anteriormente, las normas jurídicas internacionales relativas a los derechos humanos excluyen por completo la discriminación por razones de orientación sexual. La prohibición legal de las relaciones entre personas de un mismo sexo vigente en muchos países, junto con la frecuente falta de apoyo o protección de las minorías sexuales contra la violencia y la discriminación, obstaculiza el disfrute de la salud sexual y reproductiva de muchas personas de identidades o conductas lesbianas, invertidas, bisexuales o transexuales²⁴. Además, el Relator Especial recuerda que la Comisión de Derechos Humanos, en el caso *Toonen c. Australia*, observó que: "la penalización de las prácticas homosexuales iría en contra de la

²⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 17.

²¹ *Ibid.*, art. 16 y Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 11.

²² *Ibid.*, arts. 19, 32 a 36 y 38.

²³ Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 2, 3, 5, 6 y 12. Véase también Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4, párr. 12.

²⁴ Otros relatores especiales han documentado la violencia y la discriminación por causa de la orientación sexual. Véase, por ejemplo, el informe de la Sra. Asma Jahangir, Relatora Especial sobre las ejecuciones extrajudiciales, arbitrarias o sumarias (E/CN.4/2001/9), párrs. 48 a 50 y el informe del Relator Especial sobre la cuestión de la tortura (A/56/156), párrs. 17 a 25.

ejecución de programas de educación eficaces en materia de prevención de la infección por el VIH y del SIDA"²⁵.

39. En el contexto del obligatorio combate contra la discriminación, los Estados tienen el deber de garantizar el suministro de información y servicios sanitarios a los grupos vulnerables. Por ejemplo, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para que las mujeres puedan tomar decisiones por su cuenta en relación con su salud sexual y reproductiva, sin coacción, violencia o discriminación alguna. Los Estados deben tomar medidas para reparar la violencia de género y garantizar la disponibilidad de servicios sensibles y compasivos para los supervivientes de las violencias de género, entre ellas la violación y el incesto. Los Estados deben asegurarse de que los adolescentes están en condiciones de recibir información, entre otras cosas acerca de la planificación familiar y los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz y la prevención de infecciones venéreas, como el VIH/SIDA, y servicios adecuados para la salud sexual y reproductiva. Conforme a las decisiones del caso *Toonen c. Australia* y a otras muchas decisiones internacionales y nacionales, los Estados deben garantizar la disponibilidad de servicios sexuales y otros servicios sanitarios para hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres, lesbianas y personas transexuales y bisexuales. Es igualmente importante garantizar la existencia de servicios de asesoramiento voluntario, ensayos y tratamiento de infecciones sexualmente transmitidas para los trabajadores de la industria del sexo.

40. Por último, en el contexto de la salud sexual y reproductiva puede suceder que se incumpla el deber médico de confidencialidad. A veces estos incumplimientos, si van acompañados de la estigmatización, dan lugar a pérdidas inmotivadas de empleo, expulsión de familias y comunidades, agresiones físicas y otros abusos. Además, la no confidencialidad puede disuadir a las personas de buscar asesoramiento y tratamiento, con el consiguiente perjuicio para su salud y su bienestar. Así pues, los Estados están obligados a tomar medidas eficaces para garantizar la confidencialidad y la privacidad de los servicios médicos.

Disponible, accesible, aceptable y de buena calidad

41. Los marcos o instrumentos analíticos pueden facilitar una comprensión más profunda de los derechos económicos, sociales o culturales, incluido el derecho a la salud (ibíd., párrs. 33 a 36). Un marco especialmente útil para la adopción de políticas es el constituido por la condición de que los servicios, bienes e instalaciones sanitarios, incluidos los factores determinantes de la salud, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Este marco analítico engloba a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones para la salud sexual y reproductiva han de estar *disponibles* en número suficiente dentro de la jurisdicción de un Estado, han de ser *accesibles* geográfica y económicamente (o sea, ser económicos) y no ser discriminatorios; además, estos servicios han de ser culturalmente *aceptables*, por ejemplo, para las minorías y los pueblos indígenas, sensibles a las necesidades de género y del ciclo vital, y respetuosos de la confidencialidad. Asimismo, han de ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de *buena calidad*.

42. Cuando se aplica este marco a la salud sexual y reproductiva, se ve claramente que los elementos clave de disponibilidad, acceso, etc., suelen estar ausentes. Por ejemplo, en muchos

²⁵ *Toonen c. Australia*, 4 de abril de 1994 (CCPR/C/50/D/488/1992), párr. 8.5.

países la información sobre la salud sexual y reproductiva no está fácilmente *disponible* ni es *accesible* a todos, en particular las mujeres y los adolescentes. Con frecuencia los servicios de salud sexual y reproductiva son geográficamente *inaccesibles* para las comunidades que viven en zonas rurales. En ocasiones estos servicios no se proporcionan en una forma culturalmente *aceptable* para las poblaciones indígenas y otros grupos no dominantes. Por último, los servicios y los factores determinantes que son pertinentes para la salud, como la educación, suelen ser de *calidad inferior*.

