

# Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza



Naciones Unidas  
**Derechos Humanos**



Organización  
Mundial de la Salud

## Nota de agradecimiento

El presente folleto sobre derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza es una publicación conjunta de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Departamento de Políticas y Desarrollo Sanitario y Servicios de Salud y el Equipo de Salud y Derechos Humanos del Departamento de Ética, Equidad, Comercio, Derechos Humanos y Legislación Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El estudio ha sido redactado por las consultoras Penelope Andrea y Clare Fergusson de la OMS, bajo la orientación de Rebecca Dodd y Helena Nygren-Krug (OMS) y de Mac Darrow, Alfonso Barragués y Juana Sotomayor (ACNUDH).

Dentro del proceso de revisión de esta publicación destacan dos eventos de gran importancia: una ciberconferencia organizada del 9 al 11 de enero de 2006 por InWEnt Capacity Building International y un taller celebrado en Nairobi del 27 al 29 de junio de 2006, con el patrocinio de la organización alemana de cooperación técnica GTZ. Ambas convocatorias contaron con la participación de ministros de salud y representantes de la OMS, comisiones nacionales de derechos humanos, agrupaciones de la sociedad civil y el ACNUDH, que enriquecieron el presente folleto con sus aportaciones.

Especial agradecimiento merecen también, entre otras personas, por la orientación y el apoyo prestados: Anjana Bhushan, Jane Cottingham, Judith Bueno de Mesquita, Samantha Figueroa García, Paul Hunt, Urban Jonsson, Alana Officer y Eugenio Villar Montesinos.

### **COVER PHOTO CREDITS IN HORIZONTAL ORDER:**

**1 & 5.** Pierre Virost (WHO-218843); **2.** Julio Vizacarra (WHO-348086); **3 & 4.** C. Gaggero (WHO-200780)

# Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza

“Reconocemos que el desarrollo, la paz y la seguridad y los derechos humanos están interrelacionados y se autoafirman uno al otro...”

“Resolvimos integrar el fomento y la protección de los derechos humanos dentro de las políticas nacionales y apoyar más la incorporación de una perspectiva de derechos humanos...”

Resultado de la Cumbre Mundial 2005  
Resolución de la Asamblea General 60/



**Organización  
Mundial de la Salud**



**Naciones Unidas  
Derechos Humanos**

OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza.

(Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, 5)

1.Derechos humanos. 2.Pobreza. 3.Prestación de atención de salud. 4.Accesibilidad a los servicios de salud.  
5.Cooperación intersectorial. I.Organización Mundial de la Salud. II.Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

ISBN 978 92 4 356374 9  
ISSN 1726-1430

(Clasificación NLM: W 76)

## © Organización Mundial de la Salud 2009

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que Figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Impreso en Francia

## Prólogo de Navanethem Pillay



Este año se conmemoran dos aniversarios importantes: la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) y la fundación de la Organización Mundial de la Salud. La DUDH proclamaba como aspiración más elevada de todos los pueblos el advenimiento de un mundo en que hombres y mujeres viviesen «liberados del temor» y «liberados de la miseria», al tiempo que reconocía la dignidad intrínseca y la igualdad de todos los seres humanos. La Constitución de la OMS consagró el principio del goce del grado más alto posible de salud como un derecho humano fundamental. Los mensajes esenciales de ambos instrumentos – que este año celebran su 60º aniversario – son hoy más vigentes que nunca.

La globalización ha traído consigo un aumento de la circulación del dinero, los bienes, los servicios, las personas y las ideas. Sin embargo, las diferencias en materia de esperanza de vida, nivel de ingresos y acceso a tecnologías que salvan vidas se están acentuando cada vez más, tanto entre unos países y otros como dentro de los respectivos territorios nacionales. Las personas que se han quedado a la zaga de estos avances tienen que lidiar con la pobreza y la falta de salud y se sienten impotentes, marginadas y excluidas.

Los principios de derechos humanos referentes a la igualdad y la no discriminación son fundamentales para cualquier esfuerzo destinado a mejorar la salud. Debemos poner todo nuestro empeño en ir más allá de los promedios estadísticos e identificar a los grupos vulnerables y marginados. Pero además de identificar a los más vulnerables, hemos de darles cabida como participantes activos y generadores de cambio, y ello no sólo con miras a asegurar la naturaleza integradora de las políticas y programas sino también para potenciar la capacidad de acción de los interesados.

Confiamos en que la publicación *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza* servirá a los planificadores sanitarios de fuente de inspiración y de orientación para elaborar, aplicar y supervisar estrategias de reducción de la pobreza con arreglo a un enfoque basado en los derechos humanos.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'N. Pillay'.

**NAVANETHEM PILLAY**  
**ALTA COMISIONADA DE LAS NACIONES UNIDAS**  
**PARA LOS DERECHOS HUMANOS**



# Prólogo de Heidemarie Wieczorek-Zeul

El derecho al disfrute del más alto grado posible de salud física y mental constituye la piedra angular de nuestros esfuerzos de desarrollo encaminados a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En consecuencia, la adopción, dentro de los procesos relacionados con la estrategia de reducción de la pobreza, de un enfoque para la mejora de la salud basado en los derechos humanos no sólo tiene un valor instrumental para combatir esta lacra. Lo fundamental es que posee un valor intrínseco, ya que la mayoría de los Estados Miembros de las Naciones Unidas han ratificado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que consagra el derecho a la salud a nivel universal. El enfoque basado en los derechos humanos parte del reconocimiento de que todas las personas tienen una serie de derechos que se derivan de la dignidad inherente al ser humano. Los gobiernos, por su parte, tienen la obligación de respetar y proteger esos derechos y de darles cumplimiento. Ayudar a los Estados Miembros a lograr progresivamente la realización del derecho a la salud para todos representa pues una obligación jurídica y moral para todos los integrantes de la comunidad internacional. La voluntad de hacer, en materia de cooperación para el desarrollo, mayor hincapié en los derechos humanos se ha visto reforzada

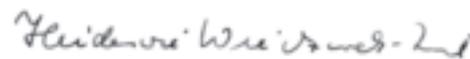
con la adopción, en febrero de 2007, del primer documento de política del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre derechos humanos y desarrollo. Según se desprende de ese documento, un creciente número de donantes bilaterales y multilaterales – entre ellos, Alemania – están intensificando sus esfuerzos por promover y proteger los derechos humanos e integrar los principios conexos más sistemáticamente en la labor de cooperación para el desarrollo, y ello en todos los niveles de intervención, como parte de un programa más amplio de gobernanza.

La pobreza y la mala salud están estrechamente interrelacionadas: por un lado, la falta de instrucción, la escasez de alimentos nutritivos y de agua salubre, y las deficiencias sanitarias de las viviendas repercuten negativamente en la salud de las poblaciones, en particular en la de los pobres, que son quienes soportan la mayor carga de morbilidad; por otro lado, la mala salud acentúa invariablemente la vulnerabilidad ante la pobreza e incrementa el riesgo de que la situación de pobreza sea transmitida a la siguiente generación. La adopción en materia de salud de un enfoque basado en los derechos humanos puede incrementar el potencial de impacto de los procesos

relacionados con las estrategias de reducción de la pobreza, ya que ello implica prestar una atención sistemática a las cuestiones referentes a la inclusión, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la asequibilidad para todos. Una mayor focalización de los servicios de salud en los pobres puede contribuir notablemente a la reducción de la pobreza y propiciar un crecimiento económico beneficioso para los pobres, lo que, a su vez, permitirá avanzar hacia la consecución de los ODM.

Me congratulo de que la colaboración entre la OMS, el ACNUDH y el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de mi país, a través de su programa de

cooperación técnica (encomendado a la GTZ), hayan hecho posible esta publicación. Espero que el informe cumpla con creces su propósito de ofrecer a las instancias decisorias, tanto de los países en desarrollo como de los desarrollados, orientaciones constructivas, para así asegurar que la consecución de los distintos ODM se haga realidad para todos.



**HEIDEMARIE WIECZOREK-ZEUL**  
Ministra de Cooperación Económica  
y Desarrollo de Alemania

# Índice

Introducción.....	01
<b>SECCIÓN 1</b>	
<b>Principios de un enfoque de estrategias de reducción de la pobreza (ERP) basado en los derechos humanos</b> .....	07
1.1 ¿Cuáles son las características de los derechos humanos?.....	07
1.2 ¿Qué son los vínculos entre los derechos humanos y la pobreza? .....	08
1.3 ¿Cómo se protege la salud dentro del marco jurídico de derechos humanos? .....	11
1.4 ¿Qué son las estrategias de reducción de la pobreza? .....	13
1.5 Aplicación práctica de los derechos humanos por medio de las políticas y programas de ayuda al desarrollo.....	14
1.6 ¿De qué maneras se complementan entre sí los derechos humanos y las estrategias de reducción de la pobreza? .....	15
<b>SECCIÓN 2</b>	
<b>Formulación de una estrategia de salud en favor de los pobres basada en los principios de derechos humanos</b> .....	19
2.1 Participación .....	20
2.2 Análisis de la pobreza y de la situación de salud basado en los derechos humanos.....	26
<b>SECCIÓN 3</b>	
<b>Elaboración del contenido y ejecución del plan</b> .....	41
3.1 Corrección de las desigualdades y la discriminación relacionadas con la atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud .....	42
3.2 Subsanación de las limitaciones institucionales y deficiencias de capacidad .....	47
3.3 Financiación de la estrategia de salud .....	53
3.4 Formulación de una estrategia a largo plazo .....	60
3.5 Colaboración con los donantes para promover los derechos humanos a través de las ERP .....	62
<b>SECCIÓN 4</b>	
<b>Ejecución: transparencia y rendición de cuentas a través de mecanismos de seguimiento y evaluación</b> .....	67
4.1 Supervisión basada en la comunidad y en la sociedad civil.....	67
4.2 Iniciativas presupuestarias.....	69
4.3 Mecanismos nacionales de supervisión y acopio de estadísticas .....	71
4.4 Indicadores .....	75
4.5 Objetivos .....	77
4.6 Mecanismos políticos, judiciales y cuasijudiciales de rendición de cuentas .....	79

## **SECCIÓN 5**

<b>Instrumentos de derechos humanos, resoluciones y declaraciones internacionales, documentos útiles y organizaciones.....</b>	<b>83</b>
5.1 Evolución del derecho a la salud y de la lucha contra la pobreza en el contexto de la asistencia al desarrollo .....	83
5.2 Principales documentos de referencia y organizaciones relacionados con el derecho a la salud y la lucha contra la pobreza.....	85

# Lista de siglas y términos utilizados

<b>Acuerdo sobre los ADPIC</b>	Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
<b>AISP</b>	Análisis del impacto social y en la pobreza
<b>CAD</b>	Comité de Asistencia para el Desarrollo (OCDE)
<b>CIPD</b>	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
<b>CIPD+5</b>	Examen de la aplicación al cabo de cinco años del Programa de Acción de la CIPD (1999)
<b>DAAC</b>	Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad
<b>DELP</b>	Documentos de estrategia de lucha contra la pobreza
<b>DUDH</b>	Declaración Universal de Derechos Humanos
<b>Entendimiento Común</b>	Elementos esenciales del entendimiento entre los organismos de las Naciones Unidas sobre lo que constituye un enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos
<b>ERP</b>	Estrategia de reducción de la pobreza
<b>FMI</b>	Fondo Monetario Internacional
<b>GNUD</b>	Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>ACNUDH</b>	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
<b>Observación general N° 14</b>	Observación general sobre el derecho a la salud (2000)
<b>OCDE</b>	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>PAP</b>	Plan de acción participativo
<b>PIDCP</b>	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PNUD</b>	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
<b>PPA</b>	Evaluación de la pobreza con la participación de los afectados
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



# Introducción

Los derechos humanos desempeñan un papel decisivo para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el conjunto de ocho metas globales derivadas de la Declaración del Milenio que tienen por finalidad reducir la pobreza, la falta de salud y las desigualdades, ampliar el acceso a la educación y mejorar la sostenibilidad ambiental. Los derechos humanos hacen hincapié en la discriminación, las desigualdades, la falta de medios de acción y las deficiencias relacionadas con la rendición de cuentas, que constituyen las causas fundamentales de la pobreza y las privaciones.

Hasta hace poco los derechos humanos se percibían como instrumentos supeditados a los derechos civiles y políticos y centrados en estos últimos. Esta visión, acompañada de un desconocimiento de los derechos económicos, sociales y culturales, impidió ver claramente las conexiones entre los derechos humanos y la reducción de la pobreza e incluso hizo que los derechos humanos se consideraran demasiado polémicos para ser utilizados en pro del desarrollo. De hecho, algunos gobiernos y organizaciones siguen reacios a abordarlos expresamente en sus políticas y programas.

Cada vez son más los donantes, gobiernos y organizaciones no gubernamentales que tratan de estudiar formas prácticas de integrar los derechos humanos en la labor de desarrollo. En numerosas aldeas y comunidades se han aprovechado las normas y

principios de derechos humanos para reforzar la responsabilización de los proveedores de servicios y supervisar las asignaciones y desembolsos presupuestarios. Los derechos humanos han sentado las bases para la formulación de estrategias nacionales de lucha contra el VIH/SIDA y fomento de la salud reproductiva y sexual. Asimismo, son percibidos cada vez más frecuentemente como un marco útil para garantizar la eficacia de la ayuda al desarrollo y la coherencia de las medidas adoptadas por los donantes en apoyo de la reducción de la pobreza. Los beneficios resultantes de esos enfoques están empezando a traducirse en un incremento del uso de los servicios por los grupos excluidos y una mejora de los resultados sanitarios.

El presente estudio se basa en este conjunto más reciente de experiencias e investigaciones. Su objetivo es reforzar los esfuerzos encaminados a alcanzar los ODM, ayudando a los planificadores de políticas a incorporar los derechos humanos en las etapas de formulación y ejecución del componente de salud de las estrategias nacionales de reducción de la pobreza. A fin de lograr ese propósito, trataremos de explicar cómo las normas y principios de derechos humanos pueden ofrecer un marco idóneo para:

- analizar y combatir las desigualdades y los elementos discriminatorios relacionados con el acceso a la salud;

- apoyar el concepto de reducción de la pobreza desde el punto de vista de la demanda, a través de la participación, la rendición de cuentas y el acceso a procedimientos de amparo;
- abordar los vínculos entre la salud y otras esferas, en particular las políticas macroeconómicas y otros elementos importantes, como el abastecimiento de agua y el saneamiento;
- identificar derechos concretos en materia de atención sanitaria y asegurar la prestación de los servicios pertinentes;
- formular y supervisar asignaciones presupuestarias relacionadas con la salud;
- aclarar la función reguladora de los gobiernos y ministerios de salud y fomentar la coherencia en materia de política sanitaria;
- promover la responsabilidad mutua y la coherencia en las relaciones entre donantes y gobiernos.

Hacer efectivos los derechos humanos y asegurar su realización en la práctica no suele ser tarea fácil, habida cuenta sobre todo de las limitaciones financieras y políticas que aquejan a todos los países. Este folleto incluye ejemplos de iniciativas de lucha contra la pobreza basadas en el empleo de normas y principios de derechos humanos; algunas reflejan las políticas nacionales aplicadas en esta esfera; otras, ponen de manifiesto el papel que pueden desempeñar las autoridades regionales o entidades no gubernamentales. La finalidad es ofrecer orientación práctica sobre posibles maneras de hacer confluir los derechos humanos,

las prácticas racionales de desarrollo y las políticas de salud pública dentro del componente de salud de las estrategias de reducción de la pobreza (ERP); y, abordar algunas de las dificultades inherentes a este proceso. La presente publicación va dirigida principalmente a los responsables de la formulación de políticas y los procesos de planificación conexos dentro de los ministerios de salud u otros ministerios nacionales encargados de cuestiones relacionadas con la salud. Confiamos en que también resulte de utilidad como fuente de referencia para quienes trabajan en el campo de la salud o las ERP, incluyendo a aquellos profesionales que desempeñan su labor dentro de entidades multilaterales, instituciones donantes u organizaciones no gubernamentales. La estructura del folleto, refleja el proceso de elaboración de una ERP — desde la fase de análisis inicial a la etapa de aplicación, pasando por el diseño del contenido —, está en consonancia con el enfoque recomendado por el Banco Mundial en su manual de consulta sobre los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP).<sup>1</sup> La orientación aquí ofrecida es igualmente válida para la formulación de políticas de salud favorables a los pobres. Lejos de pretender establecer un marco modelo, nuestra intención es ofrecer una guía general sobre la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos a la salud, en el contexto de la reducción de la pobreza. Esta guía puede ser adaptada para ajustarla a las circunstancias particulares de cada país. En las distintas secciones, se recomiendan

<sup>1</sup> Klugman J., ed. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Washington, D.C., Banco Mundial, 2002 [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org) (consultado el 20 de julio de 2007).

medidas para fortalecer los procesos de promoción de la participación, la inclusión y la rendición de cuentas destinados a dar a las personas excluidas y marginadas los medios para exigir el cumplimiento de su derecho a la salud.

**La sección 1** ofrece una *introducción* a las normas y principios de derechos humanos, y explora acompañada de un análisis que explica cómo éstos se aplican a las cuestiones relacionadas con la pobreza y la salud. En primer lugar, se examinan las características de los derechos humanos. Seguidamente, se hace un repaso de los principios subyacentes a todos los derechos humanos – incluyendo la indivisibilidad de los derechos, la igualdad y la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas – y se examina su importancia para la reducción de la pobreza.

La sección establece como la salud es protegida por las normas de los derechos humanos. Discute el significado del derecho a la salud en los términos en que figura en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Se analiza asimismo cómo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, encargado de supervisar la observancia del PIDESC, aclaró en 2000 el alcance y el contenido del derecho a la salud mediante la adopción de la Observación general sobre el derecho a la salud<sup>2</sup> (denominada en adelante «la Observación General N° 14»). En ella se aclara que el derecho a la salud no sólo abarca la atención

de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Se enfatiza que deben existir determinantes y facilidades, bienes y servicios disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad.

La sección examina diversos enfoques del desarrollo basados en los derechos humanos. Elementos comunes en estos enfoques incluyen, la utilización de los principios de derechos humanos como base para realizar análisis e intervenciones participativas, integradoras y fiables, y la observancia efectiva de los derechos humanos como objetivo básico. La sección concluye con el examen del valor añadido que aporta la utilización del enfoque basado en los derechos humanos a la labor de formulación de las ERP.

**La sección 2** incluye diferentes sugerencias para el proceso de *diseño* del componente sanitario de una ERP basada en normas y principios de derechos humanos. Tras subrayar el valor tanto intrínseco como instrumental de la participación, se propone una metodología para propiciar la participación significativa de las personas pobres o excluidas en todas las etapas de las ERP. Se destaca la importancia de la facilitación de

<sup>2</sup> Observación General No. 14 (2000), El Derecho al disfrute del mas alto nivel posible de salud, (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, Naciones Unidas, 2000 (E/C.12/2000/4). <http://www.ohchr.org>.

información y la transparencia para lograr ese tipo de participación significativa. La segunda mitad de la sección explora cómo el enfoque basado en los derechos humanos puede utilizarse para analizar cuestiones relacionadas con la salud y la pobreza. Se proponen para ello tres pasos. El primero consiste en emplear los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad para examinar los obstáculos que impiden a las personas marginadas y excluidas acceder a los servicios de atención sanitaria, así como a los factores determinantes básicos de la salud. El segundo paso es la utilización de normas internacionales y nacionales pertinentes como base para identificar a quién incumben las obligaciones relacionadas con la dispensación de atención de la salud y con los factores subyacentes determinantes de la salud. Habida cuenta de las obligaciones que el derecho internacional le atribuye en materia de derechos humanos, la responsabilidad principal recae en el Estado. Sin embargo, existen otros proveedores de servicios que también pueden tener responsabilidades en esta esfera, como el sector privado y los donantes internacionales. En el contexto de los DELP, los titulares de derechos son las personas que padecen el mayor grado de exclusión en lo referente al acceso a la salud. El tercer paso consiste en evaluar los marcos institucionales y las deficiencias de capacidad que conforman las relaciones entre titulares de derechos y proveedores de servicios. Las actividades de evaluación

institucional incluyen un análisis de los mecanismos previstos para garantizar la participación y la rendición de cuentas, un examen de la legislación y las políticas relacionadas con la salud y una evaluación de las limitaciones financieras. Dentro del análisis de las deficiencias de capacidad, se otorga especial atención a los conocimientos, las competencias técnicas y la información que precisan tanto los titulares de derechos como los proveedores de servicios para la realización del derecho a la salud.

**La sección 3**, analiza las dificultades que conlleva elaborar el **contenido** de una ERP en consonancia con el correspondiente análisis de los derechos a la salud y del estado de pobreza. La información obtenida gracias al análisis basado en los derechos humanos, el proceso consultivo relativo a la ERP y los datos clínicos y geográficos se utiliza para identificar los servicios esenciales de atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud. Un elemento clave del enfoque basado en los derechos humanos es la identificación de derechos concretos, o niveles mínimos de provisión de servicios, que puedan ser invocados por las personas para pedir cuentas a los planificadores de políticas públicas sobre la prestación de servicios. El análisis de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud ayuda a definir esos derechos. La sección luego examina las dificultades relacionadas con la focalización en las poblaciones excluidas y marginadas, con énfasis especial en la

importancia de crear lazos de asociación con una amplia variedad de organizaciones, identificadas por medio del examen de los titulares de derechos y proveedores de servicios, con miras a atender los factores subyacentes determinantes de la salud. Se propone crear un grupo especial encargado de estudiar la participación y la rendición de cuentas, así como las necesidades de información de los titulares de derechos identificados en el análisis institucional. Dicho grupo especial se encargaría asimismo de asegurar la eficacia de los vínculos entre los procesos locales, nacionales e internacionales de participación y rendición de cuentas. Es primordial poner en marcha iniciativas de adquisición de aptitudes, capacitación y empoderamiento, con miras a fortalecer las capacidades tanto de los dispensadores de servicios como de las personas que los reclaman. Se recomienda igualmente modificar las leyes y políticas en vigor que tengan un cariz discriminatorio y adoptar nuevos instrumentos legislativos que protejan a la población frente a actuaciones de organizaciones del sector privado, u otras organizaciones que pueden repercutir negativamente en su salud. La sección 3, aborda también cuestiones relacionadas con la financiación de la estrategia del sector de salud subrayando la importancia de diversos principios de derechos humanos como la transparencia, la rendición de cuentas, la no discriminación y la participación en decisiones relacionadas con las políticas macroeconómicas. Se examinan las principales esferas de política

macroeconómica que pueden repercutir en el sector de la salud y se estudia la posibilidad de formular el presupuesto del sector de salud sobre la base de objetivos de política comúnmente acordados, niveles mínimos de prestación de servicios y principios de derechos humanos. Resaltando la importancia de tener en cuenta el costo adicional que supone llegar a las poblaciones subatendidas, se analizan algunas de las dificultades relacionadas con la asignación y redistribución de los recursos en función de las prioridades previamente acordadas. Por último, la sección explora cómo los principios de derechos humanos pueden sentar las bases para forjar relaciones entre los gobiernos y los donantes que obren en apoyo de la estrategia del sector de salud.

**La sección 4** se centra en la etapa de *ejecución* de las ERP. Se describen diversas iniciativas de seguimiento de ERP impulsadas por la sociedad civil, como actividades comunitarias de supervisión de los servicios y análisis de los presupuestos. Tras examinar las dificultades asociadas a la implantación de un sistema eficaz de supervisión nacional y a la elaboración de datos desglosados, se sugieren algunos tipos de indicadores y objetivos que pueden utilizarse para medir los cambios relacionados el nivel de salud y los resultados. La sección concluye con exploración de la función que pueden desempeñar las instituciones políticas, judiciales y cuasijudiciales para garantizar la rendición de cuentas por parte del Estado en lo que respecta a los derechos humanos.

**La sección 5** ofrece un detallado *listado de referencias* pertinentes a los derechos humanos. Asimismo, se resaltan los principales documentos y textos específicamente relevantes a la salud, los derechos humanos y la reducción de la pobreza que pueden resultar de interés para los lectores deseosos de obtener información adicional. Se incluye además una lista de organizaciones activas en estas esferas.

# SECCIÓN 1

## Principios de un enfoque de reducción de la pobreza basado en los derechos humanos

En la presente sección se describen los principios de derechos humanos, los vínculos entre los derechos humanos y la pobreza y la protección que brinda a la salud un marco jurídico basado en los derechos humanos. Tras resumir los elementos que caracterizan los enfoques basados en los derechos humanos, se analiza qué valor tiene la aplicación de un enfoque de esta índole para la formulación del componente de salud de las ERP y para garantizar que cada ERP en su conjunto promueva y proteja el derecho a la salud.

### 1.1 Cuáles son las características de los derechos humanos?

Los derechos humanos son *normas* internacionalmente acordadas que se aplican a todos los seres humanos. Engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH 1948). Los principales tratados internacionales de derechos humanos – el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC 1966) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP 1966) – exponen con mayor detalle el contenido de los derechos consagrados en la DUDH y contienen obligaciones legalmente vinculantes para los Gobiernos que se adhieren a ellos.

### LOS DERECHOS HUMANOS PRESENTAN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- son universales, derechos inalienables de todos los seres humanos;
- tienen por objeto salvaguardar la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos;
- son inalienables (no pueden ser suspendidos ni retirados);
- son interdependientes y están interrelacionados (cada uno de los derechos humanos está estrechamente vinculado a otros y depende a menudo de la realización de los mismos);
- están articulados como derechos de los individuos (y grupos) que imponen obligaciones de acción u omisión, particularmente a los Estados;
- han sido garantizados por la comunidad internacional y están protegidos por la ley.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*. Nueva York y Ginebra, Naciones Unidas, 2006 (HR/PUB/06/8) [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org).

Sobre la base de estos documentos fundamentales, se han elaborado otros tratados internacionales de derechos humanos centrados en distintos grupos o categorías de población, como las minorías raciales,<sup>4</sup> las mujeres,<sup>5</sup> los niños,<sup>6</sup> los migrantes<sup>7</sup> y las personas con discapacidad<sup>8</sup> o en cuestiones concretas como las desapariciones forzadas<sup>9</sup> o la tortura.<sup>10</sup>

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han ratificado al menos uno de los nueve tratados de derechos humanos más importantes, y el 80% han ratificado cuatro o más. Al ratificar un tratado, los Gobiernos adquieren la obligación legal de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos en él reconocidos.

La legislación sobre derechos humanos reconoce que los países pobres padecen dificultades graves y admite que puede darse el caso de que no sea posible lograr la realización inmediata de todos los derechos económicos, sociales y culturales para todas las personas. Con todo, los gobiernos tienen la obligación de contar con un plan a largo plazo que propicie la *realización progresiva* de los derechos humanos. Asimismo, deben adoptar medidas concretas e inmediatas, en particular medidas financieras y compromisos políticos, con arreglo a los recursos disponibles, específicamente orientadas a la plena realización de todos los derechos humanos. En situaciones en que un número considerable de personas se ven privadas, por ejemplo, de su derecho a la salud, el Estado tiene la obligación de demostrar que está utilizando todos los re-

ursos a su disposición – inclusive a través de peticiones de asistencia internacional, cuando sea preciso – para asegurar el cumplimiento de ese derecho.

## 1.2 Qué son los vínculos entre los derechos humanos y la pobreza?

De manera convencional la pobreza solía definirse en términos económicos, con énfasis en las personas y los hogares, capacidad financiera relativa o absoluta. En nuestros días, impera la idea de que la pobreza es multidimensional que no se define únicamente por la falta de bienes materiales y oportunidades. En 2001 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas acordó la siguiente definición de la pobreza:

**«...una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales».**<sup>11</sup>

Las *normas* de derechos humanos definen los diferentes objetivos de desarrollo que han de alcanzarse para eliminar la pobreza, incluyendo la salud, la educación, la no violencia, la capacidad de ejercer influencia política y la posibilidad de vivir con dignidad y respeto. Los *principios* de derechos humanos, que vienen a apuntalar todos los

<sup>4</sup> Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965 <http://www.ohchr.org>.