Respetar, proteger y cumplir

43. Otro marco analítico útil es el que viene dado por las obligaciones específicas que impone el derecho internacional a los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud (ibíd., párr. 35). Si el marco descrito en los párrafos precedentes (disponibilidad, etc.) es especialmente útil para la adopción de políticas, el marco basado en el respeto, la protección y el cumplimiento también lo es como medio de afilar el análisis jurídico del derecho a la salud, incluidas la sexual y la reproductiva.

44. Por obligación de *respetar* se entiende que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar el acceso en pie de igualdad de todas las personas a los servicios de la salud sexual y reproductiva, así como a los factores determinantes de dicha salud. Por ejemplo, los Estados no deben negar el derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos. La obligación de *proteger* significa que los Estados deben tomar medidas para impedir que terceros pongan en peligro la salud sexual y reproductiva de otros, mediante, entre otras cosas, la violencia sexual y las prácticas culturales nocivas. Países como Burkina Faso, Ghana, Senegal y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte han promulgado leyes que prohíben expresamente la ablación de los genitales femeninos. La obligación de *cumplimiento* exige que los Estados reconozcan el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, en sus sistemas políticos y jurídicos nacionales. Las administraciones sanitarias deben prever servicios de salud sexual y reproductiva para todos, incluidos los habitantes de las zonas rurales, y los Estados deben lanzar campañas de información, por ejemplo, contra el VIH/SIDA, las prácticas tradicionales nocivas y la violencia doméstica.

Asistencia y cooperación internacionales

45. Además de las obligaciones en el plano interno, los Estados desarrollados tienen la responsabilidad de proporcionar asistencia y cooperación internacionales para garantizar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en los países de bajos ingresos. Esta responsabilidad se infiere de las deliberaciones de recientes conferencias mundiales, como la Cumbre del Milenio, así como de las normas jurídicas internacionales de los derechos humanos²⁶.

46. Así pues, los Estados deben respetar el derecho a la salud en otros países, y hacer de modo que en su actividad como miembros de las organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud y en particular la prestación de ayuda a otros Estados para que alcancen los niveles esenciales mínimos de salud. La comunidad de donantes proporciona

²⁶ Véanse los documentos E/CN.4/2003/58, párr. 28 y A/58/427, párrs. 30 a 34.

fondos importantes para la atención de la salud sexual y reproductiva en muchos países de bajos ingresos. El Relator Especial insta a los países que suministran asistencia a que en sus políticas y programas adopten un enfoque basado en los derechos. Por ejemplo, los fondos que proporcionan deberían destinarse a promover el acceso a una amplia variedad de servicios que son necesarios para el disfrute del derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellos los servicios y la información para reducir la incidencia de los abortos en malas condiciones.

47. Cada vez más, donantes bilaterales y multilaterales proporcionan su apoyo a los presupuestos de la salud, en vez de a determinados proyectos. En general, el Relator Especial ve favorablemente este planteamiento sectorial. Sin embargo, es de la máxima importancia que el enfoque sectorial no margina a la salud sexual y reproductiva. Algunas cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva suscitan sensibilidades que podrían crear un riesgo elevado de marginación. Por este motivo, el Relator Especial insta a todos los agentes a que, haciendo abstracción de los aspectos sensibles, reconozcan explícitamente la función indispensable de la salud sexual y reproductiva en la lucha contra la pobreza. Este reconocimiento explícito es importante porque lo que no se menciona puede muy bien quedarse sin ayuda.

Conclusión

48. El derecho a la salud exige que las políticas, programas y proyectos sanitarios sean de carácter participativo. La participación activa e informada de todos los interesados puede ampliar el consenso y fomentar un sentido de identificación, promover la colaboración y aumentar las posibilidades de éxito. Como la salud sexual, y la reproductiva, forman parte integrante del derecho a la salud, de ello se sigue que todas las iniciativas para su promoción y protección deben formularse, aplicarse y supervisarse con un criterio participativo.

49. El derecho a la salud conlleva la responsabilización. Sin un mecanismo de responsabilización no es probable que las obligaciones derivadas de ese derecho se respeten plenamente, y lo propio puede decirse de los elementos integrantes de la salud sexual y reproductiva. Así pues, en todas las iniciativas de promoción y protección de la salud sexual y reproductiva deben preverse mecanismos eficaces, accesibles y transparentes de responsabilización de todos los agentes.

Observaciones finales: a los diez años de la Conferencia de El Cairo

50. En la sección precedente el Relator Especial consideró la salud sexual y reproductiva a la luz del derecho a la salud y los consensos de El Cairo y Beijing. Como observa el Relator, la Conferencia de El Cairo fue un acontecimiento memorable, en el que se consiguieron logros notables. Sin embargo, transcurridos diez años ha llegado el momento de hacer una evaluación crítica de la CIPD, para lo cual el Relator Especial formula las siguientes observaciones²⁷.

51. En primer lugar, las dos Conferencias confirmaron que:

²⁷ Como es natural, estas observaciones son aplicables a unas pocas de las muchas cuestiones que se tratan en la CIPD.

- a) Numerosos derechos humanos tienen una influencia directa en la salud sexual y reproductiva²⁸;
- b) Existen "derechos reproductivos"²⁹;
- c) Existe un "derecho a alcanzar el máximo nivel de la salud sexual y reproductiva"³⁰;
- d) La salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones del bienestar humano íntimamente relacionadas, pero distintas³¹.

52. En segundo lugar, aunque en las dos Conferencias se reconoció que la salud sexual era distinta de la salud reproductiva, no se reconoció de un modo explícito e inequívoco que los derechos sexuales fueran diferentes de los derechos reproductivos³².

53. En tercer lugar, las dos Conferencias proporcionaron una breve definición de la salud sexual, a saber: "el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual"³³. En su definición más completa, la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, y no simplemente la ausencia de afecciones, disfunciones o enfermedades; la salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de gozar de experiencias sexuales agradables y seguras, exentas de coacción, discriminación y violencia.

54. En cuarto lugar, la sexualidad es una característica que comparten todos los seres humanos. Es un aspecto fundamental de la dignidad del individuo y ayuda a definir a la persona. El Relator Especial toma nota de los principios rectores que han inspirado la normativa internacional de los derechos humanos desde 1945, como la privacidad, la igualdad y la integridad, autonomía, dignidad y bienestar del individuo. El Relator Especial toma nota también de las afirmaciones del párrafo 51 *supra*, todas las cuales han sido ampliamente aceptadas por la comunidad internacional. En estas circunstancias, al Relator Especial no le cabe duda de que una comprensión correcta de los principios fundamentales de los derechos humanos, así como de las normas existentes en esta materia, conduce inevitablemente al reconocimiento de los derechos sexuales como derechos humanos. Entre los derechos sexuales figura el derecho de toda persona a expresar su orientación sexual, teniendo debidamente en cuenta el bienestar y los derechos de los otros, sin temor a persecuciones, privación de libertad o injerencia social.

²⁸ Programa de Acción de El Cairo, CIPD 7.3.

²⁹ *Ibid.*, cap. VII.

³⁰ *Ibid.*, párr. 7.3.

³¹ *Ibid.*, párr. 7.2.

³² Aunque debe tenerse en cuenta el párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing.

³³ Programa de Acción de El Cairo, párr. 7.2, Plataforma de Acción de Beijing, párr. 94.

55. En quinto lugar, el Relator Especial recomienda que se preste mayor atención a la mejora de la comprensión de la salud sexual y los derechos sexuales, así como de la salud reproductiva y los derechos reproductivos³⁴. Hay que prestar más atención al contenido de los derechos sexuales, al derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, y a las relaciones entre ellos. Como muchas expresiones de la sexualidad no son reproductivas, es erróneo subsumir los derechos sexuales, incluido el derecho a la salud sexual, en los derechos reproductivos y la salud reproductiva. Dada la naturaleza de su mandato, al Relator Especial le interesan en particular los derechos a la salud sexual y reproductiva, y de ahí el título de esta sección del informe. Sin embargo, estos derechos deben entenderse en el contexto más amplio de los derechos humanos, que incluyen los derechos sexuales.

56. Por último, considerados en conjunto los derechos a la salud sexual y reproductiva tienen una función indispensable que desempeñar en la lucha contra la intolerancia, la desigualdad de género, el VIH/SIDA y la pobreza mundial.

II. LA POBREZA Y EL DERECHO A LA SALUD: LA ESTRATEGIA PARA LA REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN EL NÍGER

57. En su informe preliminar a la Comisión, el Relator Especial señala en particular algunos proyectos que desea emprender, entre ellos un examen de las estrategias de reducción de la pobreza desde el punto de vista del derecho a la salud. El informe insiste en que el Relator sólo emprenderá estos proyectos en la medida en que lo permitan "los recursos y las oportunidades". En su resolución 2003/28, la Comisión invitó al Relator Especial a prestar "especial atención a los vínculos existentes entre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".

58. En 2002 el Gobierno del Níger preparó su Estrategia global para la reducción de la pobreza (ERP), en el contexto de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados³⁵. En junio de 2003 el Gobierno organizó un Foro en Niamey para promover el apoyo externo a su ERP. A esta reunión, que según ha sido informado el Relator Especial estuvo bien organizada y fue un éxito, asistieron representantes del ACNUDH. El Gobierno del Níger reconoce -y ello le honra- que los derechos humanos tienen un papel esencial que desempeñar en su lucha contra la pobreza, opinión ésta que fue confirmada expresamente por el Primer Ministro en su discurso de apertura del Foro.