<sup>5</sup> Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979 <http://www.ohchr.org>.

<sup>6</sup> Convención sobre los derechos del niño (1989) <http://www.ohchr.org>.

<sup>7</sup> Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares <http://www.ohchr.org>.

<sup>8</sup> Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad <http://www.ohchr.org>.

<sup>9</sup> Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (aún no en vigor) <http://www.ohchr.org>.

<sup>10</sup> Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 1984 <http://www.ohchr.org>.

<sup>11</sup> Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: la pobreza y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ginebra, Naciones Unidas, 2001 (E/C.12/2001/10) <http://www.ohchr.org>.

**Obligaciones de los Estados**

*Todos los derechos humanos imponen a los Estados tres tipos de obligaciones:*

**Respeto:** *obligación de abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos.*

**Protección:** *obligación de asegurarse de que ningún tercero (es decir, ningún agente no estatal) interfiera en el disfrute de los derechos humanos.*

**Cumplimiento:** *obligación de adoptar medidas expresamente destinadas a hacer efectivos los derechos humanos.*

derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales, sirven de base para la formulación de intervenciones destinadas a lograr la realización de los derechos humanos y la eliminación de la pobreza. Algunos principios de derechos humanos, como los de participación y no discriminación, son al mismo tiempo normas. Esto significa que se deben incorporar tanto dentro de los procesos como de los objetivos de desarrollo. Los principios de derechos humanos incluyen:<sup>12</sup>

**Indivisibilidad.** Indivisibilidad significa que los derechos civiles, culturales, económicos, políticos o sociales, todos derechos humanos necesarios para garantizar la dignidad de las personas y están interrelacionados. El principio de indivisibilidad implica que las medidas de lucha contra la pobreza deben ser transectoriales e incluir intervenciones económicas, sociales y políticas.

**Igualdad y no discriminación.** Con arreglo a las normas y principios de derechos humanos, todos los individuos son iguales y deben gozar de los derechos humanos que les corresponden, sin discriminación de tipo alguno, por ejemplo por motivos relacionados con la raza, el color de la piel, el sexo, el origen étnico, la edad, el idioma, la religión, la ideología política o de otra índole, el origen nacional o social, la propiedad, el linaje, la discapacidad física o mental, el estado de salud (incluido el VIH/SIDA), la orientación sexual u otra característica, con arreglo a las interpretaciones basadas en el derecho internacional. La desigualdad y la discri-

minación pueden aminorar el crecimiento económico, generar deficiencias en las instituciones públicas y reducir la capacidad para combatir la pobreza.<sup>13</sup>

La legislación y la jurisprudencia en materia de derechos humanos reconocen la importancia de la igualdad, tanto formal como sustantiva. El principio de igualdad formal prohíbe el uso de distinciones o elementos discriminatorios en las leyes y políticas. Según el principio de igualdad sustantiva, una ley o política es discriminatoria si produce un impacto negativo desproporcionado en un determinado grupo de personas. Igualdad sustantiva requiere que los gobiernos aseguren la igualdad en los resultados.<sup>14</sup> Esto implica que el principio de igualdad y no discriminación requiere estrategias de reducción de la pobreza para abordar la discriminación en las leyes y políticas y la distribución y facilitación de recursos y servicios.

**Participación e inclusión.** El principio de los derechos humanos de participación e inclusión significa que todas las personas y todos los pueblos tienen derecho a participar de forma activa, libre y significativa en un desarrollo civil, económico, social, cultural y político en el que puedan hacerse efectivos los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a contribuir a dicho desarrollo y a disfrutar de él. Este principio implica que las personas pobres tienen derecho a participar en las decisiones relacionadas con el diseño, implementación y supervisión de intervenciones

<sup>12</sup> Adaptado de: *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, op. cit.

<sup>13</sup> Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 2006: Equidad y desarrollo*. Washington D.C., Banco Mundial, 2005 [econ.worldbank.org/wdr](http://econ.worldbank.org/wdr).

<sup>14</sup> Elson D. *Budgeting for women's rights: monitoring government budgets for compliance with CEDAW*. Nueva York, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 2006 [www.unifem.org/resources/item\\_detail.php?ProductID=44](http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=44) (consultado el 4 de octubre de 2007).

de lucha contra la pobreza. Para ello es imprescindible asegurar la accesibilidad de la información, la claridad y la transparencia en los procesos de toma de decisiones. Este principio supone además que todas las personas tienen derecho a compartir los beneficios de las políticas y programas resultantes.

***Rendición de cuentas, transparencia e imperio de la ley.*** Los procesos de rendición de cuentas determinan qué medidas son eficaces y se prestan, por ende, a ser repetidas, y qué medidas son ineficaces, lo que permitirá introducir los ajustes necesarios.<sup>15</sup>

La rendición de cuentas desempeña un papel crucial a la hora de dar a las personas pobres los medios para cuestionar la situación imperante, sin lo cual es poco probable que los esfuerzos de reducción de la pobreza surtan efecto. Generalmente, se parte de la idea de que tanto el Estado como el sector privado no responden a su obligación de demostrar y tomar responsabilidad por los acuerdos para apoyar una prestación de servicios eficaz y equitativa.<sup>16</sup>

La responsabilización consta de dos elementos: *la rendición de cuentas* y el *amparo judicial*. La rendición de cuentas exige que los gobiernos y demás entidades decisorias garanticen la transparencia de sus procesos y actuaciones y que justifiquen las decisiones que adoptan. El amparo judicial consiste en que las instituciones competentes tienen el deber de atender las reclamaciones presentadas en caso de incumpli-

miento de una obligación por una persona u organización. Existen numerosas formas de rendición de cuentas. Uno de los mecanismos aplicables para respaldar el cumplimiento de los derechos humanos consiste en recurrir a los procesos judiciales. La ley de los derechos humanos significa que, los Estados y demás proveedores de servicios deben rendir cuentas sobre su observancia de los derechos humanos. Si un Estado incumple las normas y principios consagrados en los instrumentos de derechos humanos, los titulares de derechos pueden interponer recurso ante el tribunal competente, u otro órgano sentenciador, con arreglo a las normas y procedimientos establecidos por ley.

Algunos mecanismos de rendición de cuentas se aplican expresamente a los derechos humanos, por ejemplo encuestas por instituciones nacionales encargadas de promover los derechos humanos y reportes a los organismos encargados de supervisar los tratados de los derechos humanos de las Naciones Unidas. Otros son de índole general, como los sistemas administrativos previstos para supervisar la prestación de servicios, imparcialidad en las elecciones, la libertad de prensa, las comisiones parlamentarias y las iniciativas de seguimiento impulsadas por la sociedad civil.<sup>17</sup>

El principio de rendición de cuentas exige que los procesos de formulación, ejecución y supervisión de las ERP sean transparentes y que las instancias decisorias rindan cuentas de los procedimientos normativos y de las decisiones que adoptan. Para lograr esa meta, es preciso que las ERP

<sup>15</sup> Hunt P, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas, 17 de enero de 2007 (A/HRC/4/28) <http://www.ohchr.org>.

<sup>16</sup> Gauri V. *Social rights and economic claims to health care and education in developing countries*. Washington D.C., Banco Mundial, marzo de 2003 (World Bank Policy Research Working Paper 3006) [www.worldbank.org](http://www.worldbank.org).

<sup>17</sup> Paul Hunt, 17 de enero de 2007, op. cit.

construyan y refuercen los vínculos con esas instituciones y procesos que permiten a las personas excluidas pedir cuentas a los planificadores de las políticas.

### 1.3 Cómo se protege la salud dentro del marco jurídico de derechos humanos?

La definición autorizada más completa del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, a menudo denominado derecho a la salud, es la que figura en el artículo 12 del PIDESC.<sup>18</sup>

#### ARTÍCULO 12 DEL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC)

**1.** Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

**2.** Las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, deben incluir aquellas necesarias para:

- a.** la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b.** el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c.** la prevención y el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, ocupacionales y de otra índole;
- d.** la creación de condiciones que aseguren a todos servicios médicos y atención médica en caso de enfermedad.<sup>19</sup>

Para aclarar y hacer operativos los determinantes del artículo 12, el comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó Observación General N° 14. Ésta reconoce la importancia de enfatizar los determinantes de la salud al establecer que la salud depende de y contribuye a, la realización de muchos otros derechos humanos, como el derecho a la alimentación, condiciones de vida adecuadas, privacidad y al acceso a la información.

Por otra parte, según la Observación General N° 14, el derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho de las personas a no ser sometidas a tratamientos médicos no consensuados, a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y el derecho a controlar su propio cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva. Los derechos incluyen: el derecho a tener acceso a un sistema de protección de la salud; el derecho a la prevención, el trata-

#### DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos 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 estos, 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 el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.<sup>20</sup>

<sup>18</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (art. 12).

<sup>19</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) (art. 12)

<sup>20</sup> <http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>

miento y el control de las enfermedades; el derecho a unas condiciones de trabajo sanas y seguras y un medio ambiente sano; y el derecho al disfrute de diversos establecimientos, bienes y servicios relacionados con la salud. La participación de la población en la adopción de decisiones en materia de salud, tanto a nivel nacional como comunitario, es otro derecho importante.

La no discriminación y la igualdad son componentes fundamentales del derecho a la salud. Los Estados tienen la obligación de prohibir las discriminaciones y de garantizar la igualdad para todos en lo que respecta al

### TRATADOS INTERNACIONALES DE DERECHOS HUMANOS QUE RECONOCEN EL DERECHO A LA SALUD *(véase el listado que figura en la sección 5.2 infra):*

*(véase el listado que figura en la sección 5.2 infra):*

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965): artículo 5(e)iv;
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966): artículo 12;
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979): artículos 11(1)f, 12 y 14(2)b;
- Convención Internacional sobre los derechos del niño (1989): artículo 24;
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990): artículos 28, 43(e) y 45;
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006): artículo 25.

acceso a la atención médica y los factores determinantes básicos de la salud. Asimismo, deben reconocer y atender las diferencias y las necesidades específicas de diversos grupos de población, como las mujeres, los niños o las personas con discapacidad, que suelen padecer dificultades particulares, como tasas de mortalidad más elevadas o vulnerabilidad ante determinadas enfermedades.<sup>21</sup>

En la Observación general N° 14, se establecen cuatro criterios para evaluar el respeto del derecho a la salud:

**Disponibilidad.** Deberá haber en funcionamiento un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

**Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro componentes superpuestos:

1. no discriminación;
2. accesibilidad física;
3. accesibilidad económica (asequibilidad);
4. acceso a la información.

**Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar

<sup>21</sup> World Health Organization/Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights 2008. Fact Sheet No31 on the Right to Health. [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

## El derecho a la salud



(Observación general n° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

**Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.<sup>22</sup>

### 1.4 Qué son las estrategias de reducción de la pobreza?

Las ERP son marcos nacionales de desarrollo transectorial concebidos y aplicados por los gobiernos nacionales con el fin específico de abordar las causas y repercusiones de la pobreza en el país de que se trate. Incluso en los países de ingresos altos subsisten grupos o sectores de personas pobres, por lo que éstos tienen la misma necesidad de contar con una ERP nacional que los

países más pobres. En los Estados de ingresos bajos y medios, estas estrategias se introdujeron inicialmente en respuesta a los requisitos previstos para los préstamos otorgados en condiciones favorables por el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional (FMI). En esos países, los gobiernos elaboran un DELP en el que exponen sus políticas y planes macroeconómicos y sociales. En la actualidad, las ERP son percibidas cada vez más como el principal mecanismo en torno al cual numerosos donantes bilaterales y multilaterales formulan sus respectivos programas de cooperación para el desarrollo. Estos instrumentos también son vistos como los marcos operativos necesarios a nivel nacional para la consecución de los ODM. Al mes de marzo de 2005, 44 países habían presentado un DELP completo; muchos de ellos han empezado a revisar sus estrategias originales.

Actualmente, existe entre los principales organismos de desarrollo, entre ellos el Banco Mundial, un amplio consenso acerca de los principios fundamentales en que deben basarse los DELP; a saber:

- deben estar **orientados a la obtención de resultados** e incluir objetivos de reducción de la pobreza tangibles y que puedan ser objeto de seguimiento;
- deben ser **exhaustivos** e integrar elementos macroeconómicos, estructurales, sectoriales y sociales;
- deben estar **impulsados por los países** y representar un consenso sobre las medidas que se prevé aplicar;

<sup>22</sup> *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1) <http://www.who.int>.

<sup>23</sup> *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo: Apropiación, Armonización, Alineación & Resultados y Mutua Responsabilidad*. París, Foro de Alto Nivel, 28 de febrero - 2 de marzo de 2005, <http://www1.worldbank.org/harmonization/Paris/ParisDeclarationSpanish.pdf> (consultado el 23 de agosto de 2007).

<sup>24</sup> «Legal opinion on human rights and the work of the World Bank», 27 de enero de 2006, <http://www.ifwatchnet.org>.

<sup>25</sup> Comité de Asistencia para el Desarrollo, *Action-oriented policy paper on human rights and development*. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 23 de febrero de 2006 [DCD/DAG(2007)15/FINAL] [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

<sup>26</sup> *Ibid*

- deben tener un carácter **participativo**: es primordial que todos los interesados directos participen en su formulación y aplicación;
- deben basarse en **alianzas** entre el Gobierno y otros actores;
- deben tener una finalidad **a largo plazo**, con énfasis en la reforma de las instituciones y el fortalecimiento de las capacidades y también en objetivos a largo plazo.<sup>23</sup>

### 1.5 Aplicación práctica de los derechos humanos por medio de las políticas y programas de ayuda al desarrollo

Aunque el valor de los derechos humanos como conjunto de normas fundamentales está más que probado, los especialistas en desarrollo están estudiando cómo se

pueden utilizar para fortalecer los análisis de la pobreza y las operaciones en pro del desarrollo.

Para muchas organizaciones de la sociedad civil, los derechos humanos constituyen un elemento clave para las iniciativas de empoderamiento que incorporan actividades de educación, movilización, promoción en esta esfera y supervisión de las políticas gubernamentales emprendidas por y en nombre de las personas pobres y marginadas.

Diversas instituciones donantes y organismos multilaterales han respaldado enfoques que se sirven de los derechos humanos como marco para la planificación y ejecución de iniciativas en pro del desarrollo. Las oportunidades relacionadas con la aplicación de esa labor se han visto ampliadas con la opinión jurídica del Banco Mundial,<sup>24</sup> emitida en 2006, en la que se indica que tienen un importante papel que desempeñar en la prestación de apoyo a los gobiernos para que estos cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos relacionadas con el desarrollo y la reducción de la pobreza. El Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) también ha publicado un documento de orientación sobre la integración de los derechos humanos dentro del desarrollo, que incluye recomendaciones para la incorporación de los principios de derechos humanos, y los análisis conexos, en la aplicación extensiva de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo.<sup>25</sup> Las directrices del CAD ponen de

## ENFOQUE DE LA COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS: hacia un entendimiento común entre los organismos de las Naciones Unidas

● **OBJETIVO.** Todos los programas de cooperación para el desarrollo, políticas y actividades de asistencia técnica deberán promover la realización de los derechos humanos con arreglo a lo previsto en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos internacionales pertinentes.

● **PROCESO.** Las normas de derechos humanos contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como en otros instrumentos de derechos humanos, y

los principios derivados de los mismos, deben orientar el conjunto de las operaciones de cooperación y programación para el desarrollo en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación.

● **RESULTADO.** Los programas de cooperación para el desarrollo contribuirán al fortalecimiento de las capacidades de los titulares de los derechos para reclamar sus derechos y de quienes aportan los servicios para que cumplan con sus obligaciones.<sup>26</sup>



Pierre Vitot (OMS-27/21/24)

manifiesto el potencial del marco de derechos humanos para fortalecer los principios de apropiación, alineación, armonización, gestión basada en los resultados y mutua responsabilidad en materia de prestación de asistencia.

Aunque no existe una fórmula universal para incorporar los derechos humanos dentro de los procesos de desarrollo, los enfoques basados en los derechos generalmente tienen por objeto asegurar el cumplimiento de los derechos humanos y aplican los principios fundamentales de derechos humanos a las políticas y programas pertinentes. Los organismos de las Naciones Unidas acordaron en 2003 un «entendimiento común» de los principales elementos de los enfoques basados en los

derechos humanos aplicables en la esfera del desarrollo para informar las políticas y prácticas de las Naciones Unidas.<sup>27</sup>

Este folleto parte del enfoque expuesto en el Entendimiento Común como base para analizar de qué modo las normas y principios de derechos humanos pueden reforzar la elaboración y aplicación práctica del componente sanitario de las ERP. Se utiliza la definición del derecho a la salud recogida en el PIDESC y la Observación General N° 14 como punto de partida para formular un enfoque transectorial para la salud, en el que los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad facilitan el marco básico para el análisis, el diseño y la ejecución de las estrategias de salud. Sugiere procesos e intervenciones que se fundamenten en los principios de derechos humanos de indivisibilidad, igualdad y no discriminación, participación e inclusión, y rendición de cuentas, transparencia e imperio de la ley. Las intervenciones abordan las limitaciones institucionales y las deficiencias de capacidad que impiden a los titulares de derechos reclamar lo que les corresponde y a los proveedores de servicios cumplir con sus obligaciones.

### **1.6 De qué maneras se complementan entre sí los derechos humanos y las estrategias de reducción de la pobreza?**

Existen numerosas *similitudes* entre el enfoque de reducción de la pobreza basado en los derechos humanos y los principios básicos de las ERP. Las estrategias y criterios comunes a ambos hacen hincapié en la

<sup>27</sup> «Un Enfoque de la Cooperación para el Desarrollo basado en los Derechos Humanos — Hacia un Entendimiento Común entre las Agencias de las Naciones Unidas». En: *Taller interinstitucional sobre el enfoque basado en los derechos humanos, en el contexto de la reforma de las Naciones Unidas, Stamford CT, 3 a 5 de mayo de 2003*. Nueva York, Naciones Unidas, <http://www.undg.org>.

participación, la supervisión y la rendición de cuentas, la planificación a largo plazo y la incorporación de una percepción multidimensional de la pobreza. El enfoque basado en los derechos humanos puede contribuir a robustecer esos elementos dentro de las ERP.

El examen de los DELP completados sugiera que, en muchos casos, han sido débiles en asuntos relacionados con la desigualdad en la esfera de la dispensación de servicios de salud. En un análisis de los DELP realizado por la OMS, se detectó una falta de análisis a profundidad de los vínculos entre la pobreza y la salud, énfasis insuficiente en la no-discriminación y ausencia de indicadores de las desigualdades en materia de salud. Asimismo la revisión identifico que la participación de los respectivos ministerios de salud en los procesos relacionados con las ERP era insuficiente.<sup>28</sup>

Esta publicación utiliza una aproximación basada en los derechos humanos para referirse a esas lagunas y fortalecer la formulación del componente de salud de las ERP mediante la identificación de métodos e intervenciones que respalden:

la aplicación de un enfoque coherente y transectorial en relación con la salud y el fortalecimiento de la función reguladora de los ministerios de salud;

- la participación de las personas marginadas y excluidas en las decisiones que repercuten en su salud;
- la definición y difusión de derechos y niveles mínimos en materia de prestación de

servicios que permitan a las personas exigir a las instancias decisorias y a los dispensadores que rindan cuentas de sus acciones;

- el cumplimiento no discriminatorio, y con carácter universal, de los derechos y niveles mínimos identificados;
- la determinación de las asignaciones presupuestarias correspondientes al sector de la salud en función de las prioridades y los niveles acordados de prestación de servicios;
- la aplicación de procedimientos de rendición de cuentas que permitan a las personas supervisar la dispensación de servicios y obtener reparación en caso de no cumplirse los niveles establecidos;
- relaciones coherentes y mutuamente responsables entre los donantes y el Gobierno.

La falta de influencia, la discriminación, las desigualdades y las lagunas en materia de rendición de cuentas que conducen a la pobreza a menudo vienen impulsadas por factores políticos, están profundamente arraigadas y no tienen fácil solución. Sin embargo, estos son los retos que deben afrontar los responsables de la formulación de políticas y la planificación si los resultados en materia de salud han de mejorar. En las secciones siguientes se ofrece orientación y se describen estudios de casos que resultarán de utilidad a los planificadores sanitarios para abordar estas cuestiones en sus respectivos países. Al tratarse de resúmenes, se han minimizado inevitablemente en la descripción de las experiencias y enseñanzas extraídas los problemas y

<sup>28</sup> PRSPs: their significance for health: second synthesis report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/HDP/PRSP/0.4.1) [www.who.int](http://www.who.int).

reveses padecidos por todas las personas y organizaciones en sus esfuerzos por respaldar cambios difíciles. Los responsables de la formulación de políticas y de la planificación deben hacer gala de determinación, persuasión y espíritu innovador para superar los conflictos de interés que puedan darse dentro de sus propios ministerios o en las comunidades con las que trabajan. Los promotores del cambio, en los diferentes niveles del ministerio de salud, deben aunar fuerzas y entablar relaciones con una amplia variedad de organizaciones comunitarias, no gubernamentales y del sector privado. El utilizar los principios de derechos humanos de participación, inclusión, rendición de cuentas y transparencia al entablar estas alianzas y relaciones de trabajo dentro y fuera de los ministerios de salud provee los mejores cimientos para respaldar la realización al derecho a la salud para todos.



# SECCIÓN 2

## Formulación de una estrategia de salud en favor de los pobres basada en los principios de derechos humanos

Esta sección ofrece orientación sobre diferentes formas en que los derechos humanos pueden respaldar el proceso de elaboración y formulación del componente de salud de las ERP.

No existen en el mundo dos países que afronten exactamente los mismos problemas de salud y la estrategia de salud es diferente para cada uno de ellos. Los análisis de la situación de salud y de la pobreza basados en los derechos humanos proporcionan una evaluación transectorial y específica para cada contexto de las causas de la falta de salud. En ellos se trata de aclarar *quiénes* se ven denegado el derecho a la salud, *por qué* sufren esa privación y *qué* se puede hacer para mejorar su situación y prevenir el sufrimiento de más personas. La participación, es decir el permitir que todas las personas tengan voz en las decisiones que afectan a sus vidas, constituye un elemento primordial dentro de este proceso.

La primera parte de esta sección, analiza la participación como principio esencial de

todas las etapas del proceso relacionado con las ERP, desde el acopio de información sobre la pobreza, las desigualdades, la falta de medios de acción y el estado de salud, hasta la etapa de promoción de la participación, en la que se fomenta la intervención de una amplia variedad de personas y organizaciones en la adopción de decisiones relacionadas con las políticas sanitarias. La segunda parte, explora los enfoques aplicables para la creación de una base de información exhaustiva sobre los procesos de discriminación y exclusión que producen desigualdades en los resultados sanitarios. Los posibles puntos de acceso para la adopción de medidas se identifican mediante una evaluación de los titulares de derechos y aportadores de servicios y el análisis de los marcos y capacidades institucionales que dan forma a sus relaciones.



## 2.1 Participación

La participación es un principio fundamental de derechos humanos, inseparable de los principios de inclusión y democracia a nivel local, nacional e internacional. El intercambio de información es un elemento esencial de los procesos participativos, ya sea en las etapas de planificación, ejecución o supervisión de las ERP.

Contar con un proceso participativo eficaz es un factor clave para el éxito de cualquier ERP. Con ello se aumenta el sentimiento de apropiación y de control sobre los procesos de desarrollo y ayuda a asegurar que las intervenciones estén adaptadas a la situación de las personas a las que se supone que deben beneficiar. Construir un sector de salud como componente de una ERP fundamentado en información fidedigna y en una participación amplia coloca al ministerio de salud en una posición negociadora más fuerte para debatir la asignación de recursos con el ministerio de finanzas u otras instancias con un interés directo en las ERP.

Sin embargo, este enfoque no está exento de riesgos. La participación exige una disposición para compartir el poder y la información sobre una base no discriminatoria. La participación es por consiguiente un desafío político y logístico. Los procesos participativos pueden despertar expectativas poco realistas o sacar a la luz intereses encontrados o luchas de poder. Iniciar un proceso de esta índole exige tiempo, paciencia, recursos y una buena planificación.

Ya sea que se aplique dentro de un

proyecto local o de una política nacional, el principal mecanismo del proceso participativo debe ser, en la medida de lo posible, el aprovechamiento de las estructuras democráticas ya existentes. En algunas circunstancias, establecer marcos de participación alternativos puede debilitar las estructuras democráticas en ciernes, dar lugar a la creación de sistemas paralelos poco recomendables y, a la larga, resultar insostenible. No obstante, en muchos casos, es muy probable que se necesiten arreglos innovadores para asegurar que la participación tenga un carácter integrador y profundo.

Muchos países recurren a un instrumento comúnmente conocido como plan de acción participativo (PAP). Este proporciona un camino para la participación en todas las etapas del ciclo de las ERP, desde la fase de diseño hasta las de ejecución y supervisión. El contenido exacto de los PAP varía de país en país, las etapas fundamentales para formular un PAP incluyen:

- i. la identificación de un punto de partida;
- ii. un análisis de los interesados directos;
- iii. la determinación de un nivel de participación alcanzable dentro de la ERP;
- iv. la identificación de los mecanismos de participación apropiados;
- v. la formulación de mecanismos institucionales que fomenten una participación coordinada;
- vi. la elaboración de un plan de acción.<sup>29</sup>

A continuación, se describen brevemente cada una de estas etapas.

<sup>29</sup> Adaptado de: Tikare S. et al. *Organizing participatory processes in the PRSP*. Washington, D.C., Banco Mundial, abril de 2001 (borrador para comentarios).

*Algunas frases extraídas de La voz de los pobres (Banco Mundial, 2000)*

«Si usted no tiene dinero, su enfermedad se lo lleva a la tumba» Ghana

«Pobreza es falta de libertad, esclavizado por la agobiante carga diaria, por depresión y miedo.» Georgia

«Si no conoces a nadie, acabarás tirado en la esquina de un hospital.» India

«Para un pobre, todo es terrible-enfermedades, humillación, vergüenza. Somos incapacitados; le tenemos miedo a todo, dependemos de todos. Nadie nos necesita. Somos la basura de la que todos quieren deshacerse.» Moldova

«Cuando una es pobre, carece de voz pública, se siente inferior. No hay comida y por lo tanto el hambre impera en la casa; sin ropa y sin progreso en su familia.» Uganda<sup>30</sup>

### **i** Identificación del punto de partida

La participación en la ERP será diferente en cada país, dependiendo de diversos factores, como la gobernanza y las estructuras políticas o el grado en que la sociedad civil y los políticos perciben esta estrategia como un instrumento importante para luchar contra la pobreza. Para establecer el punto de partida de un país y tener una idea aproximada del nivel de participación que es viable alcanzar, suele ser útil examinar los factores siguientes:

- grado de implicación en procesos nacionales de reducción de la pobreza anteriores;
- organización y capacidad de la sociedad civil;
- experiencia previa en cuanto a participación en procesos de formulación de políticas;
- capacidad del Gobierno para organizar procesos participativos.

### **ii** Análisis de los interesados directos

Uno de los componentes esenciales del proceso participativo es la identificación de los interesados directos, es decir, todas las personas, grupos u organizaciones que se verán afectados por la ERP o que participarán en su ejecución. Desde una perspectiva basada en los derechos humanos, es importante que los grupos y comunidades más marginados sean identificados y participen en la estrategia desde el primer momento.

Las formas de exclusión y la identidad de los más marginados varían de un país a otro.

Por definición, las personas más marginadas viven en los confines de la sociedad y pueden resultar invisibles para las instancias normativas y demás responsables que ocupan puestos de autoridad. En la mayoría de los países, sin embargo, existen dentro de la población general determinados grupos sociales que, de forma sistemática, tienden a estar más excluidos y son más vulnerables a la pobreza que otros. El número de mujeres sumidas en la pobreza, por ejemplo, es cada vez más desproporcionado en relación al número de hombres, sobre todo en los países en desarrollo. La feminización de la pobreza también representa un problema en los países con economías en transición, como consecuencia a corto plazo del proceso de transformación política, económica y social. Otros grupos que sistemáticamente son objeto de exclusión cabe citar los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con VIH/SIDA, las minorías étnicas, religiosas y lingüísticas, las personas con discapacidades mentales o físicas, los migrantes (incluidos los trabajadores migrantes), los desplazados internos, los refugiados, los chabolistas, las personas sin hogar y las poblaciones indígenas. Un aspecto importante del diseño de las ERP radica en determinar qué segmentos de la población son víctimas de marginación y exclusión y en identificar su ubicación.