³⁴ Cada vez hay más trabajos académicos dedicados a esta cuestión. Una excelente primera lectura es el trabajo de Rebecca Cook, Bernard Dickens y Mahmoud Fathalla, *Reproductive Rights and Human Rights: Integrating Medicine, Ethics, and Law*, Clarendon Press, 2003. Respecto de los derechos sexuales, véase Alice Miller, "Sexual but not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights", *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 4, N° 2, págs. 60 a 109.

³⁵ Gobierno del Níger: *Full Poverty Reduction Strategy*, Niamey, enero de 2002, disponible en línea: http://poverty.worldbank.org/files/9355_NigerPRSP.pdf.

59. El Relator Especial aprovechó la oportunidad que le ofrecía el Foro para preparar algunas observaciones preliminares, desde el punto de vista del derecho a la salud, sobre algunos aspectos de la ERP del Níger relacionados con la salud. Estas breves observaciones se distribuyeron a los participantes con carácter oficioso. El Relator Especial cree que sus observaciones fueron bien recibidas por los participantes, incluidos los representantes del Gobierno.

60. Como quiera que la Comisión ha invitado a examinar estas cuestiones, el Relator Especial desea hacer algunas observaciones acerca de las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, centradas en la Estrategia del Níger y en los comentarios que se distribuyeron en el Foro³⁶. Las observaciones no son de carácter general sino ilustrativo; además, se basan en un examen exclusivamente teórico de la Estrategia: el Relator Especial no ha visitado el Níger ni ha discutido la ERP con profesionales de la salud que conozcan bien este país. No obstante, el Relator piensa que es posible sostener un debate más constructivo sobre las estrategias de reducción de la pobreza y el derecho a la salud, de conformidad con la resolución 2003/28, si se selecciona para ello una estrategia en particular.

61. A juicio del Relator Especial, la ERP del Níger es una de las mejores del África francófona. Tiene numerosas características que, en el contexto de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular, son dignas de elogio, como por ejemplo las siguientes:

- a) Un objetivo de la Estrategia es "mejorar el nivel general de la... salud de la población, ampliar el acceso de las comunidades, en particular las rurales, al agua potable... y mejorar la calidad de la vida de las poblaciones tanto urbanas como rurales" (3.1); esto denota, entre otras cosas, que el derecho a la salud va más allá de la atención sanitaria y abarca los factores determinantes de la salud, como el acceso a agua potable;
- b) La intención del Gobierno de emprender un proceso de planificación estratégica en relación con el VIH/SIDA como primer paso hacia la aplicación de un plan estratégico nacional (4.2.3.3.2); así se tiene en cuenta una de las cuestiones contemporáneas más importantes en relación con el derecho a la salud: la pandemia del VIH/SIDA;
- c) El objetivo de aumentar la disponibilidad de los medicamentos esenciales (5.3.2.1.1) y garantizar la disponibilidad de medicinas esenciales de alta calidad a precios asequibles (3.3.3.2.viii); esto hace ver, entre otras cosas, que el acceso a los medicamentos esenciales es parte integrante del derecho a la salud.

62. Estas características reflejan las obligaciones internacionales del Níger en relación con el derecho a la salud, y a este respecto conviene hacer dos observaciones. En primer lugar, una

³⁶ El Gobierno del Níger ha aceptado que el Relator Especial haga uso en este informe de las observaciones que formuló en el Foro de junio de 2003. El Relator Especial está muy agradecido al Gobierno por su amabilidad y desea insistir en que asume la responsabilidad exclusiva de estas observaciones, que reflejan sus opiniones en calidad de experto independiente.

referencia explícita en la ERP a estas obligaciones fortalecería varios de los objetivos de la Estrategia. En segundo lugar, el conjunto cada vez más nutrido de leyes y prácticas internacionales en relación con los derechos humanos puede facilitar la determinación de las intervenciones específicas (por ejemplo, políticas y programas) que son necesarias para alcanzar varios objetivos de la ERP.

63. A continuación se exponen otros cinco casos ilustrativos derivados de la ERP del Níger, que son merecedores de mayor atención desde la perspectiva del derecho a la salud.

Grupos vulnerables

64. Los derechos humanos -y el derecho a la salud- son especialmente aplicables a las personas desfavorecidas, marginadas y que viven en la pobreza. Este hecho se refleja en numerosas disposiciones de los derechos humanos, como las relativas a la no discriminación y a la igualdad de trato. La experiencia indica que las intervenciones generales destinadas a toda la población -o incluso las destinadas a las personas que viven en la pobreza- no siempre benefician a los más vulnerables y marginados. Si bien cabe felicitar al Níger por haber individualizado, en su ERP a algunos grupos vulnerables como las mujeres y los niños, no parece que la Estrategia reconozca y aborde las cuestiones relativas al acceso a la salud de todos los grupos marginados, como los diferentes grupos étnicos o raciales del país. Así pues, convendría prestar mayor atención al derecho a la salud de todos los grupos vulnerables, incluidos los diferentes grupos étnicos o raciales como las poblaciones nómadas. Probablemente serán menester intervenciones sanitarias especiales para determinados grupos vulnerables.