<sup>30</sup> [www1.worldbank.org/prem/poverty/voices/listen-findings.htm](http://www1.worldbank.org/prem/poverty/voices/listen-findings.htm)

## Mongolia: análisis de la vulnerabilidad

*La aplicación de un enfoque participativo ha ayudado a identificar los motivos, complejos e interrelacionados, por los que en Mongolia las comunidades pobres de pastores se encuentran en una situación cada vez más vulnerable. La vulnerabilidad económica se vio exacerbada en su día por la crisis del sector bancario, que, a su vez, trajo consigo un mayor endeudamiento, la venta de activos y una disminución en el sector ganadero. Una serie de desastres naturales agravaron la situación, y estalló un conflicto entre varias comunidades sobre el acceso a unas tierras idóneas para el pastoreo. Esto provocó el desmoronamiento de las estructuras tradicionales de apoyo intrafamiliar y social, lo que hizo aumentar el alcoholismo, la violencia doméstica y las actividades delictivas. El análisis reveló cuán vulnerables pueden ser las comunidades pobres frente a diversos imprevistos no conectados entre sí aunque con efectos acumulativos.*

<sup>31</sup> Adaptado de: McGee R., Norton A. *Participation in poverty reduction strategies: a synthesis of experience with participatory approaches to policy design, implementation and monitoring*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Working Paper 109) [www.ids.ac.uk](http://www.ids.ac.uk).

<sup>32</sup> *Declaración sobre el derecho al desarrollo*. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986.

Además de las personas excluidas, otros interesados directos incluyen probablemente:

- planificadores encargados de las políticas gubernamentales, incluyendo funcionarios de ministerios centrales o directamente interesados y de organismos estatales locales;
- representantes de otras instituciones públicas, incluyendo órganos electos, instituciones nacionales de defensa de los derechos humanos y del poder judicial;
- organizaciones de la sociedad civil, incluyendo organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones comunitarias, organizaciones religiosas, organizaciones indígenas, y dirigentes tradicionales, sindicatos, instituciones académicas, agrupaciones de consumidores o asociaciones profesionales;
- organizaciones del sector privado, incluyendo proveedores de servicios de salud, proveedores de equipo y representantes de compañías farmacéuticas;
- donantes y organizaciones multilaterales.

### Nivel de participación

Los procesos participativos aspiran y dan lugar a diferentes niveles de participación.

- *Intercambio de información*. Las autoridades facilitan a las personas y comunidades información sobre las políticas y los procesos normativos, un requisito básico para asegurar la participación y reforzar la transparencia.

- *Acopio de información*. Los métodos participativos se utilizan para obtener información de diferentes comunidades y grupos sociales.

- *Proceso consultivo*. Los planificadores de políticas piden a los participantes que den su opinión, aunque no están obligados a tener en cuenta o incorporar las opiniones expresadas.

- *Toma conjunta de decisiones*. Se da en los casos en que las personas consultadas tienen determinados derechos en materia de adopción de decisiones.

- *Empoderamiento*. Iniciación y control del proceso de toma de decisiones por los interesados directos.<sup>31</sup>

Dentro de los enfoques basados en los derechos humanos, la participación constituye al mismo tiempo un principio fundamental y una norma. En tanto que el principio hace hincapié en que todos los procesos de desarrollo deben tener un carácter participativo, la norma define como objetivo de desarrollo el empoderamiento de las personas marginadas y excluidas. En la práctica esto significa que el proceso de formulación de las ERP debe basarse en el nivel más elevado posible de participación activa, libre y significativa, con arreglo a la definición contenida en la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo adoptada por las Naciones Unidas.<sup>32</sup> En ese sentido, es importante considerar qué recursos, mecanismos y estrategias específicos conviene aplicar para posibilitar la participación de las personas marginadas y excluidas, tal

### **Mozambique: proyecto de prevención del VIH/SIDA de SolidarMed**

*La asociación SolidarMed facilitó un análisis conjunto de las prácticas de riesgo entre los dispensadores de atención a la salud y los miembros de una comunidad de Mozambique, que identificaron posibles fuentes de problemas de salud pública susceptibles de incrementar el riesgo de infección por el VIH. Estos son el uso compartido de material médico no esterilizado por parte de dispensadores no acreditados (ilegales) para realizar inyecciones y por parte de curanderos tradicionales para practicar circuncisiones y escarificaciones. Se compartieron e intercambiaron modelos explicativos locales (por ejemplo, el contacto con la sangre no se percibe como algo que conlleve un riesgo de contaminación). Se identificaron y analizaron conjuntamente los comportamientos de riesgo más comunes (por ejemplo, el intercambio informal de servicios sexuales por material o beneficios financieros no se considera «prostitución») y las situaciones sociales en las que éstos suelen tener lugar (por ejemplo, encuentros en paradas de taxis o de autobús, o puestos en mercados locales en los que las mujeres venden cerveza).*

y como se indica más abajo. El logro de la participación como objetivo de desarrollo exige, además, que se aborden dentro del contenido de las ERP las limitaciones institucionales y deficiencias de capacidad que obstaculizan el empoderamiento de los pobres.

#### **iv Identificación de los mecanismos de participación apropiados**

Existen diferentes mecanismos participativos que pueden propiciar una participación de profundidad y alcance variables; de hecho, algunos enfoques son más eficaces para llegar a una amplia gama de comunidades y personas afectadas por la pobreza o la marginación. Para garantizar que dentro del proceso de formulación de las ERP la participación sea a la vez significativa y de amplio alcance, puede ser necesario combinar varios métodos y mecanismos.

#### **MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA**

Los métodos de investigación participativa refuerzan los análisis centrados en la pobreza, la falta de medios de acción, la desigualdad y la salud al examinar las perspectivas y prioridades de los propios interesados. La planificación de un proceso integral de investigación participativa requiere tiempo. Dependiendo de la fase del ciclo de la ERP, en ocasiones puede ser preferible integrar la investigación participativa en ciclos ulteriores o considerar la posibilidad de utilizar métodos de investigación participativa en apoyo de los procesos de seguimiento y eva-

luación. La colaboración desde el inicio del proceso de la ERP es la forma más eficaz de garantizar, en el marco de la aplicación de políticas, la adopción de un enfoque de la salud transectorial en la implementación de políticas de salud.

La experiencia principal en lo referente a la utilización de métodos de investigación participativa en los países en desarrollo queda reflejada en las evaluaciones de la pobreza con la participación de los afectados (PPA, por su sigla en inglés). Las PPA son procesos de investigación estructurados que incluyen debates colectivos en las aldeas y utilizan entrevistas de grupos de personas que se encuentran en condiciones similares, así como técnicas de clasificación y cartografía para analizar las opiniones y prioridades de los interesados.

La información generada por las PPA suele ser de índole cualitativa. Las PPA a menudo ponen de manifiesto problemas por todos conocidos que tal vez no se admiten públicamente, como por ejemplo el uso de extorsiones o sobornos en la prestación de tratamientos médicos. Centrar las investigaciones en grupos formados por personas del mismo sexo o el mismo grupo de edad, o en cuestiones específicas – por ejemplo en la salud reproductiva y sexual o la violencia doméstica –, puede ser una opción muy eficaz cuando se trata de cuestiones demasiado delicadas o complejas para ser abordadas con técnicas de estudio convencionales. El Banco Mundial y algunos organismos bilaterales han apoyado la realización de PPA en varios países. Numerosas ONG

*Una vez concluida esta etapa del análisis, se emprende un diálogo con miras a hallar soluciones adaptadas, culturalmente aceptables y asumidas como propias por la población local.*<sup>33</sup>

internacionales e instituciones académicas ya tienen experiencia en el uso de técnicas de investigación participativa. Es importante hacer intervenir en el proceso a las organizaciones locales, con miras a reforzar las capacidades nacionales y ampliar el alcance de las investigaciones. La investigación participativa brinda además a los administradores, o a los propios políticos, la oportunidad de trabajar directamente con las comunidades locales y comprobar si sus propias perspectivas y prioridades se corresponden con la realidad.<sup>34</sup>

#### PROCESO PARTICIPATIVO

El objetivo principal del proceso participativo es lograr una implicación profunda de

la sociedad civil en las decisiones relacionadas con las diferentes opciones de política aplicables al componente de salud de las ERP. Siempre que sea posible, el proceso participativo deberá basarse en organismos y canales de toma de decisiones que más adelante puedan integrarse en la ejecución y supervisión de ERP.

Es importante esforzarse por lograr que la participación dentro de este proceso sea lo más intensa posible. En los países con escasa experiencia en lo referente a la participación de la sociedad civil en la formulación de políticas, los ministerios de Gobierno han optado a menudo por *consultar* a las ONG y demás interesados directos para conocer su opinión acerca de las po-

### EMPLEO DE MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA PARA EL ESTUDIO DE LOS COMPORTAMIENTOS DE MADRES RELACIONADOS CON LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN MÉDICA EN NEPAL

El seguimiento de informantes clave constituye una metodología de estudio en la que mujeres y hombres del lugar recaban información de sus vecinos o de informantes clave sobre las percepciones de cómo el medio ambiente social permite a las mujeres acceso al cuidado médico. Las charlas se estructuran en torno a tres temas: la reducción de los obstáculos al acceso a la atención obstétrica, el mejoramiento de la calidad asistencial y la introducción de mejoras en la movilidad y posición social de la mujer. En Nepal un estudio basado en el seguimiento de informantes clave reveló que existen obstáculos que dificultan la introducción de cambios y permitió establecer los motivos por los que las familias tienden a postergar el momento de

acudir a los servicios de atención obstétrica de urgencia. Así por ejemplo, algunos informantes clave han tomado nota de casos de mujeres pertenecientes a las castas más bajas que reciben un trato discriminatorio por parte de los trabajadores en salud y de mujeres extremadamente pobres que en la práctica quedan excluidas de los programas comunitarios financiados mediante fondos de emergencia. Las ONG locales han facilitado la celebración de reuniones entre estos investigadores y los comités de desarrollo de las aldeas para examinar las conclusiones y recomendaciones del estudio. El diálogo generado a través de este proceso ha facilitado la introducción de cambios para mejorar la calidad en la prestación de servicios.<sup>35</sup>

<sup>33</sup> Comunicación de Ruedin L., publicada en: Somma D., Bodiang C. *The cultural approach to HIV/AIDS prevention*. Ginebra, Swiss Agency for Development and Cooperation and Swiss Centre for International Health, 2006, <http://sdc-health.ch>.

<sup>34</sup> Norton A. et al. *A rough guide to PPAs: participatory poverty assessment, an introduction to theory and practice*. Londres, Overseas Development Institute, 2001 [www.hri.ca](http://www.hri.ca).

<sup>35</sup> Hawkins K. et al. *Developing a human rights-based approach to addressing maternal mortality: desk review*. Londres, DFID Health Resource Centre, enero de 2005 [www.dfid.gov.uk](http://www.dfid.gov.uk).

sibles políticas que podrían incluirse en las ERP. A lo largo de sucesivos ciclos de ERP, y con la acumulación de la correspondiente experiencia y confianza, algunos gobiernos han pasado a recurrir a la *adopción conjunta de decisiones*, sobre todo en los casos en que previamente se habían creado grupos de trabajo integrados por representantes de la sociedad civil y gubernamentales u otras instituciones de carácter permanente. En todos los casos, es importante examinar y acordar desde el principio el objetivo y alcance de este proceso consultivo. Es preferible dejar claro cuáles son las limitaciones del proceso antes que despertar falsas expectativas que luego causen decepción y cinismo.

Es fundamental asegurar que ninguno de los grupos o individuos identificados como víctimas de discriminación o marginación queden excluidos del proceso consultivo. El reto estriba aquí en dar con las organizaciones o personas que los representan legítimamente estos grupos. Esto puede requerir una evaluación de las capacidades de los grupos, su poder de representación y sus mecanismos internos de rendición de cuentas. En ocasiones, puede ser preciso mitigar posibles tensiones entre las propias ONG acerca de cuáles deberían participar, en cuyo caso habrá que identificar a las organizaciones con menos experiencia como participantes en la formulación de políticas, por ejemplo organizaciones que representan los intereses de los niños, para impedir que sean expulsadas del proceso.

### **V** Creación de las instituciones y mecanismos necesarios para asegurar una participación significativa

Esta etapa constituye a menudo la parte más compleja dentro de los procesos participativos de cualquier índole. Es conveniente empezar por una evaluación de las

## PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS EN LAS ERP

La participación de la sociedad civil en las ERP puede ser una cuestión muy polémica. Como actores de incorporación relativamente reciente en esta esfera, los niños, y las organizaciones que los representan, tienen que negociar con otros agentes de la sociedad civil para hacerse con su propio espacio. En ese sentido, tienen que sensibilizar a sus conciudadanos, así como a las instancias públicas, sobre su derecho a participar en este proceso y sobre el valor de las contribuciones que pueden aportar. Al igual que ocurre con la participación de otros grupos poblacionales en el proceso de las ERP, es difícil medir su impacto de forma sistemática. Con todo, se conocen casos de participación de niños que han impulsado cambios de política pequeños pero significativos. En Viet Nam, Save the Children organizó tres reuniones consultivas de gran escala en Ciudad Ho Chi Minh en la que participaron más de 400 niños y jóvenes. Los niños que asistieron a esas reuniones revelaron los problemas que afrontan las familias migrantes para acceder a la educación, la asistencia sanitaria y los servicios sociales. Esta información contribuyó a modificar los procedimientos pertinentes para permitir un acceso más rápido de los migrantes no empadronados a los distintos servicios.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> O'Malley K. *Children and young people participating in PRSP processes*. Londres, Save the Children, 2004, [www.inclusion-international.org](http://www.inclusion-international.org).

### **Irlanda: una estrategia de salud específica para la población que viaja o itinerante**

*Los logros económicos experimentados en los últimos tiempos por Irlanda han puesto de manifiesto las crecientes desventajas que padece su población minoritaria de viajeros, reconocida desde hace algún tiempo como un grupo minoritario específico con su propia cultura y costumbres. Esta comunidad, que durante generaciones ha tenido que hacer frente a los efectos de la exclusión, la estigmatización y la pobreza, presenta niveles de salud y esperanza de vida muy inferiores a la media nacional. Las estrategias adoptadas anteriormente para atender las necesidades de la población itinerante solían centrarse en acercar a este grupo los servicios concebidos para las comunidades sedentarias, aunque con escaso éxito. En 1998, sin embargo, se creó un comité asesor para la salud de la población itinerante, integrado también por representantes de ésta, con el cometido de ocuparse específicamente de las necesidades particulares del grupo en cuestión y diseñar una estrategia capaz de dar respuesta a las mismas. En 2002 se puso en marcha la estrategia nacional, que aborda una amplia variedad de cuestiones, que van desde la discriminación y el racismo, al abastecimiento de agua y servicios de saneamiento en los lugares*

instituciones, la calidad de la información y los instrumentos disponibles, con miras a averiguar si se reúnen las condiciones para asegurar un proceso integrador que cuente con la participación de diferentes interesados, en particular los sectores de la población que han sido objeto de marginación o exclusión.

Las instituciones y procesos con mayores probabilidades de lograr la legitimidad y la capacidad integradora necesarios varían de país en país. Algunas cuentan con grupos de trabajo centrados en cuestiones concretas y coordinados desde una entidad central del Gobierno, y otras han delegado esa tarea a funcionarios de los gobiernos locales y líderes comunitarios. Si el contexto nacional lo permite, colaborar con una organización de la sociedad civil o una ONG que goce de buena reputación puede generar una confianza adicional en el proceso y en los efectos positivos que puede reportar.

### **vi** **Elaboración de un plan de acción**

El costo del proceso participativo dependerá del punto de partida, los mecanismos de coordinación, el grado de utilización de métodos de investigación participativa, los tipos de actividades programadas y el nivel de compromiso cívico que se prevé lograr a nivel local. En lugar de celebrar talleres ambiciosos y tratar de captar donantes que ayuden a sufragar los costos, se pueden aplicar diversas estrategias que permiten reducir los gastos al mínimo, como el aprovechamiento de las capacidades locales para organizar procesos participativos, la

colaboración con redes y organizaciones ya existentes, la creación de grupos de discusión sencillos pero bien organizados, la organización de entrevistas y la celebración de reuniones en salas comunales. Para organizar un proceso participativo eficaz es preciso contar con tiempo suficiente. En muchos países, el periodo de partici-

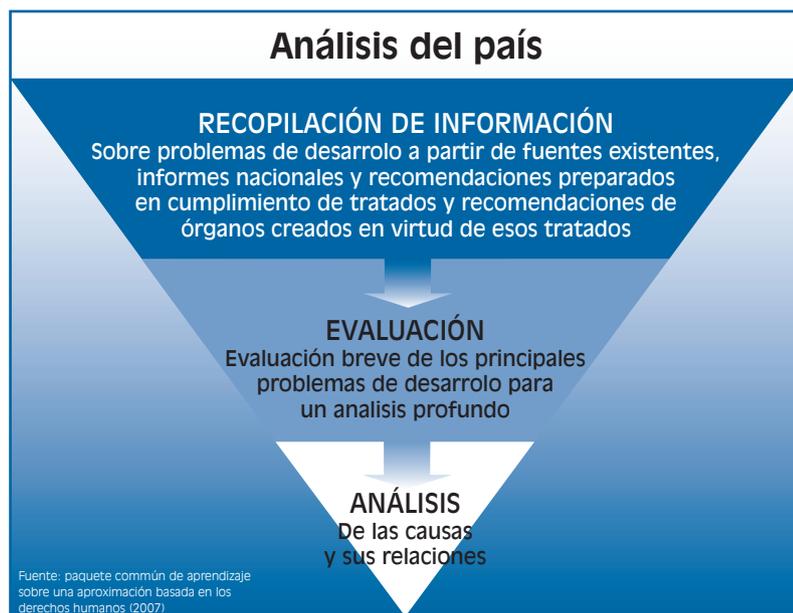


Diapero C (01MS/200780)

pación no ha llegado a superar los 12 a 18 meses, debido a las limitaciones inherentes al proceso. Es fundamental, ver más allá de la etapa de preparación de la estrategia y planificar la participación, tanto en lo que respecta a la labor de ejecución como a la de supervisión.

### **2.2 Análisis de la pobreza y de la situación de salud basado en los derechos humanos**

Los procesos de investigación participativa pueden utilizarse para crear una base de información sobre las desigualdades, la pobreza y la salud, deberá tener en cuenta los estudios ya existentes sobre pobreza y género y los datos geográficos y clínicos disponibles. El análisis deberá centrarse en



*de asentamiento temporal, pasando por la necesidad de reforzar la participación de la población itinerante en la fijación de prioridades en relación con los riesgos sanitarios específicos que afectan a las madres pertenecientes a este grupo.*<sup>37</sup>

evaluar *quiénes* se ven denegado el derecho a la salud, *por qué* se da esta circunstancia y *qué* se puede hacer para mejorar su situación. El enfoque aquí propuesto consta de tres medidas que pueden utilizarse en respuesta a estos interrogantes y que se pueden adaptar y ajustar a los distintos contextos:

- i. análisis de las desigualdades y elementos discriminatorios en lo que respecta a la realización del derecho a la salud y los determinantes básicos conexos del país;
- ii. identificación de los titulares de derechos y aportadores de servicios en relación con el derecho a la salud y otros derechos conexos;
- iii. evaluación de las limitaciones institu-

cionales y deficiencias de capacidad que impiden a los individuos, grupos y organizaciones exigir o hacer efectivo su derecho a la salud y a la atención de los determinantes básicos conexos.

Este análisis abarcará inevitablemente una extensa gama de factores sociales, económicos y políticos causantes de discriminación y falta de salud, es decir que rebasará el mandato habitual de los ministerios de salud. La adopción de esta perspectiva de amplio alcance permitirá elaborar una estrategia de salud integral. Al mismo tiempo, posibilitará la identificación de puntos de acceso para adoptar, conjuntamente con organizaciones privadas y sin fines de lucro, así como con instituciones públicas, las medidas pertinentes y crear alianzas estratégicas que promuevan un entorno propicio para que las personas que viven en la pobreza puedan ver realizado su derecho a la salud.

### **i** **Análisis del país del nivel de logro del derecho a la salud**

Importantes fuentes de información del país en cuestión y disponibles a nivel internacional, se encuentran en los reportes de organismos de tratados sobre derechos humanos de las Naciones Unidas, el mecanismo de revisión periódica universal y los reportajes especiales de las Naciones Unidas del consejo en derechos humanos de las Naciones Unidas. Otras provienen de la OMS y otras organizaciones internacionales

<sup>37</sup> Departamento de Salud y Atención a la Infancia, Irlanda, [www.dohc.ie](http://www.dohc.ie).



que laboran en países en salud y derechos humanos. A nivel nacional los datos clínicos referidos a las poblaciones pobres y excluidas revelan invariablemente casos en que los niveles de morbilidad, mortalidad prematura, mortalidad materna o infección por el VIH/SIDA son superiores a la media. Las investigaciones participativas pueden mostrar además que existen grupos poblacionales más susceptibles de padecer una serie de problemas de salud, por ejemplo enfermedades o traumatismos ocupacionales o relacionados con el medio ambiente. El examen de los servicios de salud de un país puede confirmar que las personas que viven en la pobreza no disfrutan de los mismos niveles de atención sanitaria, tratamiento y protección que el resto de la población. Los niños pertenecientes a comunidades pobres a veces no reciben una inmunización sistemática contra las enfermedades prevenibles. También puede ocurrir que otros

medios de prevención, como los preservativos para proteger contra el VIH/SIDA o los mosquiteros impregnados de insecticidas para prevenir la malaria, pueden no estar para las comunidades pobres.

Aunque los vínculos concretos entre los diferentes grupos de población y la salud variarán de un país a otro, es probable que los grupos ya identificados como pobres y excluidos sufran desproporcionadamente de morbilidad y mortalidad prematura. También es muy probable que las personas desfavorecidas en múltiples aspectos, como las mujeres refugiadas o los niños con discapacidad, sean especialmente vulnerables a la mala salud. La identidad de las personas más privadas del derecho a la salud no se puede dar por supuesta, sino que debe examinarse en cada país.

Estas diferencias en cuanto al acceso a la salud y los resultados en salud a menudo se deben a diferentes formas de discriminación y desigualdades en la distribución y prestación de los servicios a la salud y otros recursos que repercuten en la salud. Para estudiar esas desigualdades, se precisa un análisis de los elementos subyacentes que obstaculizan el acceso a los servicios y recursos. Los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (DAAC) descritos en la Observación general N° 14 sobre el derecho a la salud (sección 1.3) ofrece un marco útil para el examen sistemático de esos obstáculos. Aunque la naturaleza exacta de los establecimientos, bienes y servicios de salud, así como los factores determinantes básicos conexos,

## KENYA: ACCESO DE LAS PERSONAS MAYORES A LOS SERVICIOS DE SALUD

La organización HelpAge Kenya trabaja desde 2003 con personas mayores de Ngando, una barriada pobre de Nairobi, y Misyani, un municipio rural, para evaluar su acceso a los servicios de salud. Las cuestiones que preocupan a estas personas tienen que ver, entre otras cosas, con:

- la distancia que tienen que recorrer para acudir al hospital más cercano y el costo prohibitivo del transporte. Muchas personas mayores viven con menos de un dólar a día y el gasto de transporte medio hasta el hospital es de USD 0,8;
- el trato discriminatorio del que son objeto. El 70% de las personas mayores en Ngando declararon que el personal de salud mostraba una actitud negativa hacia ellos;
- las largas filas: el 54% de las personas mayores encuestadas en Misyani afirmaron que suelen tener que esperar entre 2 y 5 horas antes de ser atendidas por un médico;
- la ignorancia de los profesionales sanitarios en lo que respecta a las enfermedades propias de las etapas más avanzadas de la vida;
- el costo prohibitivo de los servicios de salud. El 12% de las personas mayores en Ngando afirmaron carecer de medios suficientes para adquirir la medicación que les recetan;

● la trato negligente dispensado a las personas mayores que ingresan en los centros hospitalarios. El 86% de los encuestados de Ngando declararon que tuvieron que compartir cama en el hospital.

En respuesta a estos problemas, las personas mayores decidieron organizarse creando agrupaciones y eligiendo líderes comunitarios. Identificaron una serie de indicadores para la evaluación de los avances. Los líderes comunitarios se reunieron con representantes del servicio de salud para trasladarles sus preocupaciones y propiciar un cambio en la actitud del personal de salud. A raíz de la adopción de estas medidas, las personas mayores notificaron una mejora en la actitud del personal del hospital situado cerca de Misyani. El médico a cargo ha aceptado crear una sección reservada a las personas mayores. El Ministerio de Salud, por su parte, ha aprobado el suministro anual de medicamentos por valor de USD 2 650 al Centro de Salud de Misyani. El segundo plan estratégico de dicho ministerio para el sector nacional de la salud incluye una referencia expresa a los derechos correspondientes a las personas mayores, como grupo especial con necesidades médicas específicas.<sup>38</sup>

variarán en función de numerosos elementos — entre ellos el nivel de desarrollo del Estado parte —, los análisis en esta esfera deben incluir cuestiones relativas a los elementos que siguen.

*Disponibilidad de:*

- agua limpia potable y servicios de saneamiento adecuados;
- personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones imperantes en el país;
- los medicamentos esenciales definidos por la OMS;
- alimentos nutritivos;
- vivienda o albergue adecuados.

*Accesibilidad de los determinantes básicos y la atención de salud como:*

- si el acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud está asegurado, de hecho y de derecho, sin discriminación alguna;
- si los establecimientos de salud están al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial la población rural, las personas con discapacidades, los niños, los adolescentes y las personas mayores;
- si los servicios de salud son asequibles para todos, incluidos los grupos económicamente desfavorecidos;
- si la información sobre los diferentes servicios de salud, medicamentos o medidas preventivas es fácilmente accesible para todos los grupos de la comunidad, por ejemplo para los adolescentes.

<sup>38</sup> HelpAge International. *Report on older citizens' monitoring project*, Kenya. [www.helpage.org](http://www.helpage.org).

## Salud de la mujer y normas sociales en Malí

*Al cumplir los 17 años, el 38% de las mujeres malienses ya han dado a luz o están embarazadas. El 94% de la población femenina en Malí en edad de procrear ha sido víctima de la mutilación genital. Los elevados niveles de fertilidad y la vulnerabilidad a la violencia doméstica son algo común en la vida de muchas mujeres del medio rural. Las actitudes tradicionales y la discriminación disuaden a las mujeres de trabajar fuera del hogar. Al casarse a edades tempranas, muchas niñas no pueden proseguir sus estudios de secundaria y pasan a depender económicamente de sus maridos. Se espera que las mujeres sigan trabajando durante todo el embarazo y retomem sus tareas al poco tiempo de dar a luz. Continúa imperando la norma social de que las mujeres sean las últimas en sentarse a la mesa para comer, incluso durante el embarazo. Suele ser el marido o la suegra de la mujer quienes deciden si ésta ha de recibir atención obstétrica y quienes administran los recursos familiares necesarios para costear los servicios en cuestión.<sup>39</sup>*

*Aceptabilidad de los factores determinantes básicos y de la atención de salud:*

● grado en que los establecimientos, bienes y servicios de salud son culturalmente apropiados y sensibles a las cuestiones de género y relacionadas con las necesidades del ciclo de la vida.

*Calidad de los factores determinantes básicos y la atención de salud:*

- si los medicamentos disponibles han sido científicamente aprobados y no están caducados;
- si el agua disponible es segura y potable;
- si el personal de salud cuenta con la debida formación y capacitación;
- si la calidad del equipo hospitalario es adecuada y segura;
- si los lugares de trabajo son seguros y saludables.

## FACTORES SUBYACENTES DETERMINANTES DE LA SALUD

Las desigualdades que se dan en la realización del derecho a la salud también son consecuencia de la denegación de otros derechos humanos. Los trabajadores migrantes, por ejemplo, a menudo son contratados en sectores como la minería, la construcción o la industria pesada y para labores agropecuarias que pueden implicar diversos peligros ocupacionales, como la exposición, sin la debida protección, a agentes tóxicos, la falta de equipamiento apropiado o jornadas laborales excesivamente largas. Los migrantes, por lo general suelen vivir

en zonas urbanas pobres, hacinados en infraviviendas sin servicios adecuados de saneamiento. Los factores causantes de una situación de vulnerabilidad a la mala salud a menudo se ven agravados por un acceso limitado a la atención médica y por otros condicionantes relacionados con el idioma, la cultura, la información y la situación económica.

Otras normas definidas en documentos clave sobre derechos humanos pueden ser utilizadas como punto de referencia en investigación participativa sobre factores subyacentes que directa o indirectamente afectan la salud de las personas marginadas y excluidas. Problemas comunes son:

- la violencia contra la mujer;
- la violencia y los abusos en el hogar y en el lugar de trabajo;
- las prácticas tradicionales nocivas, incluyendo la mutilación genital femenina;
- la falta de voz en la toma de decisiones en el hogar y la comunidad;
- la falta de acceso a la educación;
- una protección social insuficiente o inexistente;
- la falta de sistemas de registro de los nacimientos o de documentos de identidad.

Un análisis causal revisa y revela las causas inmediatas, subyacentes y estructurales/ básicas de la negación de los derechos a la salud.

<sup>39</sup> Hawkins K. et al., op. cit.

### Centro Europeo para la Defensa de los Derechos de los Romaníes

*«Los romaníes pobres a menudo se enferman, pues viven en barriadas pobres, hacinados y en condiciones poco higiénicas; además tienen una dieta poco saludable y carecen de acceso a una atención médica como es debido. Cuando caen enfermos, tardan más tiempo en recuperarse que otras personas. Como están enfermos más a menudo y durante más tiempo que otras personas, sufren pérdidas salariales y laborales y tienen dificultades para conservar un trabajo estable. Esto hace que no tengan los medios para pagar una vivienda en condiciones, seguir una dieta nutritiva o acudir al médico. Dentro de este círculo vicioso pueden verse amenazados en cualquier momento – sobre todo cuando contraen una enfermedad de cierta gravedad – con caer a un nivel aún más bajo y acabar sumidos en un sufrimiento todavía mayor.»<sup>40</sup>*

### ii Identificación de los titulares de derechos y aportadores de servicios

El siguiente paso requiere la identificación de las partes interesadas. Estos abarcan los responsables de asegurar que el derecho a la salud se realice (aportadores de servicios) y aquellos con demanda o derecho al derecho a la salud (titulares de derechos).

En el contexto de las ERP, la preocupación básica se centra en los titulares de derechos quienes son los más privados del disfrute del derecho a la salud. Aquí entenderemos por «titulares de derechos» las personas y grupos poblacionales identificados como víctimas de discriminación y desigualdades en lo que atañe al acceso a la atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud.

Los aportadores de servicios son las personas y organizaciones con obligaciones y responsabilidades en lo referente al derecho a la salud y los factores determinantes básicos de la salud. La referencia a las normas de derechos humanos ofrece una base idónea para la identificación sistemática de los aportadores de servicios en relación con los diferentes derechos, y la naturaleza de las obligaciones y responsabilidades que les incumben. Los instrumentos legales de derechos humanos definen al Estado es el principal aportador de servicios en lo que atañe a los derechos humanos de las personas que viven dentro de su jurisdicción. El Estado tiene la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos todos los derechos humanos (véase la sección 1). No obstante,

### LA POBREZA EN UN CONTEXTO INDÍGENA

En lugar de afirmar simplemente que las poblaciones indígenas son pobres, es importante examinar los procesos de empobrecimiento. Las poblaciones indígenas no necesariamente se consideran pobres; es más, a muchas de ellas les desagrada ese calificativo, por las connotaciones negativas y discriminatorias que conlleva. Más bien por lo contrario: consideran que cuentan con recursos, conocimientos únicos y experiencia práctica y que sus culturas poseen un valor y una riqueza especial. Sin embargo, a menudo sienten que han sido empobrecidas como resultado de procesos ajenos a su control y a veces irreversibles. Esos procesos las han desposeído de sus tierras tradicionales, han restringido o prohibido su acceso a diversos recursos naturales, han provocado el resquebrajamiento de sus comunidades y la degradación de su entorno, con las consiguientes amenazas para su salud y bienestar social, así como para su supervivencia física y cultural.

las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones del sector privado y la comunidad internacional también tienen responsabilidades en esta esfera de derechos humanos, aunque no estén tan claramente definidas por ley. El Gobierno tiene la obligación de regular y apoyar las organizaciones de la sociedad civil y del sector privado para que éstas puedan cumplir con sus responsabilidades.

La remisión a leyes y procedimientos nacionales puede ayudar a identificar las obligaciones y los derechos específicos

<sup>40</sup> *Grassroots strategies to combat extreme poverty – ERRC talks with András Biró*, <http://www.errc.org>.



que corresponden a los diferentes aportadores de servicios y titulares de derechos. Así por ejemplo, la legislación nacional en materia de salud puede establecer criterios concretos de obligado cumplimiento para los proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, y prever mecanismos específicos para que los usuarios puedan denunciar los casos en que los servicios dispensados no cumplen los niveles mínimos establecidos.

Para identificar a todos los aportadores de servicios pertinentes, puede ser útil trazar un diagrama de los diferentes servicios de atención a la salud, incluidos los de salud de la madre y el niño y salud reproductiva y sexual, junto con los determinantes básicos de la salud. En cada una de estas esferas las organizaciones y agrupaciones que operan en los diferentes niveles, desde las autoridades comunitarias, locales y provinciales hasta las instituciones gubernamentales

nacionales y organismos internacionales pertinentes deben ser identificadas. En el plano local, puede ocurrir que, además de los centros de salud públicos o privados, exista toda una variedad de dispensadores de servicios de salud, por ejemplo curanderos tradicionales, parteras o establecimientos dedicados a la venta de medicamentos. En los planos nacional e internacional, es probable que los detentores de derechos incluyan organizaciones no gubernamentales y del sector privado paraestatales, tanto nacionales como internacionales, así como ministerios gubernamentales, instituciones donantes y organismos multilaterales de desarrollo. La identificación de las diversas organizaciones con responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud y los factores determinantes conexos constituye un paso importante dentro del proceso de formulación de un enfoque gubernamental coherente e integral para la observancia de la obligación de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud.

### **Evaluación de las limitaciones institucionales y deficiencias de capacidad**

El análisis de los titulares de derechos y aportadores de servicios revelará la existencia de una compleja red de organizaciones que repercuten en la salud de las personas pobres y marginadas. Son precisamente las relaciones entre los titulares de derechos y estos aportadores de servicios las que influyen en los obstáculos que dificultan el

**Mozambique: salud y pobreza**

*El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, ha insistido sistemáticamente en sus informes en que los problemas de salud deben entenderse en el contexto de una pobreza generalizada. En su informe sobre la misión a Mozambique en el 2005, el relator especial observa que algunos de los principales factores relacionados con la mala salud en este país son al mismo tiempo causa y efecto de la pobreza extrema. El producto nacional bruto, situado en USD 230 por habitante, es considerablemente inferior a la media correspondiente a los países menos desarrollados. Aproximadamente un 70% de la población vive por debajo del umbral de pobreza, y se estima que del 13-16 por ciento de la población de Mozambique están afectados por el VIH/SIDA. La malaria es responsable del 30-40 por ciento de las defunciones de niños menores de cinco años y es un problema particular en las áreas rurales. Enfermedades relacionadas con el agua y el saneamiento, como la diarrea, el cólera, la disentería, la malaria, la sarna y la esquistosomiasis, están extendidas. Alrededor del 30-40 por ciento de los niños padecen malnutrición crónica.<sup>41</sup>*

<sup>41</sup> Hunt P. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, a la Comisión de Derechos Humanos. Misión a Mozambique. Nueva York, Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 4 de enero de 2005 (E/CN.4/2005/51/Add.2).

acceso a la atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud. En los contextos en que los titulares de derechos pueden participar, ya sea de forma directa o indirecta, en las decisiones que adoptan los aportadores de servicios y exigirles que rindan cuentas al respecto, es más probable que los servicios y recursos lleguen a las poblaciones pobres y a las necesidades de éstas.

El examen de los marcos institucionales y los problemas de capacidad que determinan las relaciones entre prestadores de servicios y titulares de derechos puede ayudar a detectar puntos de entrada para las intervenciones gubernamentales destinadas a mejorar el acceso de los pobres a la salud. El término «marcos institucionales» se emplea aquí para designar las normas y procedimientos que definen los derechos y obligaciones, la rendición de cuentas, la participación de las personas interesadas en los procesos de toma de decisiones y la disponibilidad de recursos financieros para costear la prestación de los servicios pertinentes. Por «capacidad» se entiende el conjunto de conocimientos teóricos y prácticos y la información que precisan las personas para exigir y asegurar el cumplimiento de sus derechos y participar en la adopción de decisiones.

El análisis de los marcos institucionales y de las capacidades probablemente revelará el escaso poder de las personas pobres para propiciar cambios en las organizaciones cuya labor repercute en su salud y en sus vidas. También es probable que ponga de

manifiesto las graves limitaciones financieras y deficiencias en materia de conocimientos con las que se encuentran muchos gobiernos al tratar de mejorar la salud de las poblaciones excluidas. Pero, por otro lado, contribuirá seguramente a determinar en qué esferas se pueden adoptar medidas para asegurar que los recursos y servicios ya existentes lleguen a las poblaciones pobres y no sean acaparados por los grupos más favorecidos.

El análisis examina los marcos institucionales y los problemas de capacidad que determinan:

- la participación;
- la rendición de cuentas;
- los conocimientos, la información y el nivel de experiencia práctica;
- la legislación y las políticas pertinentes;
- los recursos financieros.

**PARTICIPACIÓN**

La participación continua de las personas pobres en las decisiones que afectan a su salud necesita la existencia de órganos de gobierno, democráticos e incluyentes. En algunos países, las instancias decisorias existen solamente en los altos niveles nacionales de atención a la salud. Sin embargo, la adopción de un programa de descentralización suele implicar la existencia de alguna forma de comité de salud del gobierno local, o de nivel distrital o de aldea. El grado en que estos comités ayudan a las personas excluidas a tomar voz en las decisiones que

### Declaración y Programa de Acción de Viena (1993): artículo 1

«Los derechos humanos y las libertades fundamentales son patrimonio innato de todos los seres humanos; su promoción y protección es responsabilidad primordial de los gobiernos.»<sup>42</sup>

### Declaración sobre el derecho al desarrollo: artículo 4

«Se requiere una acción sostenida para promover un desarrollo más rápido de los países en desarrollo. Como complemento de los esfuerzos de los países en desarrollo es indispensable una cooperación internacional eficaz para proporcionar a esos países los medios y las facilidades adecuados para fomentar su desarrollo global.»<sup>43</sup>

<sup>42</sup> <http://www.ohchr.org>.

<sup>43</sup> Declaración sobre el derecho al desarrollo, op. cit.

<sup>44</sup> Jonsson U. *Human Rights Approach to Development Programming*, Nairobi, Oficina Regional para África Oriental y Meridional, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2003. Citado en: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo*, op. cit. [www.unicef.org](http://www.unicef.org).



repercuten en su salud depende de varios factores. Interrogantes a abordar incluyen:

- ¿Están las atribuciones de los órganos decisorios de nivel local claramente definidas por ley?
- ¿Existen normas y procesos relativos a la inclusión de la mujer y de otros representantes de grupos excluidos en los órganos decisorios de nivel local o superior?
- ¿Tienen las comunidades locales acceso a la información pertinente sobre las políticas y presupuestos?
- ¿Están las instituciones decisorias locales vinculadas eficazmente a órganos de niveles más altos?
- ¿Está la voz de los grupos excluidos y de las comunidades pobres debidamente representada en los procesos nacionales e internacionales de formulación de políticas?

- ¿Tienen las comunidades locales voz en los procesos de toma de decisiones de los proveedores del sector privado?

### RENDICIÓN DE CUENTAS Y PROCEDIMIENTOS DE AMPARO

La participación en la adopción de decisiones por sí sola no basta para asegurar que los aportadores de servicios atiendan

### ENFOQUE DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD

El desarrollo de la capacidad ha pasado a ser una estrategia predominante en la cooperación para el desarrollo de las Naciones Unidas. Significa la creación, utilización y retención de forma sostenible de esa capacidad para reducir la pobreza, aumentar la autonomía y mejorar las condiciones de vida de la población. Dentro del enfoque de la programación basado en los derechos humanos propuesto por las Naciones Unidas, forman parte integral del desarrollo de la capacidad los siguientes componentes:

- Responsabilidad/motivación/compromiso/liderazgo. Este componente hace referencia a las medidas que los titulares de derechos y proveedores de servicios *deben* adoptar en relación con determinado problema.
- Autoridad. Se refiere a la legitimidad de una acción, cuando las personas o grupos sienten o saben que *pueden* tomar medidas.
- Acceso y control de los recursos. A menudo no basta con saber que algo debe y puede hacerse. La capacidad también ha de abarcar los recursos humanos, económicos y de organización que determinan si un titular de derechos *puede* actuar.<sup>44</sup>

las exigencias y preocupaciones de los titulares de derechos. Es necesario contar con los procesos e instituciones pertinentes para asegurar la *rendición de cuentas* por parte de los aportadores de servicios y con procedimientos de amparo a disposición de los titulares de derechos en caso de agravio.

- *Administrativo*-comités locales, de distrito o provincia y comités de manejo de la salud, procesos de reclamo y mediación y mecanismos de supervisión y reglamentación del suministro público y privado de servicios de salud.

- *Judicial*-incluyendo el ministerio de justicia, las cortes locales y nacionales, sistema de justicia tradicional e indígena y una capacidad de licitación civil dinámica.

- *Político*-procedimientos políticos formales como comisiones parlamentarias, elecciones locales o nacionales o representantes políticos informales para la defensa y voz de las preocupaciones.

- *Social*-procesos de comunitarios de supervisión e intervención, participación en los procesos de formulación de políticas y seguimiento de las actividades de las ONG y de labor informativa de los medios de comunicación.

- *Cuasijudicial*-revisten especial importancia las instituciones nacionales de derechos humanos, los mediadores, las comisiones nacionales y las instancias internacionales competentes, en particular los órganos de supervisión de las Naciones Unidas establecidos en virtud de tratados de derechos humanos y los Reporteros Especiales.<sup>45</sup>

La transparencia de la información relativa al desempeño de los servicios, la ejecución de las políticas y los procesos presupuestarios es crucial para un funcionamiento eficaz de todos estos mecanismos de rendición de cuentas.

El análisis debe tener por objeto identificar los puntos de acceso más indicados para fortalecer la responsabilización directa e indirecta de los servicios de salud y otros servicios conexos ante las personas excluidas. En muchos países, los mecanismos de rendición de cuentas, tanto administrativos como sociales, suelen ser más directamente accesibles a nivel local que las instituciones jurídicas, políticas y de derechos humanos. Sin embargo, las instituciones y los procedimientos administrativos de rendición de cuentas previstos para la atención a la salud y los servicios conexos, como los comités locales de salud, a menudo son percibidos como ineficaces y arbitrarios. Mientras que los proveedores públicos y algunos proveedores privados pueden estar sujetos a alguna forma de rendición de cuentas, es menos probable que los proveedores de atención médica del sector informal local, las organizaciones del sector privado o no gubernamentales o las instituciones donantes tengan que rendir cuentas a los titulares de derechos. Entre los aspectos a considerar están:

- ¿Está el suministro de servicios sujeto a supervisión y, en caso de ser así, cuál es la instancia encargada?

<sup>45</sup> Existen otras instancias especiales que se ocupan de cuestiones relacionadas con la salud, además del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, como por ejemplo, los relatores especiales sobre la vivienda adecuada, sobre el derecho a la alimentación o sobre los desechos tóxicos. Véase: <http://www.ohchr.org>.



- ¿Pueden acceder las comunidades locales libremente a la información relativa al desempeño de los servicios?
- ¿Qué mecanismos existen para asegurar que las preocupaciones locales lleguen a ser atendidas por intervenciones eficaces a nivel local?
- ¿De qué procedimientos pueden valerse las personas para manifestar las cuestiones que les preocupan en relación con el suministro de servicios? ¿Prevén esos procedimientos la protección de los denunciantes?
- ¿Están los mecanismos verticales y horizontales de los procedimientos administrativos de rendición de cuentas claramente definidos, y se aplican eficazmente?
- ¿Existen a nivel local centros de asistencia jurídica o servicios paralegales y, en caso afirmativo, se ocupan de cuestiones relacionadas con la salud?
- ¿Qué instituciones cuasijudiciales existen y está la salud incluida dentro de su mandato?
- ¿Pueden la prensa, los parlamentarios y otras instancias garantes de la rendición de

cuentas acceder libremente a la información relativa a las políticas de salud pública y los niveles de desempeño conexos?

- ¿Qué procedimientos existen para garantizar la rendición de cuentas por parte de las organizaciones, tanto nacionales como internacionales, del sector privado, no gubernamentales y organizaciones donantes?

### CONOCIMIENTOS, INFORMACIÓN Y HABILIDADES

Aun en los casos en que existen instituciones que dan a las personas los medios para participar y pedir cuentas a los prestadores de servicios, la invocación y el ejercicio de los derechos requiere conocimientos, información y habilidades susceptibles de propiciar cambios de actitud y de comportamiento. Las deficiencias de capacidad en lo referente a la información y los conocimientos de los titulares de derechos y proveedores de servicios probablemente existan en todos los niveles, desde el local hasta el internacional. Cuestiones a considerar:

- además de información sobre los procesos presupuestarios y la formulación de políticas, las personas precisan información relacionada con las cuestiones de salud y sus derechos. La información debe facilitarse en formatos y a través de medios accesibles para las poblaciones marginales y excluidas.
- las personas que han sido objeto de discriminación a veces no creen que tienen derecho a la salud, puede que no sean

### Perú: comités locales de administración de salud

*Los comités locales de administración de salud (CLAS) se establecieron a raíz de la reforma del sistema nacional de asistencia a la salud efectuada en el Perú a mediados de los años noventa con objeto de asegurar una atención de salud básica para todos. Se trata de organizaciones sin fines de lucro legalmente constituidas que se encargan de supervisar el suministro de los servicios de salud a nivel comunitario. Cada CLAS incluye seis miembros comunitarios electos y un trabajador de la salud que trabajan conjuntamente de forma voluntaria durante periodos de tres años, con miras a ayudar a establecer las necesidades prioritarias de las comunidades, aprobar los presupuestos y supervisar los gastos, determinar a quién se les aplican exoneraciones de pago y evaluar la calidad de los servicios de salud y la actitud de los proveedores de esos servicios hacia los pacientes. Los CLAS han demostrado ser un medio muy valioso de participación comunitaria en el control del suministro de servicios de atención sanitaria.<sup>46</sup>*

capaces de acceder a información sobre sus servicios o carecen de la suficiente confianza en sí mismos para actuar, una vez que disponen de la información pertinente.

- comunidades, o grupos dentro de comunidades pueden carecer de análisis organizacional, de promoción, político y financiero, de redes políticas y habilidades legales para participar en los procesos de toma de decisiones, actuar de forma colectiva, expresar sus preocupaciones relacionadas con la salud o buscar la reparación de los agravios causados por la violación de sus derechos;

- es posible que los miembros de los comités locales de salud y las personas que ocupan cargos de autoridad — como, concejales, jefes o magistrados locales — carezcan de comprensión, información, capacitación y habilidades en materia de no discriminación, y derechos humanos, análisis de políticas y presupuestarios;

- puede ocurrir que los trabajadores de la salud no tengan suficientes conocimientos en cuanto a las responsabilidades que les incumben en materia de derechos humanos y no cuenten con la capacitación e información necesarias para dispensar a todas las personas un trato digno y respetuoso;

- el personal de salud puede carecer de los conocimientos de gestión y del apoyo necesario para asegurar una prestación de servicios consistente.

- los funcionarios del ministerio de salud pueden carecer de la información y la experiencia práctica requeridas para desarrollar una política y un presupuesto de salud de carácter integral y transectorial;

- puede ocurrir que el personal de las organizaciones donantes no entienda o no apoye los derechos humanos.

### REVISIÓN DE LEYES, POLÍTICAS, REGLAMENTACIONES Y OTRAS MEDIDAS

Bajo las leyes de derechos humanos, es responsabilidad del Estado de asegurar un entorno legislativo y normativo que sea coherente e integrador y que garantice el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos relativos a la salud de todas las personas. En numerosos países, la legislación y las políticas en vigor no ofrecen a toda la población un conjunto claro y equitativo de derechos en esta esfera, y en los casos en que esos derechos sí existen, no siempre se ven plasmados en protocolos y normas administrativas aplicables por los profesionales que operan en primera línea. A falta de marcos jurídicos y normativos coherentes, claros y concretos, la actuación de los proveedores de servicios tiende a ajustarse a las normas y costumbres del lugar.

La obligación del Gobierno de *respetar el derecho a la salud* conlleva el deber de abstenerse de interferir, ya sea de forma directa o indirecta, en el disfrute de ese derecho. Al revisar las legislaciones, políticas y prácticas nacionales en vigor, es importante confirmar que éstas no estén reñidas con la obligación de respetar el derecho a la salud. En ese sentido, es fundamental asegurarse, por ejemplo, de que la legislación y las políticas nacionales eviten:

<sup>46</sup> Altobelli L. C., Pancorvo J. *Perú: Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS)*. Barcelona y Washington D.C., IESE, Universidad de Navarra (España) y Banco Mundial, 2000.

## Ucrania: Proyecto La Voz del Pueblo para fomentar la participación pública

*El Proyecto La Voz del Pueblo se puso en marcha en 1999 como iniciativa destinada a dar al público los medios para participar eficazmente en los gobiernos locales y ejercer influencia sobre los mismos. El proyecto se aplicó a nivel municipal, con énfasis en cuestiones relacionadas con el suministro de servicios que afectan de forma directa y cotidiana a las poblaciones locales, en particular preocupaciones relacionadas con la corrupción. Se crearon coaliciones de organizaciones de la sociedad civil, que se sirvieron de diversos mecanismos de participación ciudadana, como las audiencias públicas o los boletines de evaluación. Para 2003, los resultados revelaron mejoras notables en lo referente al acceso a los funcionarios locales, la capacidad local para supervisar la prestación de servicios y organizar encuestas, y la introducción de iniciativas municipales para corregir de forma directa las deficiencias detectadas.<sup>47</sup>*

- limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios para proteger la salud sexual y reproductiva, y que no censuren, oculten o tergiversen intencionadamente información referente a la salud, incluyendo educación sexual e información;
- imponer prácticas discriminatorias en relación con la situación y las necesidades de la salud de la mujer;
- negar o limitar a determinados segmentos de la población incluyendo, prisioneros o detenidos, grupos minoritarios, solicitantes de asilo, migrantes indocumentados, el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos o paliativos;

A nivel internacional, los gobiernos participan en diversos acuerdos, tratados y compromisos multilaterales y bilaterales relacionados con una amplia gama de cuestiones, que van desde el comercio hasta el medio ambiente, pasando por la ayuda al desarrollo o el turismo. Las siguientes áreas de actividad internacional han sido identificadas como esferas que pueden repercutir negativamente en el disfrute del derecho a la salud:

- El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC), que protege el uso de las patentes relativas a artículos farmacéuticos y las marcas comerciales de los suministradores de material médico, así como los datos de investigación conexos, ha contribuido considerablemente a mantener unos niveles mínimos en la investigación médica y el desarrollo de nuevos fármacos. Sin embargo, este instrumento también puede repercutir negativamente en la capacidad de las poblaciones indígenas para sacar beneficio de sus remedios tradicionales, incluyendo términos comerciales

- la contaminación ilegal del aire, el agua y el suelo, por ejemplo a través de desechos industriales provenientes de establecimientos de propiedad estatal;
- prohibir u obstaculizar la dispensación de servicios de atención preventiva, prácticas curativas o medicamentos;
- permitir la comercialización de medicamentos que no son seguros.

El examen de la legislación y las políticas nacionales también es susceptible de revelar la existencia de reglamentos relacionados con la salud o la ausencia de reglamentación que expone a la población

y puede incrementar los precios de los medicamentos esenciales hasta dejarlos fuera del alcance de los países pobres sin capacidad nacional de producción farmacéutica.

- Hasta la fecha, las leyes que rigen el comercio internacional han sido incapaces de incentivar a las principales compañías farmacéuticas para invertir en investigaciones centradas en enfermedades que afectan especialmente a los pobres.
- Durante muchos años han venido abundando los casos de compañías multinacionales que no garantizan condiciones de trabajo seguras para sus empleados o causan daños ambientales perjudiciales para la salud de las comunidades locales. Aunque a nivel internacional se están intensificando los esfuerzos destinados a imponer algún tipo de control sobre esas entidades, es responsabilidad del Gobierno nacional supervisar y regular las actividades de las empresas internacionales, a fin de proteger los derechos humanos de su población.

<sup>47</sup> <http://www.worldbank.org>.

### Noruega: el Parlamento Saami

*Aunque ya consolidada como una democracia integradora y eficaz, Noruega decidió en 1989 crear una institución independiente elegida por y para los saami, la población indígena de Noruega. No ha sustituido la estructura democrática nacional existente, es un complemento a ella para, ocuparse específicamente de las cuestiones que afectan de forma directa al pueblo y la cultura saami, ofreciendo el asesoramiento correspondiente, y de representar a esta población ante el Gobierno nacional. Otra de sus responsabilidades es administrar los fondos asignados por el Gobierno nacional y regular el gasto.<sup>48</sup>*

a prácticas peligrosas y le impiden acceder a los factores determinantes básicos de la salud.

La obligación del Gobierno de **proteger** el derecho a la salud requiere que el Gobierno adopte medidas que impidan que la actuación de un tercero interfiera. Al revisar las políticas y legislaciones nacionales en este contexto, es importante examinar:

- en qué medida la legislación protege las normas sanitarias y de seguridad en el lugar de trabajo;
- las medidas adoptadas para garantizar un acceso equitativo a la atención sanitaria prestada por terceros;
- los esfuerzos desplegados para evitar que la privatización del sector de la salud constituya una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención a la salud;
- en qué medida la legislación prohíbe efectivamente y hace referencia a los matrimonios prematuros, la mutilación genital femenina y la violencia contra la mujer, incluyendo la violación dentro de una relación marital.

Por último, la obligación del Gobierno de **hacer efectivo** el derecho a la salud exige que los Estados adopten las oportunas medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, promocionales y de otra índole para avanzar hacia su plena realización. El examen de las leyes, políticas y prácticas gubernamentales en este contexto revelará:

- si el derecho a la salud está reconocido como un derecho humano en la constitución y la legislación del país de que se trate y si existe una política o un plan sanitario nacional en el que se detallen las disposiciones previstas para su realización;
- si existe un régimen de seguro médico (público, privado o mixto) asequible para todos, incluidas las personas económicamente desfavorecidas;
- si el Estado difunde y fomenta la difusión de la información apropiada sobre los modos de vida y formas de nutrición saludables, las prácticas tradicionales nocivas y los servicios disponibles;
- si el Estado promueve la investigación médica, garantiza la formación apropiada de médicos y otros profesionales de la salud y asegura el funcionamiento de un número suficiente de hospitales, dispensarios médicos y otros centros sanitarios;
- si el Estado ha formulado o implantado políticas nacionales destinadas a reducir o eliminar la contaminación del aire, el agua y el suelo.