Medicamentos esenciales asequibles

65. El derecho a la salud impone al Estado la obligación de facilitar la disponibilidad y la accesibilidad de los medicamentos esenciales dentro de su jurisdicción. El problema de la accesibilidad posee varias dimensiones, entre ellas la económica. Como es evidente, de poco valdrá que un Estado garantice la disponibilidad de un medicamento esencial en su jurisdicción si el medicamento es tan costoso que sólo se lo pueden permitir los ricos.

66. Según la ERP del Níger: "los medicamentos esenciales y las vacunas estarán regularmente disponibles y accesibles en los centros sanitarios, gracias a la nueva política de precios de los medicamentos basada en el análisis de los costos y la capacidad de los pobres de pagar los servicios de atención de la salud. Al propio tiempo, se establecerá un sistema sostenible de recuperación de los costos... En cuanto a la recuperación de los costos, se aplicará una nueva política de precios precedida de un análisis de la capacidad efectiva y la voluntad de los consumidores de los servicios sanitarios de pagar por dichos servicios. Después de efectuado un estudio de viabilidad, se aplicará un sistema de seguros médicos con carácter experimental" (5.3.2.1.2).

67. De esta cita se desprenden varias cuestiones fundamentales para el derecho a la salud. La referencia a un "estudio de viabilidad" es de celebrar; este estudio debería incluir una evaluación del impacto probable de un nuevo plan en el disfrute del derecho a la salud de las personas que viven en la pobreza. No está claro si los usuarios deberán pagar algo y, de ser así, si las personas que viven en la pobreza estarán exentas de ese pago o recibirán otra asistencia

para poder beneficiarse de los medicamentos esenciales. A medida que se aplica la Estrategia, estas cuestiones deberán ser objeto de una atención especial.

Educación e información en materia de salud pública

68. El derecho a la salud incluye el acceso a la educación y la información a este respecto. Desde el punto de vista del derecho a la salud, una política sanitaria favorable a los pobres deberían incluir campañas de educación e información respecto de los principales problemas sanitarios de las comunidades locales, con inclusión de métodos de prevención y control. Cuando se reconsidere la ERP, este elemento del derecho a la salud deberá examinarse con la debida atención.

Asistencia y cooperación internacionales

69. En sus anteriores informes el Relator Especial hacía observaciones sobre el concepto de asistencia y cooperación internacionales en relación con los derechos humanos, que se remonta a la Declaración Universal de Derechos Humanos, pasa por los tratados vinculantes sobre derechos humanos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales o Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, y se recoge en las conclusiones de las recientes conferencias mundiales, como la Declaración del Milenio³⁷.

70. La asistencia y cooperación internacionales como concepto de derechos humanos son pertinentes para el problema sanitario con que se enfrenta el Níger, de proporciones gigantescas. La Estrategia reconoce la "alarmante situación sanitaria (del Níger), con una población en su mayor parte analfabeta, un entorno en constante proceso de deterioro y una economía empobrecida" (4.2.3.3.3). Se observa que el Níger "ha dado al sector privado todas las oportunidades posibles de desempeñar el papel principal, sobre todo en los sectores de la producción y el comercio. Por desgracia, el sector todavía no es lo suficientemente dinámico para asumir estas funciones" (4.1.3.4). La ERP observa, significativamente, que dos de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud -reducción de la mortalidad materna en un 75% y reducción de la mortalidad infantil en un 66%- "parecen poco realistas para el Níger" (3.3.3.2). En otros términos, de la Estrategia se desprende claramente que en un futuro previsible el Níger no podrá alcanzar ni siquiera los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud, si no recibe una asistencia y cooperación internacionales muy considerables y sostenidas. En 2002, la evaluación común del personal del FMI y el Banco Mundial se declaraba a favor de la ERP, llegando a la conclusión de que: "los déficit actuales de la capacidad de ejecución harán necesario que los asociados externos aceleren su asistencia técnica de conformidad con las prioridades de la Estrategia" (párr. 34).

71. Como es natural, esto no descarga al Gobierno del Níger de la responsabilidad de hacer todo lo posible para poner el derecho a la salud al alcance de todos sus ciudadanos. Es evidente que el Gobierno podría hacer más en pro del derecho a la salud. Por ejemplo, entre 1994 y 2000 la salud representó sólo el 6% del presupuesto nacional, porcentaje muy inferior al recomendado por la OMS, del 10% (1.2.2.3.5). No obstante, lo importante es que, como se refleja en las normas legislativas internacionales de los derechos humanos y en la Declaración del Milenio,

³⁷ Documentos E/CN.4/2003/58, párr. 28 y A/58/427, párrs. 32 a 36.

tanto el Gobierno como sus asociados bilaterales y multilaterales tienen responsabilidades en relación con el derecho a la salud en el Níger.