### RECURSOS FINANCIEROS

Las limitaciones relacionadas con el nivel, la distribución y la asignación de los recursos financieros a menudo son un desencadenante clave de la discriminación y las desigualdades en el acceso a la salud y los resultados a nivel de salud. El análisis basado en los derechos humanos puede utilizarse para realizar una evaluación general de los factores que provocan limitaciones de recursos financieros. Cuellos de botella

<sup>48</sup> Gáldu Resource Centre for the Rights of Indigenous Peoples [www.galdu.org](http://www.galdu.org).

## Etiopía: acceso de la mujer a la información

*En Etiopía las mujeres sufren la infección por el VIH/SIDA con más probabilidad que los hombres y es menos probable que hayan oído hablar alguna vez de esta enfermedad o que sepan algo al respecto y utilicen medios de prevención. Esto se debe principalmente a que no pueden acceder a fuentes de información externas. Menos del 14 por ciento de la población femenina de Etiopía tiene acceso a los medios de comunicación y las probabilidades de las mujeres de haber oído hablar del VIH/SIDA por esa vía son mucho más reducidas que las de los hombres.<sup>49</sup>*

pueden ocurrir a diferentes niveles desde el local hasta el internacional, debido a diversos motivos:

- un nivel insuficiente de recursos que lleva, por ejemplo, a una escasez generalizada de personal de salud debidamente capacitado o niveles deficitarios en lo que respecta a determinadas zonas geográficas y conocimientos médicos, como la atención a partos;
- la distribución de los recursos a nivel nacional, o la corrupción y la desviación de recursos, pueden hacer que algunos centros

de salud no logren estar debidamente equipados ni contar con suficientes existencias de medicamentos o vacunas ni disponer de medios de almacenamiento apropiados;

- la falta de asignación de fondos a los comités de salud distritales o de aldea puede impedir a éstos cumplir debidamente con su labor;
- la falta de regularidad o previsibilidad en lo referente a los fondos aportados por donantes internacionales puede repercutir negativamente en el nivel y la calidad de la prestación de servicios de salud.

## LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL -UNA RESPONSABILIDAD DIMANANTE DE LOS DERECHOS HUMANOS

La noción de que la reducción de la pobreza es una responsabilidad compartida y la necesidad de asegurar una colaboración entre los países desarrollados y en desarrollo se han citado reiteradamente en numerosas conferencias y declaraciones de las Naciones Unidas, incluyendo la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo de 1986. En la Cumbre del Milenio celebrada en 2000, la Declaración Ministerial de Doha adoptada en 2001 en la Cuarta Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo de 2002 y la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible celebrada en Johannesburgo en 2002, los Gobiernos se comprometieron a asignar recursos y prestar asistencia para ayudar a los países en desarrollo a combatir la pobreza. El Objetivo 8 de los ODM incluye una referencia clara a la necesidad de fomentar una asociación mundial para dar respuesta a las desigualdades actualmente imperantes en el sistema de comercio internacional, abordar el

problema de la deuda y asegurar el logro de avances tecnológicos y científicos que puedan redundar en beneficio de todos los países. Algunos donantes – entre ellos, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, los Países Bajos y Suecia – están cumpliendo con su compromiso de destinar el 0,7% de su ingreso nacional bruto a la ayuda para el desarrollo. Otros, como Francia, Irlanda y el Reino Unido, se han comprometido a cumplir el objetivo del 0,7% en los próximos años. Aun así, causa cada vez más preocupación la posibilidad de que los recursos puestos a disposición para alcanzar las metas previstas dentro de los ODM sean insuficientes. En el Consenso de Monterrey, aprobado por los Gobiernos en marzo de 2002, se reconoce que no sólo es preciso movilizar más recursos nacionales, sino también atraer corrientes financieras internacionales, fomentar el comercio internacional e incrementar la cooperación financiera y técnica, promover una financiación sostenible de la deuda y adoptar medidas para el alivio de la deuda externa.<sup>50</sup>

<sup>49</sup> Alsop R., Bertelsen M., Holland J. *Empowerment in practice: from analysis to implementation*. Washington D.C., Banco Mundial, 2006 <http://www.worldbank.org>.

<sup>50</sup> A/CONF.198/11.

# SECCIÓN 3

## Elaboración del contenido y ejecución del plan

Una vez completado el análisis basado en los derechos humanos, el paso siguiente consiste en identificar intervenciones apropiadas, que conformarán el *contenido* de la ERP.

El diseño de un plan para el sector de salud en favor de los pobres en un contexto de escasos recursos no es tarea fácil. El análisis basado en los derechos humanos revelará probablemente una amplia variedad de necesidades, a veces encontradas, que se deben atender. Incluso en los casos en que es posible identificar y acordar claramente las prioridades de política, el proceso de captación de fondos adicionales y transferencia de recursos entre las distintas áreas del sector de la salud es complejo y puede provocar resistencia. Los principios de derechos humanos pueden ofrecer orientación para consensuar las prioridades de política, resolver posibles conflictos y hallar soluciones equilibradas.

Esta sección examina el modo en que los principios de derechos humanos pueden ser utilizados por el ministerio de salud, y otros ministerios cuya labor repercute en el disfrute del derecho a la salud, para concebir intervenciones que aborden los problemas identificados a través del análisis basado en los derechos humanos.

Las acciones descritas en cada subsección son las siguientes:

**3.1** Corrección de las desigualdades y la dis-

criminación relacionada con la atención a la salud y los factores determinantes básicos de la salud mediante:

- i. el establecimiento de niveles mínimos universales de suministro de servicios;
- ii. la focalización en las poblaciones excluidas y marginadas;
- iii. la colaboración con otros ministerios para abordar los factores determinantes básicos de la salud.

**3.2** Subsanación de las limitaciones institucionales y deficiencias de capacidad mediante:

- i. el fortalecimiento de la participación y la rendición de cuentas en los servicios de salud;
- ii. la facilitación de información y conocimientos prácticos a los titulares de derechos y aportadores de servicios;
- iii. la implantación de leyes y políticas que velen por que se respete y proteja el derecho a la salud.

**3.3** Financiación de la estrategia de salud mediante:

- i. políticas macroeconómicas;
- ii. el presupuesto de salubridad.

**3.4** Formulación de una estrategia a largo



011/Marcel Cozart

plazo para lograr la realización del derecho a la salud asegurando que los servicios de salud y los determinantes básicos de la salud están disponibles y son accesibles, aceptables, y de la mejor calidad.

**3.5** Colaboración con los donantes para promover los derechos humanos a través de las ERP.

### **3.1 Corrección de las desigualdades relacionadas con la realización del derecho a la salud**

#### ***Establecimiento de niveles mínimos universales en materia de prestación de servicios de salud***

**i** El primer paso al formular el contenido del componente de las ERP centrado en el sector de la salud suele consistir en definir un conjunto de servicios esenciales que el Gobierno garantizará para toda la población. Muchos países en desarrollo han identificado un paquete esencial gracias a las metodologías que confieren mayor prioridad a la relación costo-eficacia que a la equidad. En consecuencia, las definiciones de los servicios de salud esenciales a menudo hacen caso omiso de las prioridades de las personas marginadas o excluidas.<sup>51</sup>

La celebración de debates públicos sobre el contenido del paquete de servicios esenciales, a través de un proceso consultivo, ofrece una base potencialmente valiosa para fomentar la participación de las personas en la ERP y lograr que ésta sea de propiedad local en lugar de ser globalmente

motivada. Los debates deberán tomar como punto de partida el análisis basado en los derechos humanos efectuado por el ministerio de salud conjuntamente con otros interesados directos, a través de un enfoque participativo, así como la información disponible sobre las prioridades de las personas marginadas, datos estadísticos desglosados y datos clínicos y geográficos (véase la sección 4.3 para el examen de los datos desglosados).

En la Observación general N° 14, se enumeran una serie de obligaciones básicas relacionadas con el derecho a la salud. Los elementos mínimos esenciales son:

- una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura;
- un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como un suministro adecuado de agua limpia y potable;
- medicamentos esenciales, según las definiciones que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- una atención de la salud reproductiva, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- educación y acceso a la información sobre los principales problemas de salud que afectan al país, con inclusión de los métodos previstos para su prevención y control.

Para asegurar un acceso equitativo es importante que, además de decidir qué

<sup>51</sup> Pearson M. *Allocating public resources for health: developing pro-poor approaches*. Londres, DFID Health Systems Resource Centre, 2002 [www.healthsystemsrc.org](http://www.healthsystemsrc.org).

servicios deben facilitarse, también se definen niveles mínimos de prestación a toda la población que serán garantizados por el Gobierno. La identificación y amplia difusión de los derechos y niveles mínimos conexos permite a las personas exigir a los responsables de la formulación de políticas públicas y proveedores que rindan cuentas con respecto a la prestación de los oportunos servicios y constituye uno de los pilares del enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos.<sup>52</sup> Los criterios de DAAC enumerados en la sección 1 y propuestos en la sección 2.2 como base para la realización de análisis centrados en los derechos humanos también pueden constituir un buen punto de partida para establecer unos niveles o derechos mínimos en materia de prestación de servicios. La información obtenida del proceso consultivo, los resultados de las investigaciones participativas, las estadísticas desglosadas y los datos clínicos y geográficos pueden aprovecharse para identificar niveles de prestación de servicios claros, concretos y significativos para las personas excluidas y abordar los principales escollos detectados en relación con cada uno de los criterios. Por ejemplo:

- prestación de servicios de salud reproductiva y sexual para todos, dentro de una determinada distancia;
- gratuidad de los servicios de atención primaria, incluidos los de salud materna y de salud reproductiva y sexual;
- accesibilidad física de los centros de atención primaria para las personas con

discapacidades;

- acceso de los trabajadores migrantes a servicios de salud integrales;
- información sanitaria en los idiomas locales;
- salas independientes y privadas para las consultas;
- asistentes de partería calificados en todos los centros de atención primaria.

La publicación y difusión de los niveles mínimos exigibles en materia de prestación de servicios puede ser un método efectivo para dar a conocer a la población los derechos del paciente. Una carta de los derechos de los pacientes en Bangladesh y Ghana incluye garantías en relación con el consentimiento informado, la confidencialidad médica, la solicitud de una segunda opinión y el acceso de cada persona a su propio historial médico.<sup>53</sup> En 2000 el Ministerio de Salud de Uganda enunció los derechos de los pacientes en su estrategia de mejora de la calidad asistencial en los centros de atención primaria públicos y gestionados por ONG, incluido el derecho a un tratamiento confidencial, el derecho a recibir un trato cortés y a ser atendido por orden de llegada; el derecho a recibir información sobre la enfermedad que se padece y la medicación administrada; el derecho a una atención sanitaria gratuita; el derecho a ser atendido dentro del plazo de una hora.<sup>54</sup>

Con independencia del contenido de los derechos que se hayan definido y del medio utilizado para comunicarlos, es importante que el Gobierno se comprometa a cumplir

<sup>52</sup> Banco Mundial. *Rights, entitlements and social policy: concept note*. Washington D.C., noviembre de 2006 <http://www.worldbank.org>.

<sup>53</sup> Murthy R. K., Klugman B., Weller S. «Service accountability and community participation» en: Ravindran T. K. S., de Pinho H. (ed.). *The Right reforms? Health sector reform and sexual and reproductive health*. Johannesburgo, Women's Health Project, School of Public Health, University of Witwatersrand, 2005 (manual de estudio).

<sup>54</sup> Björkman M., Svensson J. «Power to the people: evidence from a randomized experiment of a community based monitoring project in Uganda», Londres, Centre for Economic Policy Research, junio de 2007 (CEPR Discussion Paper No. 6344) [www.cepr.org](http://www.cepr.org).

## Chile: Garantías Explícitas en Salud (GES)

*La ley chilena por la que se rige el Régimen de Garantías en Salud entró en vigor el 1º de julio de 2006. Esta ley y su correspondiente decreto conjunto del Ministerio de Salud y el Tesoro Público especifican 40 condiciones médicas y los servicios que se garantizan en relación con cada una de ellas. La ley y el decreto que la acompaña definen niveles mínimos en materia de acceso, calidad, oportunidad (tiempo de espera) y protección financiera. La ley permite a los grupos de ingresos más bajos del país el pago del 100 por ciento de los servicios por el Fondo Nacional de Salud, el fondo nacional de seguro de salud al que la mayoría de la población está afiliada. La ley especifica asimismo los procedimientos de amparo de los derechos, es decir los trámites previstos para la presentación de denuncias a la Superintendencia de Salud. El Ministerio de Salud y el Tesoro Público tienen la obligación de revisar y actualizar cada tres años estas garantías definidas por ley.*<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Norton A., Elson D. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. Londres, Overseas Development Institute, 2002 [www.odi.org.uk](http://www.odi.org.uk).

<sup>56</sup> Banco Mundial. Preparado en colaboración con la FUNASUPO y con contribuciones del BID, la ECLAC y la OEA. «Realizing rights through social policy» proyecto de documento de trabajo presentado en el Taller sobre garantías explícitas en la implementación de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina y el Caribe (2 al 4 de abril de 2007, Santiago de Chile), [www.eclac.cl](http://www.eclac.cl).

los niveles establecidos. Para asegurar que esos niveles sean relevantes, visibles y no meras promesas vacías se necesita prestar atención a las cuestiones que siguen: los niveles exigibles deben establecerse por medio de un proceso participativo y democrático-como el proceso consultivo utilizado para las ERP o las investigaciones participativas;

- los niveles exigibles deben quedar plasmados en la legislación nacional y estar en consonancia con el derecho internacional;
- los niveles exigibles deben ser objeto de amplia difusión;
- los mecanismos de rendición de cuentas a nivel local deben ser accesibles y eficaces (sección 3.2.i);
- atender la capacitación, la información profesional y aumentar su concienciación sobre los derechos humanos, como la prohibición a la discriminación por parte de los trabajadores en salud y trabajadores asociados (sección 3.2.ii);
- los niveles exigibles deben ser económicamente viables y sostenibles (sección 3.3.ii);
- los niveles exigibles deben considerarse como niveles mínimos y no como topes.<sup>55</sup>

Fijar niveles que se ajusten a estos criterios no es tarea fácil. Es probable que el proceso deba tener un carácter iterativo, ya que la capacidad de acción en esta esfera del ministerio de salud estará condicionada por los recursos financieros disponibles. Además, la demanda no es estática, y, en

algunos casos, garantizar derechos en relación con determinados servicios o niveles de prestación puede causar cuellos de botella imprevistos en relación con calidad y cantidad de suministros. La clave está en asegurar que existan las instituciones y procedimientos oportunos para permitir que las variaciones en la demanda tengan voz política y sean atendidas mediante ajustes en la asignación de recursos. También será necesario someter los niveles fijados a exámenes y revisiones periódicos. El ciclo de las ERP brinda un instrumento útil para la revisión del proceso.

### Focalización

Las leyes de derechos humanos prevén un margen para la adopción de medidas de discriminación positiva (o acción afirmativa) centradas específicamente en las personas excluidas. La focalización de las intervenciones por modalidades de servicio, comunidades o categorías sociales claramente definidas, como, las personas mayores o los niños, puede constituir un modo eficaz para corregir las desigualdades y es probable que haya que recurrir a este tipo de instrumentos para garantizar unos niveles mínimos de prestación de atención a la salud de carácter universal. Cabe citar aquí como ejemplos: la asignación de fondos superiores al promedio para mejorar los servicios de salud en comunidades con elevados niveles de pobreza; la implantación de programas de inmunización focalizados para la prevención de enfermedades que afectan desproporcionadamente a los

grupos excluidos; o la fuerte inversión para mejorar servicios de agua y saneamiento en áreas identificadas como carentes.

Focalizar los servicios o determinar la exoneración del pago de gastos médicos en función del grado de pobreza individual es menos eficaz, pues resulta difícil concebir criterios equitativos y fácilmente aplicables que sean inmunes a la corrupción. La labor de focalización comporta algunos gastos ocultos, como:

- los costos asociados a los errores de focalización: es difícil identificar a los pobres, en particular a las mujeres pobres;
- los gastos de administración: una focalización más definida exige la aplicación de mayores medidas de control con respecto a los beneficiarios;
- los costos en los que incurren los propios

beneficiarios al documentar sus solicitudes y solicitar ayudas;

- el costo de la no sostenibilidad: si las personas que no son pobres no se benefician de los servicios, no se contará con el compromiso político necesario para mantener el alcance y la calidad de los mismos.<sup>57</sup>

En algunos contextos, los costos de focalización superan el ahorro potencialmente obtenible mediante la concentración de los escasos recursos de que dispone un grupo de personas definido con rigor. Esto puede ocurrir en zonas afectadas por conflictos o en situaciones de crisis, donde cualquier método de focalización puede resultar inapropiado o inviable desde un punto de vista administrativo. En esos casos, a veces es más eficaz proporcionar un conjunto básico de servicios universales en lugar de empeñarse en mantener un nivel más elevado de prestación focalizada que en la práctica acaba dando lugar a una racionalización de los servicios y a su utilización por personas más privilegiadas.

### Atención de los factores determinantes básicos de la salud

Como demuestra el análisis basado en los derechos humanos de la situación de salud y el estado de pobreza basado en los derechos humanos, las desigualdades en los resultados en salud se deben a las diferencias de acceso a una amplia variedad de servicios y recursos. Aunque el ministerio de salud quizás no tenga la responsabilidad directa de atender estos determinantes

<sup>57</sup> Elson D., op. cit.

<sup>58</sup> Merlin. Nota descriptiva «TB treatment in Tomsk, Russia» [www.merlin.org.uk](http://www.merlin.org.uk).

## FEDERACIÓN DE RUSIA: PROGRAMA DE TRATAMIENTO CONTRA LA TUBERCULOSIS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

En países en los que la prevalencia de la tuberculosis es elevada, la población penitenciaria, compuesta en buena parte por hombres jóvenes procedentes de entornos muy pobres, tiene 100 veces más probabilidades de contraer esta enfermedad que la población general. Sin embargo, ocurre con frecuencia que se otorgue escasa prioridad a la salud de los presos y que no se haga nada por reducir su vulnerabilidad dentro del peligroso entorno en el que viven reclusos. En Tomsk, el Gobierno ruso ha estado colaborando con un consorcio de ONG para ampliar un programa DOTS-Plus y hacerlo extensivo al tratamiento de la población reclusa, y en Dzerzhinsk, la ONG británica MERLIN, presta servicios de atención esencial a antiguos presidiarios para que éstos puedan completar su ciclo de tratamiento; otro de los objetivos de esta organización es reducir el riesgo de farmacoresistencia en el conjunto de la comunidad.<sup>58</sup>

## Brasil: Bolsa Familia

*El Gobierno brasileño ha dedicado considerables esfuerzos y recursos a la mejora de las redes de seguridad social para las familias muy pobres. El programa Bolsa Familia transfiere directamente dinero a las familias, a condición de que todos sus integrantes puedan beneficiarse de los servicios de asistencia social siempre que lo precisen.*<sup>59</sup>

básicos, sí es su deber colaborar con otros agentes para promover la coherencia en todos los niveles de las ERP y asegurarse de que las políticas aplicadas en otros sectores no refuercen la vulnerabilidad a la mala salud. La evaluación de los titulares de derechos y aportadores de servicios puede ser utilizada por las organizaciones que tienen responsabilidades directas hacia, o impactan a los factores determinantes de la salud. La creación de lazos de asociación con diversas organizaciones privadas y no gubernamentales e instituciones públicas constituye una estrategia clave para atender las dificultades en esta esfera.

En muchos casos, el principal aportador

de servicios será otro ministerio estatal. Las iniciativas basadas en políticas intersectoriales suelen plantear dificultades logísticas y de gestión. Para cumplir con las obligaciones que les incumben, los dirigentes gubernamentales deberán apoyar al ministerio de salud a convocar y trabajar estrechamente con otros ministerios. Para abordar cuestiones complejas, como la mortalidad materna o el VIH/SIDA, suele ser preciso contar con un punto focal institucional claramente definido que dirija y coordine las actividades. Esta instancia no necesariamente deberá pertenecer al ministerio de salud. Es importante que los vínculos horizontales entre los sectores y organizaciones

## SRI LANKA: ACCESO AL AGUA Y A SERVICIOS DE SANEAMIENTO

Tras el maremoto que asoló a Sri Lanka en diciembre de 2004, miles de personas perdieron sus hogares y tuvieron que ser realojadas en campamentos provisionales. Handicap International realizó una labor de evaluación en distintos campamentos de los distritos de Batticaloa y Ampara con el fin de recabar datos sobre la accesibilidad a los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento. Se preparó para cada campamento un plan específico con medidas para mejorar el acceso al agua y servicios de saneamiento. Los planes se llevaron a la práctica gracias a la labor de promoción de las organizaciones ejecutoras, y las obras de construcción fueron financiadas por Handicap International y ejecutadas por un asociado local o por constructoras privadas. Problemas destacados por Handicap International, incluyeron los obstáculos para acceder a los servicios de agua y saneamiento, situa-

dos en la parte trasera de los edificios, en el exterior o en el sótano, y las dificultades para asegurar que los constructores locales entiendan la importancia de los elementos que influyen en la accesibilidad, por ejemplo la conveniencia de que los peldaños de las escaleras sean uniformes o que los pasamanos de madera estén debidamente pulidos. La corrección de esos problemas habría resultado menos difícil y costosa si los elementos de accesibilidad se hubiesen tenido en cuenta en la etapa de planificación y en la construcción original. Una vez concluida la fase de emergencia, se pasó a dar prioridad a las construcciones permanentes. A raíz de esta experiencia, el Vicedirector Provincial de los Servicios de Salud de Ampara ha decidido introducir una serie de directrices básicas de accesibilidad aplicables a todos los aseos nuevos instalados en el marco del programa de reconstrucción.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Lindert K. «Brasil: El programa Bolsa Familia dimensiona las transferencias de dinero para los pobres», en: *Buenas prácticas recientemente identificadas de gestión para resultados de desarrollos* — Libro de consulta. <http://www.mfdr.org>.

<sup>60</sup> Spitschan S., Mesman A. *Accessibility in water and sanitation: The Handicap International experience*. Leicestershire, Water Engineering and Development Centre, Loughborough University, 2006 <http://wedd.lboro.ac.uk>.

**México: Progres**

*Progres, implantado por el Gobierno de México en 1997, es actualmente el programa nacional de alivio de la pobreza de mayor alcance, con una cobertura de unos 2,6 millones de hogares pobres. En el marco de este programa, se efectúan transferencias en efectivo y se entregan alimentos a familias pobres, con la condición de que matriculen a sus niños en la escuela y acudan a los servicios de medicina preventiva y atención de salud básicos. Progres ha sido concebido para atender muchos de los determinantes sanitarios conexos; los hogares participantes reciben beneficios a cambio de aceptar participar, y seguir participando, en los servicios prestados.<sup>61</sup>*

no hagan perder de vista la necesidad de contar con vínculos verticales de participación y rendición de cuentas a los titulares de derechos en las comunidades pobres.

Otras cuestiones relacionadas con la salud que exigen una coordinación intersectorial incluyen:

- agua salubre y potable para los hogares y la disponibilidad de servicios básicos de saneamiento;
- viviendas o refugios adecuados y seguros;
- condiciones de trabajo seguras e higiénicas;
- alimentos nutritivos en cantidades suficientes y sistemas de pronta alerta de emergencias alimentarias, con los correspondientes programas de respuesta;
- seguridad social (o sistemas de seguro);
- educación en salud en las escuelas.

Las cuestiones arriba descritas en relación con la focalización y el establecimiento de niveles mínimos son igualmente válidas para abordar la discriminación y las desigualdades de acceso que afectan a los factores determinantes básicos de la salud.

### 3.2 Subsanación de las limitaciones institucionales y deficiencias de capacidad

#### **i** Fortalecimiento de la participación y la rendición de cuentas en la prestación de servicios de salud

El contenido del componente de salud de las ERP debe abordar la cuestión de cuáles son las instituciones y los procesos idóneos para

posibilitar la participación de los grupos excluidos en lo tocante a los servicios de salud y otros servicios conexos y asegurar la rendición de cuentas en esa esfera.

En muchos países, es probable que el análisis basado en los derechos humanos revele que los procesos administrativos de rendición de cuentas actualmente en vigor y las instituciones locales de gobierno existentes, favorecen los intereses de las elites del lugar y que la labor de supervisión de los servicios no es eficaz. En esos casos, cabe recurrir a diversos mecanismos sociales destinados a fortalecer la rendición de cuentas entre las personas excluidas y marginadas y los proveedores. Estos mecanismos incluyen reportes de evaluación y diversas actividades comunitarias de seguimiento. En los casos en que la legislación nacional prevé un conjunto mínimo de garantías relacionadas con el derecho a la salud o en que se ha adoptado una carta de derechos del paciente, se cuenta con una buena base para fomentar la participación local en la identificación de los indicadores y las labores conexas de seguimiento y elaboración de informes de ejecución. Un elemento clave para asegurar la eficacia de las actividades comunitarias de supervisión es velar por que se pueda acceder fácilmente a la información pertinente, de modo que las personas puedan conocer el nivel de desempeño de su centro de salud en comparación con otros.

Una mayor participación local en la gestión de los servicios locales de salud puede repercutir positivamente en la eficacia de

<sup>61</sup> Wodon Q. et al. «Progres de México: focalización innovadora, centrado en el género y sus efectos en el bienestar social», en: Grupo Banco Mundial, En breve, N° 17, enero de 2003 <http://www.bancomundial.org>.

## Filipinas: planificación comunitaria y toma de decisiones

*En enero de 2003, el Gobierno de Filipinas puso en marcha una iniciativa comunitaria de reducción de la pobreza denominada Proyecto KALAHI-CIDSS. La iniciativa se basa en la adopción de decisiones a nivel local mediante la celebración de asambleas de aldea en las que participa la comunidad en su conjunto. Las comunidades determinan sus propias prioridades, seleccionan proyectos, supervisan el flujo de los fondos y supervisan la implementación. El proyecto se ha ampliado hasta abarcar 42 de las provincias más pobres del país.<sup>64</sup>*

los órganos responsables de asegurar la rendición de cuentas en el plano administrativo, por ejemplo comités de salud locales y distritales. Mejoras sistemáticas en la rendición de cuentas a nivel local puede, a su vez, propiciar mejoras en la calidad de la prestación, la utilización de los servicios y los resultados de salud.<sup>62</sup>

Una manera de fortalecer estas instituciones a través de las ERP consiste en establecer dentro del ministerio de salud un comité o un grupo especial independiente encargado de facilitar la participación comunitaria y la rendición de cuentas en la prestación de servicios de salud.<sup>63</sup> El cometido de un grupo especial de esta índole debe comprender las tareas siguientes:

- interfase entre niveles nacionales, de distrito y locales en materia de gestión, participación y rendición de cuentas;
- el uso de reportes de evaluación y otros instrumentos de seguimiento basados en la comunidad, como medio para reforzar la rendición de cuentas directa entre usuarios y proveedores de servicios;
- la eficacia de los mecanismos administrativos de supervisión y reparación de agravios incluyendo, organismos fiscalizadores para garantizar que las políticas se ejecuten y que las preocupaciones locales se traduzcan en acciones concretas;
- medidas que garanticen la transparencia de los procesos presupuestarios y de supervisión;
- cuotas de participación para las mujeres, los discapacitados y otras personas

excluidos y marginados en comités locales, distritales y nacionales;

- alcance y limitaciones en la participación- por ejemplo, la gestión de los aspectos logísticos relacionados con el suministro de medicamentos no siempre se presta a la participación;
- medidas que permitan incrementar la capacidad de las personas excluidas o marginadas, y también la de las organizaciones que las representen, para participar en los procesos de adopción de decisiones;
- la facilitación de información con objeto de permitir que las personas puedan hacer valer sus derechos (véase la sección 3.2.ii).

La cuestión de la rendición de cuentas por parte de los donantes ante las personas pobres se aborda en la última parte de esta sección. El empleo de mecanismos comunitarios para el seguimiento y la evaluación de las ERP es analizado con mayor detalle en la sección 3.3, como así también la importancia de los procedimientos de rendición de cuentas judiciales, cuasijudiciales y políticos para la protección de los derechos de las personas pobres.