72. Como dice la ERP: "Los asociados en el desarrollo comparten una responsabilidad igual con las autoridades del Níger en el logro de los ambiciosos objetivos fijados en la Declaración del Milenio" (4.1.3.5). En estas circunstancias, parecería adecuado que la ERP del Níger se refiriese no sólo a la Declaración del Milenio sino también a la asistencia y cooperación internacionales como concepto de derechos humanos. Es sobre la base de este marco normativo como podrá articularse un enfoque sectorial realista, equilibrado y equitativo de la salud en el Níger.

Seguimiento y responsabilización

73. El derecho a la salud introduce normas mundialmente legitimadas que dan lugar a obligaciones o responsabilidades. Es necesario vigilar el cumplimiento de estas obligaciones, y pedir cuentas a los responsables. Sin un proceso de seguimiento y responsabilización, es probable que las normas y obligaciones no pasen de ser promesas vacías. Los mecanismos de responsabilización ofrecen a los derechohabientes (o sea, los individuos) un medio de conocer si los responsables han cumplido sus obligaciones, y a estos últimos (por ejemplo, los ministros y los funcionarios) la oportunidad de explicar su conducta. De este modo, mediante los mecanismos de responsabilización se puede saber qué ajustes de política hacen falta, y cuándo hacen falta. La responsabilización tiende a promover un uso más eficaz de los limitados recursos, así como un sentido de responsabilidad compartida por todas las partes. Unos mecanismos transparentes, efectivos y accesibles de responsabilización son una de las características más importantes de un enfoque de la reducción de la pobreza basado en los derechos humanos y en el derecho a la salud.

74. La ERP reconoce ingenuamente que sus mecanismos de seguimiento y evaluación deben reforzarse (página 11 y párrafo 6.1). Lo que es más importante, los mecanismos de seguimiento y responsabilización son necesarios en relación con los agentes tanto nacionales (como el gobierno) como internacionales (por ejemplo, los asociados bilaterales y multilaterales). Además, estos mecanismos deberían articularse con la participación activa de los interesados, incluidas las personas que viven en la pobreza, a fin de contribuir a que sean accesibles, transparentes y eficaces.

Conclusión

75. El Relator Especial piensa que estas observaciones no sólo son pertinentes para el Níger. Como el debate ha tendido a confirmar, un enfoque de la reducción de la pobreza basado en el derecho a la salud no es algo estrictamente nuevo, sino más bien un factor que probablemente reforzará y mejorará los elementos existentes en muchas estrategias contra la pobreza. En opinión del Relator Especial, la integración del derecho a la salud en las estrategias de reducción de la pobreza es una de las cuestiones más importantes contempladas por su mandato. La contribución general de los derechos humanos a la reducción de la pobreza -igualdad, no discriminación, participación, responsabilidad, etc.- está bastante clara³⁸. Ahora lo más urgente

³⁸ Véase, por ejemplo, *Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, redactadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los

es aclarar, partiendo de pruebas fiables, la contribución específica del derecho a la salud a la reducción de la pobreza. El Relator Especial sigue dispuesto a contribuir a esta excitante tarea, en la medida en que lo permitan sus recursos y oportunidades.

III. ENFERMEDADES DESCUIDADAS

76. Según una reciente publicación de la OMS, las enfermedades descuidadas son aquellas que "afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos"³⁹: entre ellas figuran la enfermedad de Chagas, la enfermedad del sueño y la oncocercosis (ceguera de los ríos). En su informe preliminar, el Relator Especial sostenía que "las enfermedades descuidadas, las enfermedades muy descuidadas y el desequilibrio 10/90 son cuestiones de derechos humanos"⁴⁰. Más tarde, la Comisión pidió al Relator que siguiera analizando estas enfermedades. En su informe a la Asamblea General, el Relator Especial explicó que había empezado a examinar esta cuestión (A/58/427, párrs. 76 a 80). La resolución subsiguiente de la Asamblea sobre el derecho a la salud contiene un párrafo relativo a las "enfermedades que imponen una pesada carga a los países en desarrollo"⁴¹. En el presente informe el Relator Especial no va a repetir lo dicho en anteriores informes, pero sí desea poner al corriente a la Comisión de dos novedades relativas a su labor y a las enfermedades descuidadas, y formular otra observación.

77. En primer lugar, en diciembre de 2003 el Relator Especial fue invitado a participar en un taller internacional sobre el control intensificado de enfermedades descuidadas, convocado por la OMS, el Ministerio Federal de Salud y Seguridad Social de Alemania (con el Instituto Robert Koch de Berlín), el Organismo Alemán de Cooperación Técnica y el Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en Materia de Enfermedades Tropicales (TDR) del PNUD/Banco Mundial/OMS. Participaron en la reunión diversos agentes, entre ellos Estados desarrollados y en desarrollo, organizaciones internacionales, empresas farmacéuticas, representantes del mundo académico y ONG. El Relator Especial presentó un documento que contenía algunas reflexiones breves de carácter preliminar sobre la relación entre las enfermedades descuidadas y el derecho a la salud y los derechos humanos⁴². El Relator consideró que la reunión había sido muy fructífera y dijo que la reacción a sus reflexiones

Derechos Humanos en septiembre de 2002, a petición del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

³⁹ OMS, *Global Defense against the Infectious Disease Threat*, 2002, pág. 96.