### **Información y habilidades para los titulares de derechos y aportadores de servicio**

La implantación de programas de capacidad en conocimientos, habilidades y prácticas que respalden los derechos humanos constituye un elemento clave en toda estrategia integral para el sector de la salud. Las reformas institucionales

<sup>62</sup> Björkman M. et al., op. cit.

<sup>63</sup> Murthy R. K. et al., op. cit.

<sup>64</sup> <http://www.worldbank.org>.

## UGANDA: EVIDENCIA DE LA EFICACIA DE MECANISMOS DE SUPERVISIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

En respuesta a las deficiencias percibidas en la dispensación de servicios en el nivel primario, el Banco Mundial y la Universidad de Estocolmo pusieron en marcha, en cooperación con el Ministerio de Salud de Uganda un proyecto basado en el uso de reportes de evaluación en 50 centros de salud ubicados en diferentes zonas rurales del país. El principal objetivo del proyecto fue fortalecer la responsabilización de los proveedores frente a los usuarios, mejorando la capacidad de supervisión de las comunidades de manera continua. En cada distrito participante, la mitad de los centros fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento o sea en el que se introdujeron los reportes de evaluación y la mitad a un grupo control. Los derechos del paciente recogidos en la estrategia nacional de mejora de la calidad asistencial sirvieron de base para las tareas de supervisión. Al cabo de un año de aplicación del programa,

el nivel promedio de utilización era un 16 por ciento más elevado en las comunidades del grupo de tratamiento; las prácticas de dispensación – incluida la inmunización de los niños, los tiempos de espera y los procedimientos de examen – habían mejorado notablemente; el peso medio de los lactantes había aumentado y la tasa de mortalidad en los niños menores de cinco años resultó ser considerablemente menor. Las comunidades de tratamiento se involucraron mucho más en la evaluación de proveedores después de la intervención, pero no hubo evidencia de un aumento en los fondos por parte del Gobierno. Estos resultados sugieren que las mejoras cualitativas y cuantitativas logradas en relación con la dispensación de servicios de salud se deben a que el personal sanitario redobló sus esfuerzos por atender debidamente a la comunidad de resultados de la implantación de un sistema más eficaz de rendición de cuentas.<sup>65</sup>

tienen pocas probabilidades de éxito donde las personas carecen de la capacidad de implicarse en la revisión de los sistemas y procedimientos. En contextos en los que las instituciones públicas son inexistentes o están totalmente desacreditadas, por ejemplo en Estados sumidos en una situación de postconflicto, el fortalecimiento de las capacidades de los titulares de derechos y los aportadores de servicio puede ser el punto de arranque más eficaz para lograr mejoras

en el suministro de recursos de atención a la salud y conexos.

El examen de y las recomendaciones sobre las necesidades en materia de información que presentan los titulares de derechos y los aportadores de servicios, puede formar parte del cometido del grupo especial encargado de la participación y la rendición de cuentas (sección 3.2.i). Las estrategias de información sanitaria suelen centrarse principalmente en informar a las personas sobre cuestiones de salud pública, como el VIH/SIDA y la salud reproductiva y sexual. El enfoque basado en los derechos humanos enfatiza la importancia de asegurar que la información sobre cuestiones de salud esté basada en evidencias científicas, libremente disponibles y accesibles para todas las personas, incluyendo a los adolescentes.

Las personas deben tener conocimiento de los derechos que les corresponden para poder hacerlos valer. La información pertinente puede hacerse pública por medio de diversos métodos innovadores basados en los medios de comunicación incluyendo formas de comunicación masiva y formas culturalmente relevantes como teatro dramatizaciones, juegos de rol o sesiones de cuentacuentos.

Facilitar la información que precisan los titulares de derechos para poder exigir el cumplimiento de los derechos que les corresponden en materia de salud representa una tarea más compleja en los entornos muy heterogéneos, con una amplia variedad de proveedores de servicios sanitarios

<sup>65</sup> Björkman M. et al., op. cit.

### **Sudáfrica: procedimientos de denuncia**

*La Ley Nacional de Salud Pública de 2003 de Sudáfrica prevé que deben existir directrices sobre los procedimientos aplicables por los usuarios que quieran presentar denuncias, reclamaciones o sugerencias en relación con la dispensación de servicios de atención a la salud. Cada establecimiento de atención a la salud tiene que colocar en la entrada, de un modo que resulte visible para todas las personas, el procedimiento previsto para la presentación de reclamaciones. Todas las reclamaciones deben admitirse a trámite. Las quejas pueden hacerse también a los consejos encargados de emitir licencias para los médicos, enfermeros y otros profesionales en salud para denunciar la forma en la que los profesionales se han comportado.<sup>66</sup>*

### **Hungría: Autonomía Alapítvány (Fundación Húngara en pro de la Autonomía)**

*Esta fundación, creada en 1990, trabaja directamente con las comunidades romaníes en la formulación de nuevos modelos de desarrollo que reflejen las particularidades culturales y económicas únicas del pueblo romaní. Sobre la base de un diálogo horizontal entre financiador y beneficiario, las comunidades romaníes programan sus propios proyectos y definen los planes de reembolso de los préstamos.<sup>67</sup>*

pertenecientes tanto al sector público como al privado. Incluso cuando existen leyes para regular las actividades de las organizaciones del sector privado y organizaciones no gubernamentales que facilitan servicios de salud o cuya labor tiene repercusiones en materia de salud, el número y la diversidad de esas organizaciones hacen que sea difícil asegurar su responsabilización. Para saber desenvolverse en un entorno como ése, las personas necesitan información básica, por ejemplo sobre cómo determinar si medicamentos comprados sin receta médica son auténticos y dentro de la fecha de caducidad y protocolos sencillos para los tratamientos contra las enfermedades más comunes.<sup>68</sup>

Tanto los individuos como los grupos que integran las comunidades precisan contar con una serie de habilidades para poder reclamar sus derechos. Las personas que han sido víctimas de discriminaciones o abusos necesitan apoyo para tener mayor confianza en sí mismos y poder mostrar una actitud asertiva en el trato con dispensadores de servicios o funcionarios. Tanto los individuos como los grupos que integran las comunidades necesitan conocimientos organizacionales, promocionales y políticos, así como la oportuna conciencia y capacitación jurídica, para poder participar en los procesos de toma de decisiones y exigir el cumplimiento efectivo de sus derechos. Las organizaciones comunitarias y no gubernamentales a menudo son las entidades más indicadas para reforzar esas habilidades. Tales organizaciones pueden ser financia-

das por ONG o donantes internacionales. Las instancias normativas del ministerio de salud, los responsables de las tareas de planificación y los proveedores pueden reconocer la legitimidad de esa labor cooperando con las organizaciones locales y participando, cuando sea posible, en sus programas de capacitación.

Los propios funcionarios públicos y trabajadores de la salud también precisan información y capacitación para poder promover los derechos de las personas pobres. Las necesidades en la esfera de la capacitación relacionada con los derechos humanos van más allá de la de facilitación de información formal sobre derechos y en dar prioridad al fortalecimiento de los conocimientos, actitudes y prácticas que hacen posible que los proveedores de servicios traten a todas las personas con respeto y de manera culturalmente aceptable. Otras habilidades que es probable que sea necesario fortalecer dentro del ministerio de salud incluyen la elaboración de los presupuestos y los análisis de habilidades, pericia en cuestiones transectoriales y habilidades de investigación y mejor capacidad para dedicarse a procesos participativos.

Programas de capacitación y formación de habilidades para el personal del ministerio de salud deben estar incluidos en la estrategia del sector salud e incluidos en el presupuesto.

La capacitación relacionada con la sensibilización en materia de género, junto con los análisis y actividades de planificación conexos, representa un elemento

crucial dentro de los programas de creación de capacidad para promover los derechos humanos. Algunas ONG, instituciones donantes y organizaciones de desarrollo internacionales, al igual que varios centros académicos de investigación y ONG nacionales, cuentan ya con una rica experiencia en este ámbito. Muchas instituciones donantes se comprometen expresamente a promover la igualdad de género, por lo que pueden representar una fuente de financiación idónea para las iniciativas de capacitación pertinentes.

 **Legislación y políticas que aseguren el respeto, la protección y el cumplimiento del derecho a la salud**

#### RESPECTO DEL DERECHO A LA SALUD

La obligación del Estado de respetar los derechos humanos exige intervenir para rectificar instrumentos discriminatorios, por ejemplo, leyes identificadas en el análisis basado en los derechos humanos, que restringen el acceso de los adolescentes y las mujeres a los servicios de salud reproductiva y sexual. En algunos países, los gobiernos han promulgado nuevas leyes antidiscriminatorias para proteger, por ejemplo, los derechos de las personas afectadas por el VIH y SIDA. Aunque el examen y la reforma de los instrumentos legislativos puede ser un proceso largo y pesado, lo más probable es que tarde o temprano haya que garantizar un marco jurídico coherente que sostenga los criterios fijados para el sistema de salud y asegure la concordancia con las normas

internacionales de derechos humanos.

También es preciso examinar las leyes, políticas y prácticas que propician la discriminación en el acceso a los factores determinantes básicos de la salud. La discriminación por motivos de sexo está ampliamente extendida en los instrumentos legislativos que determinan el acceso a los recursos y servicios de salud. En muchos países, este tipo de discriminación no sólo se debe a la presencia de prejuicios sexistas dentro del derecho estatutario, sino que también es consecuencia de diversas normas de derecho consuetudinario, tradiciones, normas sociales y actitudes discriminatorias. Para dar solución a este problema, puede ser preciso ofrecer programas de capacitación a las personas que desempeñan su labor en el campo jurídico, tanto dentro de sistemas formales como informales (véase la sección 4.6), y emprender las reformas legislativas. Aspectos a considerar incluyen:

- la igualdad entre hombres y mujeres en lo referente al derecho de poseer o heredar bienes inmuebles;
- la igualdad entre hombres y mujeres en lo tocante al acceso al empleo y las condiciones de trabajo;
- la igualdad entre niños y niñas en cuanto al derecho a una educación primaria gratuita;
- la igualdad entre hombres y mujeres en lo que atañe al acceso a la justicia y a los mecanismos administrativos de amparo.

Las ERP deben incluir medidas legislativas y

<sup>66</sup> Khoza S., ed. *Socio-economic rights in South Africa, 2nd ed.* Bellville, Community Law Centre, University of the Western Cape, 2007.

<sup>67</sup> [www.autonomia.hu](http://www.autonomia.hu).

<sup>68</sup> Standing H. *Understanding the 'demand side' in service delivery: definitions, frameworks and tools from the health sector.* London, DFID Health Systems Resource Centre, marzo de 2004 [www.dfidhealthrc.org](http://www.dfidhealthrc.org) (consultado el 25 de agosto de 2007).

## Perú: maternidad culturalmente aceptable y segura

En algunas zonas, las tasas de mortalidad materna correspondientes a las comunidades andinas son el triple de elevadas que el promedio nacional. Esto se debe a numerosos factores –uno de los cuales es la elevada proporción de mujeres que prefieren dar a luz en casa antes que en las clínicas de maternidad. Una serie de consultas celebradas con mujeres andinas revelaron que los servicios disponibles se basan en el uso de prácticas médicas modernas y no tienen en cuenta las prácticas andinas tradicionales, lo que obstaculiza considerablemente su aceptación por parte de las madres andinas. El UNICEF está trabajando con proveedores locales de servicios de salud para adaptar la atención dispensada a las mujeres andinas para incluir preferencias como infusiones de hierbas, parteras tradicionales, determinadas posiciones de parto, respeto al deseo de no ser atendidas por profesionales varones, y colores más apropiados para las paredes y tejidos.<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Mayhew S. «Acting for reproductive health in reform contexts: challenges and research priorities» (documento de antecedentes preparado para la publicación *Technical consultation on health sector reform and reproductive health: developing the evidence base*), Ginebra, OMS, 2004 [www.who.int](http://www.who.int).



OMS/WPRO/Image Bank/Sepia Suamefa

normativas que permitan controlar y regular otras actividades identificadas dentro del análisis basado en los derechos humanos como perjudiciales para la salud de las personas. Los mecanismos de reglamentación deben:

- prohibir la comercialización o distribución de fármacos no seguros;
- impedir que se dispensen tratamientos médicos coercitivos;
- impedir que se oculte o se falsee información importante referente a la salud;
- garantizar que la información confidencial en materia de salud para cada persona sea protegida;
- prohibir la aplicación de prácticas o tratamientos tradicionales con comprobados efectos nocivos para la salud;
- asegurar que no se impida el uso de formas de atención y medicamentos tradicionales seguros;
- corregir los compromisos internacionales que repercuten negativamente en el derecho de las personas a ver realizado su derecho a la salud.

## PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La identificación de los titulares de derechos y proveedores de servicios ofrece una buena visión general de los actores no estatales cuya labor repercute en la salud de las personas.

Las organizaciones no estatales en cuestión son grupos como los que siguen:

- empresas multinacionales, incluyendo compañías farmacéuticas;
- empresas nacionales del sector privado;
- proveedores de servicios de seguro médico;
- proveedores de servicios privados de atención de salud;
- centros de investigación médica;
- ONG internacionales y nacionales.

Si bien es cierto que muchas de estas organizaciones contribuyen a la obtención de resultados sanitarios positivos, el Estado tiene la obligación de supervisarlas y de regular sus actividades, por ejemplo:

- reglamentando la comercialización y distribución de sustancias nocivas para la salud, como el tabaco, el alcohol o algunos tipos de alimentos;
- reglamentando y supervisando la manipulación y eliminación de los desechos industriales y domésticos, incluyendo la manipulación y desecho de agroquímicos de forma no nociva para la salud de los trabajadores o de las comunidades locales.

### Filipinas: Legislación antidiscriminatoria en materia de VIH/SIDA

*La Ley nacional de prevención y control del SIDA adoptada en 1998 en Filipinas es fruto de una campaña de gran alcance organizada por una coalición nacional de ONG y abogados especializados en la defensa de los derechos para exigir al Estado el reconocimiento de los derechos de los grupos vulnerables. La ley en cuestión prevé, entre otras cosas, que es obligatorio contar con el consentimiento informado por escrito del usuario para someterlo a la prueba del VIH y prohíbe las pruebas obligatorias del VIH. Asimismo, garantiza el derecho a la confidencialidad, prohíbe las discriminaciones basadas en la seropositividad real, presunta o sospechada, tanto en el empleo como en la educación, los viajes, los servicios públicos, la contratación de préstamos y seguros, la asistencia sanitaria y los servicios funerarios.<sup>70</sup>*

<sup>70</sup> *El VIH/SIDA y los derechos humanos en síntesis: Una guía rápida y concisa para la acción y el enmarque de las acciones relacionadas con el VIH/SIDA y los derechos humanos.* Program on International Health and Human Rights, Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health y Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en Sida (ICASO), 2004, <http://www.hsph.harvard.edu>.

Los gobiernos deberán asegurarse asimismo de que sus propias políticas o actividades, así como las operaciones de actores no estatales — por ejemplo, empresas con sede en el país — no violen en modo alguno el derecho de las personas a vivir en otros países. Esto se aplica, por ejemplo, a las decisiones que implican la imposición de sanciones o embargos a otro país, la negociación de acuerdos comerciales o tratados aduaneros y la reglamentación de las actividades internacionales de empresas farmacéuticas nacionales.

### CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD

La obligación de hacer efectivo el derecho a la salud impone a los Estados el deber de adoptar medidas específicamente destinadas a dar a las personas y comunidades los medios y la ayuda necesarios para disfrutar del derecho a la salud. Esto significa que el Estado debe participar activamente en las actividades que refuercen la capacidad de las personas para satisfacer sus propias necesidades. También va un paso adelante, asegurando el suministro de los servicios si su acceso no se puede asegurar de otro modo, por ejemplo supliendo las deficiencias del mercado o facilitando ayuda a los grupos incapaces de atender sus propias necesidades.

En ese contexto, la definición de un paquete de servicios esenciales cuyo suministro quede asegurado por el Estado (véase la sección 3.1) representará un punto de referencia importante para las garantías

mínimas exigibles en virtud del derecho a la salud a nivel nacional. El paquete de servicios esenciales deberá tener carácter integral y estar en consonancia con el sistema nacional de seguro médico en vigor.

En términos más generales, la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud exige que el Estado: difunda y fomente la disseminación de la información apropiada relativa a los modos de vida saludables, las prácticas tradicionales nocivas y los servicios disponibles; promueva la investigación médica; asegure la formación apropiada de los médicos y demás personal de salud y la disponibilidad de suficientes hospitales, clínicas y otros centros de salud; y formule y aplique políticas nacionales destinadas a reducir y eliminar la contaminación del aire, el agua y el suelo.

### 3.3 Financiación de la estrategia de salud

#### **i** Las políticas macroeconómicas

Para algunas de las intervenciones descritas más arriba se requieren muy pocos recursos adicionales. En general, sin embargo, atender las obligaciones relacionadas con el respeto, la protección y el cumplimiento efectivo del derecho a la salud puede exigir tanto un aumento de los fondos de financiación como una redistribución de los recursos existentes. Las políticas macroeconómicas son las que determinan la magnitud global del presupuesto público y la parte de los recursos que se asignan al sector de la salud. Aunque no existe una fórmula sencilla para identificar las políticas

### **Karnataka (India): repercusiones del vacío reglamentario en materia de atención de salud materna**

*Según los estudios sobre atención de salud materna realizados en Karnataka (India), uno de los factores con mayor repercusión en las tasas de mortalidad y morbilidad maternas es la atención irracional e inapropiada dispensada a las mujeres que requieren asistencia obstétrica de urgencia. Se ha descubierto, por ejemplo, que muchos médicos y auxiliares sanitarios del sector público, así como trabajadores sanitarios rurales sin la debida formación, recurren en el momento del parto sistemáticamente a inyecciones o infusiones intravenosas, con independencia de que sea necesario o no. Al no existir en esta esfera una reglamentación eficaz del Gobierno o de las asociaciones profesionales, los dispensadores de atención sanitaria se dejan llevar por las presiones competitivas relacionadas con la venta de artículos farmacéuticos y recurren a tecnología de diagnóstico en lugar de prestar servicios de asesoramiento preventivo o incluso servicios curativos eficaces.<sup>71</sup>*

macroeconómicas más susceptibles de lograr avances hacia la plena realización del derecho a la salud, principios de no discriminación, equidad, participación y rendición de cuentas contribuyen a identificar conflictos y a evaluar si hay un equilibrio entre las necesidades de gasto, la inflación, la deuda y el crecimiento.

La ortodoxia económica apoya los bajos niveles de inflación, déficit presupuestarios bajos y reducción del gasto público a niveles sostenibles como prácticas óptimas para asegurar el crecimiento y reducción de la pobreza. Sin embargo, las políticas basadas en estos principios no siempre han resultado eficaces para combatir la pobreza. Hay quien sostiene que una mayor flexibilidad en relación con los objetivos macroeconómicos propiciaría un aumento de los recursos para la salud y un mayor crecimiento económico.

En algunos países, se ha empezado a someter las medidas de política económica proyectadas a análisis del impacto social y en la pobreza (AISP); esta práctica, si es efectuada por organizaciones independientes, puede ayudar a identificar los posibles impactos negativos de las diferentes opciones de política. En estos momentos, se están llevando a cabo estudios cuya finalidad es proponer formas de integrar análisis del impacto en los derechos humanos dentro de otros instrumentos de evaluación de políticas, como los AISP.<sup>72</sup> Un AISP puede ser una valiosa herramienta para generar un debate público en torno a elecciones de política que plantean serias dificultades.

Sin embargo, habrá que examinar detenidamente el gasto que implica llevar a cabo un análisis de esta índole. Los AISP imponen costos financieros tanto a las instituciones de crédito como a los países prestatarios. Además, exigen que tanto los prestamistas como los prestatarios estén dispuestos a aceptar recomendaciones que tal vez no son de su agrado.

Las normas y principios de derechos humanos exigen la existencia de procesos de toma de decisiones macroeconómicas que sean participativos, integradores y transparentes y estén sujetos a la rendición de cuentas. Esto exige un ejercicio de supervisión parlamentaria y la participación de los principales interesados directos, incluyendo el ministerio de salud y la sociedad civil. En la práctica, las políticas macroeconómicas suelen formularse sobre la base de consultas bilaterales entre el FMI y el ministerio de finanzas, sin alguna participación del ministerio de salud o de otros interesados.<sup>73</sup> La formulación del componente sector de salud de la ERP sobre la base de un proceso de amplio alcance de consultas con la sociedad civil contribuirá seguramente a reforzar el poder de negociación del ministerio de salud en sus debates de política macroeconómica con el ministerio de finanzas. También es importante reforzar las capacidades de los funcionarios del ministerio de salud y de los agentes de la sociedad civil para desempeñar un papel activo en estas esferas.

En los países que dependen de la ayuda

## CUESTIONES CLAVE AL EXAMINAR LAS REPERCUSIONES DE LAS POLÍTICAS MACROECONÓMICAS EN EL DERECHO A LA SALUD INCLUYEN:<sup>74</sup>

La liberalización del comercio de servicios puede repercutir de forma directa en la calidad y disponibilidad de servicios de atención sanitaria para los pobres. Aunque es posible que la liberalización haga aumentar las oportunidades en materia de medicina basada en el internet, propicie una mayor movilidad internacional de los pacientes que buscan un tratamiento especializado, incentive las inversiones extranjeras directas en los servicios de salud y permita a éstos recurrir a la contratación internacional de profesionales en salud, existe el temor de que todo ello beneficie únicamente a los ricos y tenga una repercusión negativa directa en los países y comunidades pobres. En estos momentos, los gobiernos nacionales pueden controlar en cierta medida hasta qué punto van a comprometerse a liberalizar los servicios públicos, por ejemplo los relacionados con el sector de la salud. Es imprescindible llevar a cabo un examen pormenorizado de los efectos que las medidas de liberalización pueden tener en el derecho a la salud, y ello en relación con todas las personas, aunque en particular con los pobres.

**La política monetaria.** El FMI ha revisado recientemente sus orientaciones relativas a los objetivos que deben fijarse en materia de inflación para aceptar tasas situadas en el 5-10 por ciento en lugar de recomendar tasas únicas más bajas. Los niveles de inflación elevados pueden resultar perjudiciales para los pobres, ya que reducen el crecimiento económico y el valor del dinero en efectivo que está en manos de los pobres. Pero si los objetivos se fijan en niveles muy bajos, las medidas que se adopten pueden restringir el gasto destinado a componentes sociales, incluyendo la salud, y otros gastos públicos en favor de los pobres.

**Las corrientes de ayuda.** Hay divergencias de opinión sobre los impactos macroeconómicos asociados al incremento de las corrientes de ayuda. Por un lado, se sostiene que si son cuantiosas, pueden dar lugar

al 'Síndrome Holandés' o, una inestabilidad macroeconómica en la forma de inflación y al alza de los tipos de cambio. Un aumento en los tipos de cambio puede disminuir la competitividad internacional y la capacidad de exportación, lo que, a su vez, daría lugar a una desaceleración del crecimiento económico. Por otro lado, se argumenta que todos estos problemas pueden mitigarse si los fondos de ayuda externa 'se desembolsan' y 'se absorben' debidamente. Esto significa que el aumento del gasto público debe centrarse en las inversiones públicas y que el incremento de las importaciones habrá de reflejarse sobre todo en los bienes de capital. En muchos países en desarrollo una capacidad de producción infrautilizada puede atender rápidamente el aumento de la demanda pública de bienes y servicios nacionales sin que ello tenga efectos inflacionistas y 'agolpe' la inversión del sector privado.<sup>75</sup>

**Topes salariales.** Aun cuando la política económica de un país no prevea la imposición de topes salariales en el sector de la salud, es posible que aiente una restricción general de las retribuciones, con miras a liberar recursos e invertirlos en esferas prioritarias, asegurando así la sostenibilidad de las mismas, y a mantener cierta flexibilidad presupuestaria en el futuro. Esto tiene un impacto indirecto en los costos salariales y los recursos humanos del sector de la salud, donde la proporción entre trabajadores sanitarios y habitantes es un factor vital para asegurar la prestación de unos servicios eficaces. En muchos países en desarrollo, los niveles de dotación de personal están por debajo de lo que se considera el mínimo necesario. Recortar el gasto en personal administrativo con el fin de sufragar la remuneración de trabajadores de primera línea puede acabar reduciendo la capacidad del Estado para asegurar un desembolso rápido y eficaz de los fondos.

<sup>71</sup> George A., Iyer A., Sen G. *Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India*. Brighton, Institute of Development Studies, septiembre de 2005 (IDS Working Paper 253) [www.ids.ac.uk](http://www.ids.ac.uk).

<sup>72</sup> Hunt P., MacNaughton G. *Impact assessments, poverty and human rights: a case study using the right to the highest attainable standard of health*. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2006 (Health and Human Rights Working Paper Series No 6) [www.humanright-simpact.org](http://www.humanright-simpact.org).

<sup>73</sup> Wood A. *IMF Macroeconomic Policies and Health Sector Budgets*. Amsterdam, Wemos Foundation, septiembre de 2006 [www.wemos.nl](http://www.wemos.nl).

<sup>74</sup> *Influencing poverty reduction strategies*, Wood A., op. cit.

<sup>75</sup> McKinley T. *Why is 'the Dutch disease' always a disease? The macroeconomic consequences of scaling up ODA*. Brasilia, Centro Internacional de Pobreza, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, noviembre de 2005 (UNDP working paper number 10) [www.undp.org](http://www.undp.org).



OMS/Éric Miller

exterior, gestionar la participación de los donantes en la adopción de decisiones macroeconómicas puede plantear dificultades añadidas. La Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, mencionada en la sección 1 y analizada con mayor detenimiento al final de la presente sección, ofrece una base idónea para forjar relaciones entre los donantes y los gobiernos que, además de coherentes, sean participativas, integradoras y responsables.

### **El presupuesto del sector salud**

El presupuesto sanitario representa el principal instrumento para asegurar que las asignaciones de recursos obren en apoyo de los objetivos de política, las prioridades y los niveles mínimos de prestación de servicios acordados. La estimación de los costos previstos, la preparación de un marco de gastos apropiado y, luego, la movilización de

los recursos necesarios constituyen procesos técnicos y políticos de suma complejidad. Los principios de derechos humanos de no discriminación, igualdad, participación y rendición de cuentas son aplicables en cada una de las etapas que conforman el proceso presupuestario.

### **LOS COSTOS DE LA ESTRATEGIA**

Las prácticas convencionales de asignación presupuestaria a menudo se caracterizan por el hecho de que los recursos se distribuyen del mismo modo que en ejercicios anteriores; cada área recibe una determinada asignación, que aumenta o disminuye, dependiendo de los cambios generales introducidos en el presupuesto de salud. Los enfoques de este tipo pueden acentuar desigualdades ya existentes en lo tocante a las aportaciones y el acceso y acentuar las diferencias observadas en los resultados en materia de salud. Por el contrario, el presupuesto de salud debería apoyar la distribución de las asignaciones por poblaciones, zonas geográficas y servicios, de acuerdo a los objetivos de política, las prioridades y los niveles mínimos de prestación identificados en el proceso consultivo.

Los estudios sobre los procesos de presupuestación con una perspectiva de género, han puesto de manifiesto lo difícil que resulta identificar porcentajes de gasto sencillos y cuantitativos que ofrezcan una indicación de los recursos que deben destinarse a la subsanación de determinadas desigualdades. Los análisis presupuestarios con un enfoque de género demuestran que

no todos los gastos destinados a la mujer promueven la igualdad y que mientras muchos programas que no están específicamente centrados en la población femenina sí tienen el efecto de lograr mejoras en esta esfera. En algunos Estados es obligatorio que una proporción mínima del gasto correspondiente al conjunto de los organismos públicos sea destinada a la promoción de la igualdad de género. El Gobierno de Filipinas, por ejemplo, exige que el 5 por ciento de los fondos públicos se asignen a esos fines. Sin embargo, los organismos públicos no invierten este dinero automáticamente en medidas de promoción de la igualdad de género. Una fórmula de mayor utilidad a estos efectos podría ser la siguiente:

*conceder la misma importancia a las prioridades de las mujeres que a las de los hombres, con énfasis en las prioridades que contribuyen a una promoción efectiva de la igualdad.<sup>76</sup>*

Una vez establecidas las prioridades y los niveles mínimos relativos a la prestación de atención a la salud, con arreglo a las indicaciones resumidas en la sección 3.1, esta fórmula podrá hacerse extensiva a otros grupos de personas excluidas.