⁴⁰ E/CN.4/2003/58, párr. 81. El desequilibrio 10/90 se refiere al hecho de que sólo alrededor del 10% de las actividades de investigación y desarrollo se ocupan de los problemas sanitarios del 90% de la población mundial.

⁴¹ Resolución 58/173 de la Asamblea General, párr. 13.

⁴² Este documento, titulado *Neglected Diseases, Social Justice and Human Rights: Some Preliminary Observations*, puede consultarse en línea en: <http://www.who.int/hhr/news/en>.

preliminares había sido alentadora; además, expresó su agradecimiento a los organizadores por haberle permitido participar en esta manifestación.

78. En segundo lugar, en su informe a la Asamblea General el Relator Especial señalaba que iba a celebrar una reunión con el TDR. Le satisface confirmar que recientemente el TDR ha convenido en proporcionarle un reducido apoyo financiero que le permitirá contar con los servicios de asistentes de investigación, durante algunas semanas, para estudiar las enfermedades descuidadas en su relación con los derechos humanos. Esto le permitirá profundizar su análisis de las enfermedades descuidadas desde el punto de vista de los derechos humanos e informar al respecto al próximo período de sesiones de la Comisión y/o la Asamblea.

79. En resumidos términos, una de las dimensiones de las enfermedades descuidadas que guardan relación con los derechos humanos y que el Relator Especial desea estudiar es la relativa a la asistencia y la cooperación internacionales. La cooperación internacional es necesaria para encontrar nuevos medicamentos, vacunas e instrumentos de diagnóstico para las enfermedades que imponen una carga tan pesada a los países en desarrollo. Sin embargo, también es necesario que los medicamentos existentes para las enfermedades descuidadas sean más accesibles a las poblaciones empobrecidas que los necesitan. El problema no consiste solamente en las enfermedades descuidadas; las poblaciones también están descuidadas.

80. En este contexto, el Relator Especial desea mencionar positivamente una reciente iniciativa del Canadá que podría mejorar el acceso a los medicamentos en los países de bajos ingresos. A raíz de la decisión de la Organización Mundial del Comercio (OMC), de 30 de agosto de 2003, según la cual los países productores de copias genéricas de medicamentos patentados con licencia obligatoria pueden exportar medicamentos a los países con poca o ninguna capacidad de fabricación, el Gobierno del Canadá presentó al Parlamento un proyecto de enmienda de la Ley de patentes y la Ley de alimentos y medicamentos. Si se promulgan las leyes correspondientes, esta iniciativa debería facilitar a las empresas canadienses la producción de medicamentos genéricos a costo más bajo, y a los países en desarrollo su importación. Este es un ejemplo del modo en el que un país desarrollado puede contribuir a mejorar el acceso a las medicinas en los países pobres. El Relator Especial espera que cualquier enmienda que pueda introducirse en la legislación canadiense reflejará plenamente el espíritu y el alcance de la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, así como las responsabilidades concomitantes del Canadá en materia de derechos humanos. El Relator Especial alienta a los Estados Miembros de la OMC a que aprovechen todos los elementos de flexibilidad que les ofrece el derecho mercantil internacional para promover el derecho a la salud en los países en desarrollo.

IV. EL DERECHO A LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA

81. Los párrafos que figuran a continuación constituyen una breve respuesta a la resolución 2003/28, en la que la Comisión invitaba a todos los relatores especiales pertinentes a informar sobre la cuestión de la prevención de la violencia. El Relator Especial ya se ocupa de cuestiones relacionadas con la violencia y el derecho a la salud en respuesta a la información que recibe de las ONG⁴³. Además, la sección de su informe relativa a los derechos a la salud sexual

⁴³ Véase los párrafos 5 y 6 del presente informe.

y reproductiva contiene algunas reflexiones sobre la violencia. En la presente sección figuran algunas observaciones preliminares sobre la relación entre el derecho a la salud y la prevención de la violencia⁴⁴.

82. Los vínculos entre los derechos humanos y la prevención de violencia son de sobra conocidos. La falta de respeto por los derechos humanos suele ser la causa primera de la violencia, y a su vez actos concretos de violencia pueden constituir, de por sí, una violación de los derechos humanos. La introducción de un enfoque de la prevención de la violencia basado en los derechos humanos forma parte de las obligaciones internacionales de los Estados respecto de los factores de riesgo en relación con la violencia, tales como la pobreza, la discriminación de género, el acceso poco equitativo a la educación y otras desigualdades sociales y económicas. Al mismo tiempo, cada vez se reconoce más que la violencia es un problema de salud pública a escala universal. El "Informe mundial sobre la violencia y la salud" de la OMS, por ejemplo, destaca la importancia de medir la violencia en función de su impacto en la situación de la salud en todo el mundo, reconociendo y abordando las causas subyacentes y los factores de riesgo en relación con la violencia y atenuando sus consecuencias. Sin embargo, sólo recientemente se han concebido enfoques basados en la salud pública y los derechos humanos como contribuciones complementarias y mutuamente fortalecedoras a la prevención de la violencia⁴⁵.