Para determinar los costos de los servicios y niveles acordados se requieren conocimientos especializados, experiencia y buen criterio. Existen diversos modelos y metodologías de presupuestación. Con independencia del modelo escogido, los planificadores en salud deberán tener en

cuenta no sólo los costos asociados a la intervención propiamente dicha, sino examinar también las limitaciones sistémicas que hicieron que la prestación de servicios fuera deficiente en el pasado. Los costos asociados a la mejora de la disponibilidad y accesibilidad de una atención de salud de calidad para las personas excluidas pueden ser notablemente superiores que cuando los beneficiarios son grupos más favorecidos. Llegar a poblaciones pobres de zonas rurales remotas aquejadas durante décadas de subinversión supondrá inevitablemente un costo mayor en términos de transporte, recursos humanos e infraestructura sanitaria que acercar los servicios a zonas bien atendidas. Al calcular los costos, se deberá tomar asimismo en consideración que la mala salud impone una carga mayor a las personas excluidas, y que el costo proporcional correspondiente a una persona pobre que acude en busca de tratamiento es también más elevado. Corregir las desigualdades puede resultar muy costoso, pero de no adoptarse las medidas pertinentes, a la larga irán surgiendo diversos problemas; puede ocurrir, por ejemplo, que disminuya el nivel de eficacia de los servicios públicos, que se lentifique el crecimiento económico y que surjan disturbios sociales.

Dado que es poco probable que el incremento de los recursos por sí solo baste para corregir las desigualdades existentes, a menudo será necesario aplicar al mismo tiempo una redistribución paulatina de las asignaciones. La redistribución de recursos entre zonas geográficas o niveles de

<sup>76</sup> Elson D., *op. cit.*

atención representa, en el contexto que sea, una acción política y sólo resultará eficaz si cuenta con un amplio respaldo. El proceso consultivo previsto en el marco de las ERP brinda una buena oportunidad para fomentar la participación de los interesados directos y crear coaliciones en favor de la redistribución de los recursos. Según la experiencia de una iniciativa puesta en marcha en Sudáfrica, también deben tomarse en consideración las cuestiones siguientes:

- **la transparencia** es fundamental, de modo que todos los interesados directos puedan entender con arreglo a qué criterios se ha efectuado la asignación de los recursos;
- **un papel central fuerte** es primordial. Aunque no se precisa una determinación centralizada de los presupuestos de salud, es crítico que el centro siempre verifique el progreso del cumplimiento de los objetivos de política y revise las directrices conexas según proceda;
- el ritmo de la **reasignación presupuestaria** debe ser realista, para asegurar la sostenibilidad del sector de la salud y reducir la oposición al proceso de redistribución.<sup>77</sup>

Las directrices del FMI recomiendan que los presupuestos anuales guarden relación con el marco de gasto a mediano plazo o queden plenamente subsumidas en él, un marco de gasto a término medio suele tener una duración de tres años o más. Al conllevar un examen de las prioridades de gasto correspondientes a un periodo plurianual, es posible que facilite la transferencia de

recursos de un área a otra.

El proceso de ultimación del presupuesto para el componente de salud de las ERP implica la participación de varios actores diferentes, con sus respectivos intereses y prioridades, que pueden estar contrapuestos. Una vez que el ministerio de salud haya finalizado el proyecto de presupuesto, es probable que éste tenga que ser aprobado por otros ministerios y departamentos sectoriales,, en particular por órganos cuyos mandatos abarcan cuestiones conexas, como la educación, la vivienda o el agua. En algunos países, le compete al ministerio de finanzas o de planificación adoptar las decisiones finales relacionadas con la asignación presupuestaria. En otros, también puede ser necesaria la aprobación del parlamento. Mantener el énfasis en los derechos humanos a la hora de explicar los criterios en que se fundamenta el presupuesto, sobre todo si las decisiones conexas se han adoptado sobre la base de consultas celebradas con los propios beneficiarios, puede contribuir a mejorar la comprensión de las decisiones adoptadas y del presupuesto que finalmente se apruebe y potenciar una mayor identificación con el proceso en su conjunto.

## RECAUDACIÓN DE RECURSOS

Los recursos destinados a sufragar los costos identificados suelen proceder de diversas fuentes y consistir en:

- fondos recaudados a nivel nacional, por ejemplo a través impuestos directos o indi-

<sup>77</sup> Pearson M., op. cit.

rectos distribuidos por el tesoro público por medio del presupuesto central;

- fondos de programas de asistencia para el desarrollo oficiales, tanto bilaterales como multilaterales, aportados directamente al tesoro público;
- fondos bilaterales o multilaterales, otorgados en forma de préstamos o donaciones específicamente destinados a intervenciones del sector salud o a hospitales o dispensarios distritales concretos;
- fondos del sector privado para la prestación de servicios por entidades no estatales, como ONG o empresas privadas;
- fondos de alianzas público/privadas específicamente destinados a determinados grupos vulnerables o centrados en enfermedades o problemas concretos;
- fondos de planes nacionales o comunitarios de seguro médico, tanto de índole formal como informal;
- pagos directos efectuados por los usuarios, por ejemplo para la compra de medicamentos o vacunas u otros gastos contraídos al acceder a los servicios de atención de salud.

Si se quiere aumentar el gasto público, habrá que ampliar las fuentes de ingresos nacionales. Es importante asegurarse, no obstante, de que los impuestos y tasas pagaderas por los usuarios sean compatibles con los principios de derechos humanos y no impongan una carga adicional a las personas que viven en la pobreza. La población más excluida seguramente quede fuera del alcance directo del impuesto sobre la renta

de las personas físicas, ya que suele fijarse un nivel de ingresos mínimo por debajo del cual no es obligatorio tributar. Los impuestos indirectos, como el impuesto sobre el valor añadido, generalmente tienen un carácter regresivo, puesto que los pobres destinan una parte mayor de sus ingresos al pago de ese impuesto que los ricos. Los impuestos indirectos también pueden resultar discriminatorios contra la población femenina si se aplican principalmente a los artículos de consumo básicos, adquiridos con mayor frecuencia por las mujeres que por los hombres. Si se quiere que los impuestos indirectos tengan un carácter menos regresivo, se pueden aplicar exenciones a los productos que son adquiridos principalmente por los pobres, en particular por las mujeres.

La financiación de los sistemas de salud de los países en desarrollo se basa a menudo en algún sistema dentro del cual el usuario tiene que pagar de su propio bolsillo el tratamiento que recibe en el hospital o centro de salud. Los tratados de derechos humanos no especifican que el cobro de tasas al usuario por la prestación de servicios de salud pública constituya una violación de los derechos humanos. Sin embargo, sí imponen a los gobiernos la obligación de garantizar que los servicios de salud sean accesibles, también en términos económicos (es decir, que sean asequibles). Según diversas evaluaciones del impacto del cobro de tasas al usuario, este sistema limita notablemente la capacidad de las personas pobres para acceder a los servicios de

## Porto Alegre: presupuestación participativa

*El concepto de la presupuestación participativa surgió en Porto Alegre (Brasil) en 1990, fecha desde la cual el proceso en cuestión se ha ido implantando en más de 200 otros municipios del país. La presupuestación participativa consiste en dar a los ciudadanos la posibilidad de intervenir directamente con voz propia en el proceso de elaboración de los presupuestos municipales. La primera etapa consiste en la convocatoria de asambleas a nivel de barrio donde los ciudadanos celebran deliberaciones e identifican las prioridades de presupuestación. El proceso concluye con la formulación, por delegados directamente elegidos por estas asambleas, de presupuestos para el conjunto del municipio, que incorporan las demandas expresadas por la ciudadanía. La finalidad es asegurar que las prioridades presupuestarias se ajusten a las prioridades locales y a las necesidades de la población.<sup>79</sup>*

salud. En África, se ha demostrado que este método disuade más a las mujeres pobres que a los hombres pobres de pedir atención sanitaria, ya que la mujer tiene menos ingresos y también menos peso en las decisiones domésticas. Los mecanismos de exención o exoneración a menudo plantean dificultades para asegurar una aplicación y gestión eficaz.<sup>78</sup> Además, los datos disponibles demuestran que los sistemas de pago por el usuario sólo permiten recaudar pequeñas cantidades de recursos y constituyen una forma de financiación poco fiable a largo plazo. Cabe pues afirmar que en la práctica estos sistemas rara vez obran en apoyo de la no discriminación, la igualdad y los derechos de las personas pobres.

## TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN MATERIA DE GESTIÓN FINANCIERA

No tiene mucho sentido servirse de mecanismos presupuestarios destinados a aumentar los recursos disponibles para satisfacer las prioridades de los pobres si no se puede hacer un seguimiento de ese dinero con miras a garantizar que los fondos efectivamente se desembolsan y se destinan a los fines acordados. La rendición de cuentas y la transparencia en la gestión financiera y del gasto, además de constituir principios fundamentales de derechos humanos, también son principios básicos para una buena gobernanza y resultan imprescindibles para combatir la corrupción y el despilfarro. La disponibilidad de información fiable y precisa sobre el proceso

presupuestario es un factor crucial para garantizar la rendición de cuentas tanto en el plano nacional como local. Todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir y difundir información incluyendo:

- a dónde se gasta el dinero público;
- si los fondos se desembolsan de forma adecuada y en el momento oportuno;
- si se hace un uso eficaz de los fondos.

Cada vez son más las iniciativas de la sociedad civil que tienen por objeto analizar las asignaciones presupuestarias estatales y hacer el seguimiento necesario para determinar si el dinero se desembolsa efectivamente para los fines indicados. En la sección 4, se analizan estas y otras formas de supervisión y evaluación de las ERP.

## 3.4 Formulación y aplicación de una estrategia a largo plazo

Los instrumentos de derechos humanos reconocen el hecho de que a cualquier gobierno le resultaría prácticamente imposible movilizar suficientes recursos para cubrir todas las necesidades de salud identificadas a través de los procesos participativos o cumplir de inmediato con todas las obligaciones que le incumben en virtud del derecho a la salud. En consecuencia, se ha optado por subdividir los derechos humanos en dos categorías:

- aquellos que requieren una *atención inmediata*; y
- aquellos hacia cuyo cumplimiento se puede ir avanzando paulatinamente a lo

<sup>78</sup> Elson D., op. cit.

<sup>79</sup> Alsop R. et al., op. cit.

### México: análisis presupuestario

La ONG mexicana Fundar efectuó un análisis del presupuesto del Estado que demostró que los sistemas concebidos para combatir las desigualdades en realidad no hacían sino exacerbar los problemas. En México, el Gobierno ha creado el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) con el fin de descentralizar los fondos destinados a la salud para ofrecer servicios a la población que carece de seguridad social. La población cubierta por el FASSA se concentra mayormente en los estados más pobres del Sur y Sudeste del país. Sin embargo, las cuantías asignadas por habitante para esos Estados son más bajas, pese a tratarse precisamente de las regiones más necesitadas. Según se deduce del análisis realizado por Fundar, la formulación de distribución entre los Estados otorga mayor importancia al criterio de disponibilidad de infraestructura y personal que al de necesidades desatendidas.<sup>80</sup>

<sup>80</sup> Keith-Brown K. *Investing for life: making the link between public spending and reduction of maternal mortality*. Tizapán, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, 2005 [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx).

<sup>81</sup> *A high price to pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals*. Bujumbura, Human Rights Watch, 2006 <http://www.hrw.org>.

### BURUNDI: IMPACTO DEL SISTEMA DE PAGO POR EL USUARIO

La ONG internacional Human Rights Watch reporta que, a lo largo de los últimos años, los hospitales públicos de Burundi han retenido a cientos de pacientes que no eran capaces de pagar sus facturas. La práctica de mantener retenidos a los pacientes se debe, y apunta, a problemas de atención a la salud de más amplio alcance en Burundi. Pese a ser uno de los países más pobres del planeta, Burundi implantó en 2002, dentro de su programa de prestación de servicios de salud, un sistema de recuperación de costos. Los pacientes tienen que pagar todos los gastos médicos incluyendo con las consultas, las pruebas, los medicamentos y los suministros médicos—, así como los costos de hospitalización. Existe un sistema de seguro médico y otro de exoneración, destinados a ayudar a los más pobres a sufragar sus gastos médicos, pero ninguno de los dos funciona como es debido. Los hospitales públicos no perciben ingresos suficientes a través de los pagos

de los pacientes, las donaciones directas y los fondos asignados por el Estado para poder funcionar de forma satisfactoria, con una plantilla debidamente formada y con el equipo y los medicamentos necesarios. La inadecuación de los fondos, así como la corrupción imperante entre el personal que suele estar subremunerado, agravan el problema del déficit financiero. Los pacientes retenidos por los hospitales suelen ser personas muy pobres pertenecientes a grupos vulnerables — por ejemplo, mujeres viudas, niños huérfanos, madres solteras, personas desplazadas por la guerra civil de Burundi y que no cuentan con el apoyo de sus familias o de redes más amplias de apoyo social. Con miras a atajar este problema, el Presidente Pierre Nkurunziza anunció el 1º de mayo de 2006 la gratuidad de la atención de salud materna y de los servicios sanitarios destinados a los niños menores de cinco años.<sup>81</sup>

largo de un periodo de tiempo conocidos como el principio de *realización progresiva*.

Las obligaciones fundamentales que requieren una *atención inmediata* incluyen:

- la no discriminación y el respeto de la igualdad de todas las personas;
- la participación de todos los interesados directos;
- el cese de toda actividad o política de efectos perjudiciales;
- la prohibición de adoptar medidas que puedan causar retrocesos a corto plazo;
- la elaboración y aplicación de planes o

estrategias que definan detalladamente las medidas aplicables para avanzar hacia la realización de *todas* las obligaciones.

El principio de derechos humanos de *realización progresiva* reconoce que a corto plazo, como se explica más arriba, será preciso adoptar decisiones de política, fijar prioridades y encontrar soluciones de compromiso. Ahora bien, este principio no autoriza a los gobiernos a posponer sus deberes indefinidamente. La realización progresiva impone la obligación de ir avanzando de manera más expedita y eficiente posible hacia la plena realización de los derechos, tanto

## Artículo 28 de la Declaración Universal de Derechos Humanos

«Toda persona tienen derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.»

## Dinamarca: política de cooperación para el desarrollo internacional

La política danesa de ayuda al desarrollo se basa en la Ley de Cooperación para el Desarrollo Internacional de 1971, recientemente modificada por la Ley Unificada N° 541, de 10 de julio de 1998. El acta establece los objetivos de la cooperación gubernamental con los países en desarrollo:

«El objetivo de la asistencia brindada por el Gobierno de Dinamarca a los países en desarrollo es apoyar – a través de la cooperación con los gobiernos y órganos oficiales de los países receptores – los esfuerzos encaminados a lograr el crecimiento económico, fortaleciendo así su progreso social e independencia política, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y los objetivos y principios fundamentales, y promover, por medio de la cooperación cultural, la comprensión mutua y la solidaridad.»<sup>84</sup>

<sup>82</sup> CESCR, Observación general N° 3, párrafo 9.

<sup>83</sup> *Action-oriented policy paper on human rights and development*, op. cit.

<sup>84</sup> www.um.dk.

para los hombres como para las mujeres.<sup>82</sup> Esto exige un plan claramente definido y justificable que incluya objetivos sujetos a plazos concretos, puntos de referencia e indicadores que permitan medir los avances y defina una estrategia a largo plazo que aproveche al máximo los recursos disponibles, para lograr la plena realización del derecho a la salud.

Las ERP, con sus correspondientes presupuestos y marcos de gastos, constituyen, siempre que vayan acompañadas de un programa claramente definido de supervisión y evaluación, un instrumento práctico y concreto para articular los criterios que luego sustentarán la adopción de decisiones de política que priorizan unas necesidades con respecto a otras, sin dejar de cumplir las obligaciones inherentes al principio de realización progresiva.

## 3.5 Colaboración con los donantes para promover los derechos humanos a través de las ERP

Es probable que el análisis centrado en los titulares de derechos y detentores de deberes revele en qué medida las acciones de los donantes repercuten en el derecho a la salud de las personas pobres. Muchos países de ingresos medios y bajos seguramente dependerán del apoyo financiero y técnico de los asociados donantes para ejecutar sus ERP. Sin embargo, los titulares de derechos rara vez disponen de algún medio que les permita participar, ya sea de forma directa o indirecta, en los procesos de toma de decisiones de los donantes o

## PRINCIPIOS CAD-OCDE PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LA COOPERACIÓN EN PRO DEL DESARROLLO

1. Construir, a través del diálogo, un entendimiento compartido de los vínculos entre las obligaciones relacionadas con los derechos humanos y las prioridades de desarrollo;
2. Identificar las esferas en las que conviene brindar a los gobiernos asociados apoyo en relación con los derechos humanos;
3. Salvaguardar los derechos humanos en los procesos de consolidación del Estado;
4. Apoyar los aspectos relacionados con la demanda de derechos humanos;
5. Promover la no discriminación como base para la consolidación de sociedades más integradoras y estables;
6. Tomar en cuenta los derechos humanos en las decisiones relativas a los instrumentos de armonización y asistencia;
7. Estudiar las posibilidades de reforzamiento mutuo entre los principios de derechos humanos y los principios de eficacia de la ayuda al desarrollo;
8. No causar daños;
9. Adoptar un enfoque armonizado y progresivo ante situaciones de deterioro de los derechos humanos;
10. Velar por que la ampliación de la ayuda al desarrollo redunde en favor de los derechos humanos.<sup>83</sup>

### Canadá: acta sobre la exportación de medicamentos genéricos

*En mayo de 2004, el Canadá aprobó una nueva legislación que permite otorgar licencias obligatorias a los fabricantes canadienses de fármacos patentados para exportaciones destinadas a algunos países de ingresos bajos. La selección de los productos enumerados en la ley en cuestión se basa en la lista modelo OMS de medicamentos esenciales e incluye antirretrovirales, destinados al tratamiento del VIH/SIDA.<sup>86</sup>*

## VIET NAM: AVANCES HACIA EL OBJETIVO DE ASEGURAR LA ADHESIÓN NACIONAL A LA ERP

El Gobierno de Viet Nam ha emprendido un importante esfuerzo de armonización ante la heterogeneidad de los numerosos interesados directos en su ERP nacional, llamada Estrategia Integral Decenal de Reducción de la Pobreza y Crecimiento Económico. La iniciativa de armonización abarca no sólo a los ministerios públicos competentes sino también a los donantes bilaterales y multilaterales que apoyan la estrategia. Siguiendo el principio según el cual el Gobierno debe encabezar la labor de armonización, el Ministerio de Planificación e Inversión ha procurado alcanzar con los asociados para el desarrollo un entendimiento común sobre un marco dentro del cual el Gobierno

y los donantes pueden cooperar y coordinar las actividades y las tareas de financiación, supervisión y evaluación. Los donantes europeos coordinan ahora buena parte de su diálogo con el Gobierno vietnamita por conducto del llamado Grupo de Donantes con Intereses Afines y planifican sus actividades de apoyo a través de talleres sectoriales dirigidos por instancias gubernamentales. No obstante, es preciso seguir mejorando la alineación de las políticas de los donantes y los criterios de supervisión, sobre todo con miras a reducir la carga de trabajo impuesta por la labor de preparación de informes. Además, al operar más de 50 entidades donantes en el país, de las que muchos aún no se han unido al Grupo

y que en más del 90 por ciento de los casos están prestando apoyo en el sector de la salud, es necesario redoblar también los esfuerzos de armonización y coordinación. El Gobierno está cada vez mejor capacitado para pedir cuentas a los donantes que no cumplen sus promesas de contribución o se desvían de la Estrategia Integral de Reducción de la Pobreza y Crecimiento Económico, aunque se precisa un mayor compromiso por parte de los donantes para asegurar la transparencia y el intercambio de información con el Gobierno y entre donantes sobre las indicaciones relativas a las corrientes de ayuda.<sup>85</sup>

pedir cuentas a éstos. Los principios de participación, inclusión, transparencia y rendición de cuentas son cruciales para maximizar la eficacia de la ayuda y mejorar el modo en que el Gobierno y los donantes administran y ejecutan sus programas de ayuda. Las orientaciones publicadas por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos incluyen recomendaciones para la incorporación de los derechos huma-

nos en la puesta en práctica progresiva de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo.

● Las alianzas en pro del desarrollo deben fundamentarse en **el liderazgo nacional y la apropiación** respaldados, a su vez, por procesos democráticos y participativos. Aunque los gobiernos donantes deben trabajar inevitablemente en estrecha colaboración con los gobiernos nacionales para elaborar y aplicar las ERP, es impor-

<sup>85</sup> [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

<sup>86</sup> [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca).

## **ActionAid: sistema de rendición de cuentas, aprendizaje y planificación**

*En 2000 la ONG internacional ActionAid puso en marcha su Sistema de Rendición de Cuentas, Aprendizaje y Planificación (ALPS). Uno de los objetivos es permitir que las personas pobres tengan más voz en los procesos de supervisión y toma de decisiones de la organización. Las innovaciones incluyen la introducción de programas anuales de revisiones y reflexiones participativas a nivel local, de país y global para fomentar la participación de los interesados directos – en particular los pobres, aunque también los asociados, donantes y grupos paritarios – en el análisis de los gastos programáticos, los planes y las iniciativas. Se han introducido asimismo otros cambios como la elaboración de nuevas iniciativas organizacionales en apoyo del ALPS y la formulación de métodos para comunicar los principales datos financieros a asociados que no tienen mucha experiencia en el terreno de las finanzas y que, en muchos casos, son analfabetos. Siguen existiendo tensiones entre quienes abogan por una rendición de cuentas desde arriba a los donantes y gestores y quienes defienden la rendición de cuentas desde abajo a las personas pobres y excluidas. Sea como fuere, los equipos de país*

tante que la noción de aprobación nacional sea respetada y mantenida, en beneficio tanto de los derechos humanos como de la sostenibilidad a largo plazo de la propia estrategia.

● **La previsibilidad de las corrientes de recursos** es un elemento clave; permite a los gobiernos programar el uso de los fondos de ayuda a largo plazo. La creación de alianzas en pro del desarrollo a largo plazo basadas en los principios de derechos humanos garantiza que los programas de cooperación para el desarrollo sean menos vulnerables a los cambios políticos a que puedan producirse a corto plazo dentro del Gobierno donante. La incorporación de las políticas de cooperación para el desarrollo dentro de la legislación nacional de los países donantes, asegura la previsibilidad a largo plazo de las corrientes de ayuda y refuerza la coherencia de las políticas de asistencia al desarrollo, con independencia de los cambios de gobierno.

● **El derecho a la participación**, reconocido en todas las etapas del proceso de las ERP, queda reafirmado en las políticas de muchos donantes. Es primordial que los gobiernos donantes reconozcan que para asegurar una participación efectiva se precisa financiación y apoyo. Se trata, además, de un proceso que requiere tiempo y paciencia y que no se puede apurar para cumplir con plazos externos. La introducción de indicadores para que los receptores de donaciones y los propios donantes puedan evaluar la participación en todas las fases, las etapas de diseño, ejecución y supervi-

sión – de la ERP puede constituir una forma de asegurar que la participación realmente se dé en la práctica.

● Los donantes deberán **respetar las prioridades fijadas** por el Gobierno nacional y mostrarse dispuestos a financiar intervenciones muy necesarias, aunque quizás menos «atractivas», como por ejemplo el fortalecimiento de las capacidades de gestión.

● Aunque siempre se ha otorgado mucha importancia a la necesidad de que el Gobierno receptor rinda cuentas al donante, hasta la fecha no se ha hecho demasiado hincapié en **la rendición de cuentas mutua y recíproca**. Esto se aplica no sólo a la rendición de cuentas del Gobierno donante ante sus propios contribuyentes y el Gobierno receptor sino también ante los beneficiarios de los programas de ayuda, que son personas pobres y vulnerables. Soluciones innovadoras para abordar esta cuestión incluyen la incorporación de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas mutuas en los memorandos de entendimiento concertados entre donantes y gobiernos o el empleo de métodos participativos que proporcionen a las comunidades locales los medios necesarios para examinar los programas y políticas promovidos por los donantes.

● Los donantes también deben asegurar la incorporación de **principios basados en los derechos humanos dentro de sus programas de cooperación para el desarrollo**, sobre todo en lo referente a los factores de condicionalidad y selectividad que en la práctica se dan en esta esfera. Del mismo

*continúan mostrando una firme adhesión al Sistema de Rendición de Cuentas, Aprendizaje y Planificación, y los programas de revisión y reflexión participativas han actuado como catalizadores de un proceso de cambio coherente en todos los niveles de la organización.*<sup>87</sup>

modo en que los derechos humanos pueden conformar una sólida base para facilitar la adopción de decisiones difíciles a nivel nacional relacionadas con la determinación de prioridades y la búsqueda de soluciones equilibradas, las obligaciones dimanantes de los principios de derechos humanos pueden servir de orientación dentro del inevitable proceso de selección de los países a los que se va a prestar ayuda.

● Cuando varios donantes diferentes facilitan orientación y apoyo a un país, existe el riesgo de que surjan contradicciones y duplicaciones. Esto puede imponer al Gobierno importantes requisitos de reporte y evaluación que consumen escasos recursos humanos y financieros y pongan en peligro el principio de apropiación nacional. Los donantes son conscientes de los problemas de coordinación y cohesión que existen entre los diferentes programas de ayuda al desarrollo, y algunos de ellos están intentando solucionarlos **armonizando sus políticas y actividades** y alineando sus intervenciones con las estrategias de país.

<sup>87</sup> David R., Mancini A. *Going against the flow: the struggle to make organisational systems part of the solution rather than part of the problem*. Brighton, Institute of Development Studies, 2004 (Lessons for change in policy and organizations, No. 8) [www.livelihoods.org](http://www.livelihoods.org).



# SECCIÓN 4

## Ejecución: transparencia y rendición de cuentas a través de mecanismos de seguimiento y evaluación

La etapa final en la ultimación de cualquier componente sectorial de una ERP consiste en establecer claramente cómo se va a aplicar la estrategia y de qué modo se supervisará y evaluará el progreso.

La supervisión y la evaluación son los elementos clave de la rendición de cuentas. La recolección y difusión de datos sobre la ejecución de las políticas refuerza la responsabilización de los gobiernos y permite evaluar si se cumple la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos. La existencia de un sistema de supervisión aumenta la eficacia del Gobierno en materia de gasto público y formulación de políticas, sobre todo en lo referente a la prestación de servicios públicos. Esto permite introducir los ajustes oportunos en las asignaciones presupuestarias o en las políticas y prácticas administrativas. Puede contribuir a crear una voluntad política a favor del cambio, si se deja patente el compromiso del Gobierno de aplicar políticas favorables a los pobres, se explica públicamente en qué esferas la reforma ha dado buen resultado y se destacan las consecuencias de la falta de equidad en los marcos normativos vigentes. La supervisión debe abarcar todo el periodo de ejecución de la estrategia. Para que pueda cumplir eficazmente con su finalidad, habrá

que efectuar detenidamente las oportunas tareas de planificación al inicio mismo del proceso de la ERP.

En la primera parte de esta sección, se analizan una serie de iniciativas de supervisión basadas en la comunidad y dirigidas por la sociedad civil. En la segunda parte se examinan las necesidades de generación de información estadística nacional en relación con el derecho a la salud. Los apartados siguientes se centran en los indicadores, metas y objetivos que pueden emplearse para medir los progresos. Por último, se analizan diferentes mecanismos de amparo incluyendo los sistemas judiciales nacionales y la presentación de informes internacionales sobre derechos humanos.