83. Si se quiere que la prevención de la violencia sea eficaz y sostenible, es necesario apreciar de las sinergias entre ambos enfoques. Como primer paso conceptual, es preciso definir la violencia en función de sus consecuencias para la salud y los derechos humanos. El informe de la OMS define la violencia como "el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"⁴⁶. Esta definición, al centrarse tan ampliamente en la violencia en su relación con la salud de los individuos, y al incluir consecuencias distintas a las lesiones físicas o la muerte, refleja la apreciación del pleno impacto de la violencia en el derecho a la salud de los individuos, las familias y las comunidades.

84. Según esta definición, la violencia tiene, evidentemente, un impacto directo en el disfrute del derecho humano a la salud de sus víctimas. Con frecuencia causa importantes daños físicos, psicológicos y emocionales a las víctimas y contribuye a los problemas sociales de los individuos, las familias y las comunidades. Los costos indirectos de la violencia, como los gastos médicos relacionados con las lesiones, los costos relacionados con los servicios jurídicos,

⁴⁴ El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS, 2002) clasifica la violencia en tres categorías principales: "violencia dirigida contra uno mismo", "violencia interpersonal" y "violencia colectiva". El Relator Especial tiene el propósito de ocuparse de las cuestiones relacionadas con el derecho a la salud y el conflicto armado en futuros informes: dada la brevedad de la sección, sus observaciones se limitan a la violencia dirigida contra uno mismo y a la violencia interpersonal.

⁴⁵ Un texto útil sobre los vínculos entre la violencia, la salud y los derechos humanos puede encontrarse en: *Health and Human Rights: An International Journal*, vol. 6, N° 2, 2003.

⁴⁶ *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (OMS, 2002), pág. 5.

la acción de la policía y el encarcelamiento, y el lucro cesante y el descenso de la productividad, pueden ser otros tantos obstáculos a la plena realización del derecho a la salud y de otros derechos conexos. Esos costos ejercen una presión adicional sobre los escasos recursos y pueden obstaculizar el desarrollo de los sistemas sanitarios.

85. Las obligaciones internacionales de los Estados de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud pueden tener una influencia importante en las actividades de prevención de la violencia. Por ejemplo, la obligación de protección incluye la adopción de medidas para proteger a los grupos vulnerables o marginales, en particular, las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, de las expresiones de violencia basadas en el género. Esto requiere integrar una perspectiva de género en las políticas, la planificación, los programas y la investigación relacionadas con la salud, a fin de fomentar la buena salud de hombres y mujeres. El deber de cumplimiento incluye la obligación de organizar campañas de información acerca de la violencia doméstica, así como servicios accesibles de buena calidad para los que necesitan tratamiento. Los Estados están obligados a asegurar que todo el personal sanitario pertinente recibe una información adecuada, a fin de que pueda abordar de un modo racional las cuestiones derivadas de la violencia.

86. Estas breves reflexiones tienden a confirmar que el derecho a la salud tiene un importante papel que desempeñar en todo el proceso de desarrollo y aplicación de las políticas de prevención de la violencia. En sus misiones a los países, el Relator Especial prestará especial atención a la violencia doméstica en el contexto del derecho a la salud.

V. CONCLUSIÓN

87. En todas sus actividades, el Relator Especial ha hecho hincapié en la importancia de un "enfoque normativo" del derecho a la salud, o sea, a que el derecho a la salud influya en los procesos normativos a nivel local, nacional e internacional. En este informe el Relator Especial ha empezado a estudiar el significado de este planteamiento, especialmente en relación con la salud sexual y reproductiva y con la reducción de la pobreza.

88. El derecho a la salud -como todos los derechos humanos- se plasma en una serie de normas universalmente convenidas que dan lugar a obligaciones de los gobiernos, en relación con las cuales se necesitan mecanismos eficaces y transparentes de seguimiento y responsabilización. Esta combinación de normas, obligaciones, seguimiento y responsabilización legitimados a escala mundial favorece la potenciación de los individuos y las comunidades desfavorecidos y marginados, y hace más probable que las políticas basadas en los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, sean eficaces, sólidas, sostenibles, incluyentes, equitativas y significativas para todos los miembros de la sociedad.

89. El Relator Especial anima a los gobiernos a que incorporen el derecho a la salud en todas sus actividades, de modo explícito y global, como medio de reforzar y promover sus políticas, estrategias y programas en vigor.