### **4.1 Supervisión basada en la comunidad y en la sociedad civil**

Los ejercicios de supervisión basadas en la comunidad son generalmente iniciadas por organizaciones de la sociedad civil y suelen exigir el empoderamiento de las personas excluidas y marginadas así como la facilitación de datos sobre la implementación de

## **República Unida de Tanzania: elaboración de una guía en lenguaje sencillo sobre la ERP**

*Hakikazi Catalyst, una organización tanzaniana de la sociedad civil ha elaborado una versión del DELP nacional del pueblo, en inglés y en kiswahili. La guía, redactada en un lenguaje accesible y acompañada de tiras cómicas ilustrativas, aclara diversos aspectos clave, como el método utilizado para definir la pobreza a nivel nacional o los elementos que conforman el plan general. Asimismo, describe sucintamente los objetivos, las actividades y los indicadores y explica cómo se prevé sufragar los costos conexos. En la guía se resume también la evolución del proceso de elaboración de la estrategia y que podría cambiar la próxima vez. La guía puede consultarse en línea en la dirección [www.hakikazi.org/jeng](http://www.hakikazi.org/jeng).*

las políticas públicas. Basadas en métodos participativos (véase la sección 2.1), permiten a las comunidades locales los medios necesarios para evaluar el desempeño de los servicios de salud en función de los compromisos contraídos en el marco de las políticas pertinentes. La participación de la sociedad civil en la labor de supervisión refuerza la responsabilización social, contribuye a que los informes se preparen con mayor rigor y tengan un alcance más amplio y ayuda a fortalecer la capacidad de respuesta frente a una prestación de bienes y servicios inefectiva o ineficaz.

La supervisión basada en la comunidad y en la sociedad civil puede ofrecer un valiosísimo complemento a los sistemas de seguimiento nacionales, habida cuenta sobre todo de las dificultades que en muchos países en desarrollo plantea la creación de mecanismos integrales eficaces para el acopio de datos estadísticos. En algunos países, incluso Sudáfrica y Uganda, los mecanismos de supervisión basados en la sociedad civil están integrados dentro de sistemas de monitoreo iniciados por el Gobierno. Como se sugiere en la sección 3, ésta puede ser una opción constructiva en contextos de confianza mutua en las que los intereses políticos y financieros de las organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil están suficientemente delimitados. Aunque cierto grado de cooperación suele ser mutuamente beneficioso, pueden darse casos en los que las organizaciones de la sociedad civil prefieran establecer sistemas de supervisión paralelos, con objeto

de mantener su independencia.

Con independencia de que las iniciativas de supervisión gubernamentales y de la sociedad civil estén integradas o no, los gobiernos tienen la obligación de fomentar un entorno en el que pueda operar la sociedad civil. Esto requiere la promoción del derecho a la información, el derecho a la participación y la libertad de asociación. En Bolivia, por ejemplo, el Gobierno aprobó la Ley del Diálogo Nacional 2000, que dio lugar a la creación del Mecanismo Nacional de Control Social. La ley legitima la participación de la sociedad civil en los procesos de política. Uno de los principales objetivos del Mecanismo Nacional de Control Social es supervisar el impacto de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y la utilización de los recursos financieros, incluidos los resultantes de la condonación de parte de la deuda externa del país con arreglo a la Iniciativa para la Reducción de la Deuda de los Países Pobres Muy Endeudados.

Una forma sencilla de facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el proceso de supervisión consiste en velar por que se dé a conocer suficientemente el contenido de la ERP. La difusión de las medidas que tiene previsto adoptar el Gobierno y las metas que pretende lograr es una cuestión que a menudo se pasa por alto. La información relativa a la ERP debe divulgarse en un formato *comprensible y explicativo* destinado al público general, en particular a los segmentos más pobres para los que ha sido concebida la estrategia.

En los casos en que se haya elaborado

### India: reportes de evaluación ciudadana en Bangalore

*En 1994 un grupo de ciudadanos de Bangalore puso en marcha una iniciativa basada en el uso de boletines de evaluación ciudadana para examinar la calidad de los servicios públicos prestados en la ciudad desde el punto de vista de los usuarios. Se efectuaron encuestas entre usuarios de diferentes servicios, incluidos usuarios de centros de atención a la salud, y sus opiniones se analizaron atendiendo a criterios como la calidad, la adecuación y la eficacia de los servicios prestados, así como la actitud mostrada por el personal de salud. Los medios de comunicación dieron amplia cobertura a los resultados y, seguidamente, se celebraron debates públicos y se hicieron llamamientos en favor de la introducción de diversos cambios. Las encuestas y los boletines de evaluación de fechas posteriores muestran una mejora radical de los servicios municipales y una reducción general de los problemas y del nivel de corrupción, ya que los proveedores han respondido a la ola publicitaria y a los llamamientos en favor de mejoras.<sup>89</sup>*

<sup>88</sup> Björkman M. et al., op. cit.

<sup>89</sup> [http://paf.mahiti.info/pdfs/Bangalore\\_CRC\\_background\\_and\\_history.pdf](http://paf.mahiti.info/pdfs/Bangalore_CRC_background_and_history.pdf) (consultado el 11 de septiembre de 2007).

<sup>90</sup> Baez C., Barron P., *Community voice and role in district health systems in east and southern Africa: a literature review*. Regional Network for Equity in Health in east and southern Africa (EQUINET), junio de 2006 (EQUINET Discussion Paper 39) <http://equinetafrica.org>.

<sup>91</sup> Norton A. et al., op. cit.

una carta de derechos del paciente o una legislación nacional en la materia (véase la sección 3), deberá darse amplia difusión a estos instrumentos. En Uganda, por ejemplo, los derechos de los pacientes se dan a conocer al público a través de carteles colocados en los centros de salud locales.<sup>88</sup> La definición y comunicación de niveles mínimos también proporciona un punto de

### MALAWI: TARJETAS DE CALIFICACIÓN DE LA COMUNIDAD

En Malawi se ha introducido con carácter experimental en algunas zonas del país el empleo de tarjetas de calificación. Los usuarios asignan una puntuación a los distintos servicios, y los resultados, una vez compilados, son presentados al personal del centro de salud por un comité de salud de aldea. El comité, cuyos integrantes son elegidos en reuniones consultivas locales, hace de puente entre los trabajadores de la salud y la comunidad. Se analizan todos los aspectos relacionados con la atención a la salud, desde el oído que los profesionales sanitarios prestan a lo que dicen sus pacientes hasta el modo en que atienden a los niños desnutridos. El personal de salud también evalúa su propio desempeño. Toda la información así obtenida se aprovecha para mejorar el funcionamiento general y asegurar que se satisfagan las necesidades locales. Según se desprende de diversos informes, en los casos en que se han introducido tarjetas de calificación, los servicios han mejorado y la comunidad tiene una mayor confianza en los mismos.<sup>90</sup>

referencia, previamente acordado, que permite evaluar la prestación de servicios. Los métodos participativos pueden contribuir a identificar indicadores localmente pertinentes que permitirán medir los avances en relación con los niveles acordados a nivel nacional.

### 4.2 Iniciativas presupuestarias

Cada vez son más las iniciativas de supervisión de la ejecución de las ERP impulsadas por la sociedad civil que se centran principalmente en el presupuesto. El análisis de las corrientes de recursos y los gastos proporciona pruebas concretas del grado en que el Gobierno atiende sus compromisos de política. Además, los análisis presupuestarios suelen incluir un examen de las políticas y de la ejecución de las mismas, lo que hace que este método también sea de utilidad para estructurar una evaluación global de la ERP. Las iniciativas centradas en los presupuestos suelen presentar cierto margen de variación en cuanto a elementos como:

- el nivel de ejercicio (central, sectorial o del gobierno local);
- el alcance de la cobertura (cuestiones macroeconómicas, gasto e ingresos);
- el papel que el Gobierno desempeña dentro de la iniciativa;
- la participación de diferentes tipos de organizaciones (organizaciones de carácter asociativo, movimientos sociales, ONG u organizaciones de investigación).<sup>91</sup>

### **Kenya: sistema de información sanitaria en el dispensario de Mtaa**

*El artífice principal de la creación de un sistema de gestión de la información en Mtaa es un voluntario que además es miembro del comité de salud del dispensario local. Zabibu Chizi Mweru empezó a recopilar datos para el dispensario de Mtaa para luego reproducirla en una pizarra en forma de gráficos. Los datos proceden de las fichas de registro completadas por la enfermera jefe. Zabibu anota cuántos pacientes han sido atendidos por malaria, problemas respiratorios y esquistosomiasis, así como las cifras correspondientes a los controles de crecimiento y las vacunaciones. El comité de salud del dispensario de Mtaa establece objetivos para todas las actividades principales, y en la pizarra se puede comprobar el nivel de cumplimiento mensual de cada uno de ellos. La información, además de ser aprovechada por el comité de salud del dispensario, permite a los usuarios del centro de salud comprobar qué medidas adopta este órgano con respecto a los distintos problemas sanitarios.*<sup>92</sup>

<sup>92</sup> Baez C. et al., op. cit.

<sup>93</sup> *Dignity counts: a guide to using budget analysis to advance human rights*. Fundar, International Human Rights Internship Program and International Budget Project, 2004, www.ihie.org.

<sup>94</sup> Elson D., op. cit.

<sup>95</sup> Robinson M. *Budget analysis and policy advocacy: the role of non-governmental public action*. Brighton, Institute of Development Studies, septiembre de 2006 (IDS Working Paper 279) www.ntd.co.uk.

Las iniciativas presupuestarias han resultado especialmente eficaces como método para evaluar en qué medida el uso dado por el Gobierno a los recursos disponibles promueve la igualdad. En Sudáfrica, la Iniciativa de Mujeres para el Control de los Presupuestos es el resultado de la colaboración entre la sociedad civil y el Gobierno; cuya finalidad es utilizar los análisis presupuestarios y de política para examinar la asignación de recursos desde una perspectiva de género y determinar el impacto de las políticas públicas en la igualdad de género y en los derechos de la mujer. Algunas iniciativas de presupuesto, como el análisis efectuado por la ONG Fundar del gasto en salud en México, han utilizado expresamente los marcos de derechos humanos como base para la evaluación de las asignaciones presupuestarias. La metodología utilizó la evaluación de las asignaciones presupuestarias destinadas a la salud y los cambios introducidos en el gasto público a lo largo del tiempo, contra los compromisos internacionales, regionales y nacionales relacionados con la realización del derecho a la salud.<sup>93</sup> Se han elaborado métodos similares para analizar el gasto público, los ingresos, las políticas macroeconómicas y los procesos de toma de decisiones en materia presupuestaria atendiendo a las obligaciones que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer impone a los Gobiernos en materia de igualdad de género.<sup>94</sup>

Un elemento fundamental de las iniciativas presupuestarias es la transparencia

de la información. Algunos gobiernos son reacios a que sus procesos presupuestarios sean sometidos a examen público. Sin embargo, una mayor transparencia puede conferir mayor legitimidad a la labor de presupuestación, ya que permite acceder la información en la que se han basado las decisiones y conocer los elementos que justifican las asignaciones. Esto puede contribuir asimismo a reducir el margen de corrupción a través de una distribución inapropiada del gasto público o el desvío de recursos para fines privados. El FMI elabora análisis comparativos entre los países centrados en la transparencia de los procesos presupuestarios, que también pueden aprovecharse como base para reforzar el apoyo en favor de un mayor acceso a la información relativa a los flujos presupuestarios y los gastos.<sup>95</sup>

Varios países, entre ellos Uganda y la India, han aprobado leyes que enuncian los derechos de los ciudadanos en materia de acceso a la información gubernamental. Sin embargo, incluso cuando se cuenta con leyes de esta índole, es importante velar por que los funcionarios reciban capacitación y orientación práctica sobre la transparencia y la difusión de información. A menudo el acceso de la sociedad civil a la información se ve obstaculizado en el plano local.<sup>96</sup> La sección 3.2 incluye una serie de sugerencias para la incorporación de un examen de las necesidades de información, tanto de los titulares de derechos como de los proveedores de servicios.

Otro elemento crucial en lo referente al

éxito de las iniciativas presupuestarias es a menudo un largo proceso de capacitación. Éste puede incluir a funcionarios y representantes electos así como, los investigadores, la propia población de personas pobres y excluidas. Muchas personas que trabajan en los ministerios públicos desconocen los aspectos técnicos relacionados con los presupuestos, y este tipo de iniciativas puede brindarles una buena ocasión para capacitarse en asuntos presupuestarios.

### 4.3 Mecanismos nacionales de supervisión y acopio de estadísticas

A la hora de elaborar una ERP los gobiernos suelen crear un mecanismo nacional que asegure la supervisión de la labor de ejecución; en Uganda, por ejemplo, se ha creado a estos efectos el Sistema Nacional Integrado de Seguimiento y Evaluación. Como se indicaba más arriba, en algunos casos el sistema nacional de evaluación se incorpora dentro de iniciativas de supervisión encabezadas por entidades de la sociedad civil. Son muchas las organizaciones ca-

paces de generar datos, análisis narrativos o informes basados en encuestas de gran utilidad para la supervisión de las ERP:

- comités de salud locales y distritales;
- comités parlamentarios;
- departamentos públicos cuasi independientes;
- mediadores, comisiones nacionales de derechos humanos o relatores especiales;
- organizaciones de la sociedad civil;
- ONG internacionales;
- organizaciones internacionales;
- organismos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos, instituciones regionales de derechos humanos y relatores especiales de las Naciones Unidas.

Una de las principales fuentes de datos para las tareas nacionales de supervisión son las estadísticas socioeconómicas oficiales de carácter cuantitativo. Contar con datos cuantitativos es importante, ya que ello permite a los gobiernos informar sistemáti-

## INDIA: JAN SUNVAIS, AUDIENCIAS PÚBLICAS

Originalmente implantadas por una organización local de trabajadores y campesinos pobres de Rajastán, los jan sunvais o audiencias públicas, han pasado a constituir el medio habitualmente utilizado por los ciudadanos para supervisar los documentos públicos y pedir cuentas a los funcionarios públicos

en caso de malversación de fondos o negligencia en la gestión de programas. Las audiencias, que cuentan ahora con el apoyo del Gobierno nacional, han acabado extendiéndose también a las zonas urbanas, incluida Nueva Delhi. Algunas se centran específicamente en el derecho a la atención a la salud.

La evidencia recabada, se utilizan luego en los juicios celebrados contra funcionarios corruptos y leyes han sido las modificadas para permitir que todos los ciudadanos tengan acceso a la documentación relativa a cualquier programa de lucha contra la pobreza dirigido por el Gobierno.<sup>97</sup>

<sup>96</sup> Wood A. *Beyond data. A panorama of CSO experiences with PRSP and HIPC monitoring.* La Haya, Cordaid, octubre de 2005 [www.cordaid.nl](http://www.cordaid.nl).

<sup>97</sup> [www.sasnet.org](http://www.sasnet.org).

## Filipinas: auditorías comunitarias

*La Comisión Filipina de Auditoría ha implantado un plan para fomentar la participación de la sociedad civil en los procesos de auditoría. El sistema de auditoría «Value for Money» (optimización de los recursos) además de hacer hincapié en la transparencia de los fondos públicos y del gasto, así como en la correspondiente rendición de cuentas, da a conocer la opinión que le merece a la comunidad el modo en que se ha gastado el dinero, en particular si se ha invertido en beneficio de los grupos excluidos de la comunidad, por ejemplo las mujeres. Se ha comenzado a crear lazos con los medios de comunicación para mantener al público general informado sobre los resultados del plan, que se está ampliando para hacerse extensivo a muchas más comunidades y regiones.<sup>99</sup>*

camente sobre las intervenciones que llevan a cabo para combatir la pobreza y hacer efectivos los derechos humanos. También resultan de utilidad para las iniciativas de la sociedad civil, por cuanto permiten pedir cuentas a los Gobiernos en relación con los compromisos por ellos contraídos.

Las estadísticas oficiales son elaboradas por institutos nacionales y organizaciones internacionales a las que el Estado ha encomendado esa tarea. Los organismos encargados de compilar estadísticas oficiales deben ser imparciales, neutrales y objetivos. En muchos países en desarrollo, sus capacidades son limitadísimas. Establecer y gestionar un sistema nacional de estadística requiere tiempo y recursos y plantea un reto importante para cualquier país. En los países grandes, de baja densidad demográfica, eminentemente rurales y con escasos medios infraestructurales a nivel nacional esta labor puede conllevar problemas de gran magnitud. Cuando existen problemas técnicos de esa índole, los donantes y gobiernos deben reconocer la importancia de contar con un sistema estadístico que funcione debidamente e invertir en el fortalecimiento de los conocimientos y capacidades nacionales pertinentes.

Las principales funciones de los sistemas estadísticos son:

- acopiar datos procedentes de diversas fuentes;
- procesar y analizar la información para destacar diferencias y tendencias;

- coordinar los datos correspondientes a diferentes sectores y efectuar las remisiones pertinentes;
- difundir los resultados a los usuarios, en formatos adecuados;
- elaborar, con el tiempo, resultados mensurables de calidad fiable.

## SUDÁFRICA: LA UNIDAD PRESUPUESTARIA DE LOS NIÑOS

Tras el fin del Apartheid, el nuevo Gobierno sudafricano se comprometió a atender las acuciantes necesidades de los niños de la nación, de los que más de 10 millones vivían en la pobreza. Se inició con la ratificación de la Convención sobre los derechos del niño y incorporación de los derechos humanos dentro de la nueva Constitución. IDASA, una ONG nacional, creó en 1995 una unidad presupuestaria destinada a supervisar en qué medida los compromisos del Gobierno en materia de derechos humanos quedan reflejados en los presupuestos. La unidad presupuestaria de los niños se centra en el principio de realización progresiva de los derechos humanos y de comprobar si las medidas adoptadas en ese sentido favorecen a los más pobres de entre los pobres aprovechando al máximo los recursos disponibles. Difunde los resultados de su análisis ampliamente entre el público general y también los comunica al Parlamento y ha realizado una encomiable labor de promoción de las necesidades especiales de los niños huérfanos por causa del SIDA, carentes de apoyo parental, jurídico y económico.<sup>98</sup>

<sup>98</sup> [www.idasa.org.za](http://www.idasa.org.za).

<sup>99</sup> (estudio de un caso práctico) *The Philippines: enhancing public transparency and accountability through civil society participation in monitoring government services, in Responsiveness and accountability for poverty reduction*, Bergen Seminar Series 2002/2003 <http://www.undp.org/oslocentre>.

### México: el presupuesto público y mortalidad materna

*Durante el 2002 la organización de investigación Fundar, dedicada al análisis de cuestiones presupuestarias en México, evaluó en qué medida los recursos públicos se destinaban a la reducción de la mortalidad materna. Los datos iniciales revelaron que los servicios de salud básicos eran insuficientes para cumplir con el reto de reducir las defunciones maternas entre la población pobre. Los servicios prestados a las comunidades marginadas, basados en la asistencia móvil, no podían ofrecer la cobertura y la calidad necesarias para garantizar una atención médica continuada, el traslado eficaz y oportuno de las mujeres al segundo nivel de atención, un acceso efectivo a los servicios de urgencia o la disponibilidad de transfusiones de sangre. Estas deficiencias estructurales se achacaban a la disminución de los recursos financieros. Uno de los objetivos expresos del Programa de Ampliación de la Cobertura era asegurar la «cobertura universal» de los servicios de salud básicos. En consecuencia, se daba prioridad al número de personas atendidas en lugar de hacer hincapié en el acceso efectivo a los servicios de salud. Esto hizo que se redujera año tras año la cuantía asignada por habitante, que pasó entre 1998 y 2001 de USD 4,6 a USD 3,8 por persona.*

El tipo de información requerida para los análisis de la situación de la salud y del estado de pobreza van desde estadísticas generales de alcance nacional a datos cualitativos detallados de carácter doméstico o comunitario. La información y los datos estadísticos pueden obtenerse de diversas fuentes, que en muchos casos ya existen y que, en otros, tienen que crearse expresamente.

En cada caso, la elección de la fuente vendrá determinada mayormente por el tipo de información y el nivel de especificidad requeridos.

- El **censo nacional** ofrece el perfil estadístico más completo de un país, pero como resulta costoso y requiere mucho tiempo, sólo se realiza cada diez años.
- Las **encuestas por muestreo**, que pueden efectuarse a intervalos mucho más frecuentes, ofrecen una visión aproximada de la situación nacional.
- Las **encuestas focalizadas**, que se centran en un grupo vulnerable concreto, como por ejemplo las comunidades indígenas o los desplazados internos, pueden ayudar a determinar los problemas concretos que afectan al grupo en cuestión, sobre todo si se efectúan los cotejos pertinentes con los promedios nacionales.
- Los **sistemas administrativos sistemáticos**, como los registros de los centros de salud o de las escuelas o la información recabada por las autoridades locales, pueden ofrecer abundantes datos detallados, que, sin embargo — y éste es un aspecto

de crucial importancia — no incluirán a quienes no hacen uso de los servicios en cuestión, por ejemplo personas que viven en condiciones de pobreza extrema o algunos grupos concretos.

Desde una perspectiva basada en los derechos humanos, es fundamental que los datos presenten el mayor grado posible de desglose. Lo ideal sería que estuviesen desglosados en función de criterios que legalmente no pueden utilizarse con fines discriminatorios, como el sexo, la edad, el padecimiento de discapacidades, el origen étnico, la religión, el idioma, la condición social, la situación económica, la ubicación regional o la orientación política de las personas. Sin embargo, no siempre es viable lograr el nivel de desglose deseable. Así por ejemplo, puede resultar más fácil desglosar los datos por sexo, edad, región o unidad administrativa que por origen étnico. Para establecer los elementos determinantes del origen étnico a veces es necesario servirse de criterios tanto subjetivos, como la auto-identificación, como de criterios objetivos, como por ejemplo el idioma. En ocasiones, los intentos de producir datos desglosados suscitan sensibilidades de orden social y político, por ejemplo si un grupo minoritario teme que el proceso de identificación contribuya a victimizarlo. Es primordial que en las actividades de acopio de datos respeten estas susceptibilidades, así como también los aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad.

En algunos países, se han instaurado

Los estados donde la población pobre era más elevada acabaron siendo los que recibían las asignaciones per capita más bajas.<sup>100</sup>

## INDICADORES ESTRUCTURALES, DE PROCESO Y DE RESULTADOS: enfoque del ACNUDH para la adopción de indicadores que promuevan los derechos humanos y ayuden a vigilar su observancia

El ACNUDH ha elaborado un marco conceptual y metodológico basado en indicadores cualitativos y cuantitativos para promover los derechos humanos y vigilar su observancia. El marco en cuestión propone un enfoque para la plasmación sistemática de las normas universales de derechos en indicadores operativos y contextualmente pertinentes en el plano nacional.

Más concretamente, el marco, que adopta un enfoque común para los derechos civiles y políticos y para los derechos económicos, sociales y culturales, transforma el texto de las normas que establecen los derechos humanos en un número limitado de atributos característicos y en unos pocos atributos característicos y una configuración de indicadores de proceso y de resultados. En el caso de los derechos humanos, los indicadores identificados ofrecen una evaluación de las medidas adoptadas por el Estado para atender sus obligaciones -desde la aceptación de las normas internacionales de derechos humanos (indicadores estructurales) a los esfuerzos por

el proveedor de servicios, el Estado, para asegurar el cumplimiento de las obligaciones dimanantes de esas normas (indicadores de proceso), en los resultados de esos esfuerzos desde la perspectiva de los titulares de derechos (indicadores de resultados). La piedra angular del enfoque aquí descrito es la evaluación de los compromisos asumidos por el Estado, los esfuerzos y los resultados de esos esfuerzos en el cumplimiento de sus obligaciones en materia de derechos humanos.

El marco conceptual se basa en dos categorías de indicadores y mecanismos de generación de datos: (a) indicadores que son o pueden ser compilados por sistemas estadísticos oficiales y registros administrativos, que en la mayoría de los casos están disponibles; y (b) indicadores o datos uniformados más frecuentemente compilados por fuentes no gubernamentales u organizaciones de derechos humanos relativos a supuestas violaciones denunciadas por víctimas, testigos u ONG.

Sobre la base de este marco y en consulta con expertos en la materia, se han elaborado para un cierto número de derechos listas ilustrativas de indicadores que están siendo validadas, en reuniones consultivas de expertos y talleres celebrados a nivel nacional. En lo referente al «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental», el marco identifica cinco atributos, a saber, «salud reproductiva»; «mortalidad infantil y atención de salud»; «entorno natural y de trabajo»; «prevención, tratamiento y control de las enfermedades»; «accesibilidad de los centros de salud y los medicamentos esenciales», junto con la correspondiente configuración de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.

Para una descripción resumida del marco elaborado por el ACNUDH, véase el Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos (HRI/MC/2006/7), disponible en: <http://www.ohchr.org>.

<sup>100</sup> Díaz D., Hofbauer H. *The public budget and maternal mortality in Mexico: an overview of the experience*. Washington D.C., International Budget Project, Center on International Budget and Policy Priorities, noviembre de 2004, [www.international-budget.org](http://www.international-budget.org).



Kathy T. (OMS 200887)

restricciones legales que impiden recoger datos atendiendo a criterios étnicos, con miras a promover la cohesión social. Si bien este tipo de restricciones pueden responder a inquietudes más que fundadas, el argumento de que es posible que surjan tensiones también puede ser esgrimido por los gobiernos como pretexto para impedir la publicación de datos políticamente embarazosos. En esos casos, tal vez sea necesario que las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y otras partes interesadas elaboren estrategias para demostrar el valor de la información estadística, hacer cambiar al Gobierno de actitud y lograr que se eliminen las restricciones en cuestión.

#### 4.4 Indicadores

Los datos recopilados a través del sistema estadístico nacional se utilizan para elaborar indicadores de las diferentes tendencias

socioeconómicas. Los indicadores son instrumentos que permiten medir en cualquier momento una amplia variedad de factores. Ofrecen una visión general al inicio de la aplicación de una estrategia, pueden revelar — mediante el cotejo con resultados posteriores — tendencias y evoluciones y así poner de manifiesto diferencias o retrocesos emergentes. En el sector de la salud, los indicadores incluyen frecuentemente parámetros como las tasas de mortalidad y morbilidad, el número de médicos disponibles a nivel nacional y los niveles de cobertura inmunitaria. La disponibilidad de datos fiables es una cuestión clave a la hora de seleccionar los indicadores.

El ACNUDH define los indicadores de derechos humanos como informaciones concretas sobre el estado de un acontecimiento, actividad o resultado que pueden estar relacionadas con las normas, criterios y principios de derechos humanos. En muchos casos, los indicadores de los ODM, u otros indicadores utilizados a nivel de país, pueden guardar relación con las normas y principios de derechos humanos. Las tasas de mortalidad materno-infantil, por ejemplo, pueden percibirse como resultados fundamentales para la realización del derecho a la salud. Los indicadores seleccionados para evaluar la aplicación de las estrategias de salud deben abarcar los diferentes componentes del derecho a la salud especificados en la Observación general N° 14, incluidos: la salud reproductiva, la mortalidad infantil y la atención a la salud; el saneamiento y el agua potable; el entorno natural y de traba-

## **Bangladesh: un proyecto de supervisión a cargo de personas mayores**

*En Bangladesh la organización HelpAge Internacional y el Centro de Integración de Recursos tienen en marcha un proyecto de supervisión cuya finalidad es mejorar el acceso de las personas mayores a los subsidios estatales destinados a la tercera edad y otros servicios. El proyecto abarca a 3 325 habitantes de edad avanzada de 54 aldeas de Pubail y 2 401 habitantes de edad avanzada de 26 aldeas de Srirankathi. En una de las primeras etapas del proyecto, las personas mayores llevaron a cabo su propio censo, que arrojó porcentajes correspondientes a ese segmento de la población notablemente superiores a los registrados en el último censo estatal. En Srirankathi, por ejemplo, el 9 por ciento de la población total tenía más de 60 años, pero según el censo oficial este grupo sólo representaba un 6 Por ciento. Gracias a este proyecto, ha aumentado el número de personas con derecho a prestaciones para la tercera edad y que efectivamente perciben las ayudas en cuestión. En 2005 se registró a nivel nacional un incremento de esa prestación, que pasó de USD 2,5 a USD 2,6 mensuales, y también del número de beneficiarios, que aumentó de 1 millón a 1,32 millones.<sup>101</sup>*

jo; la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades; y el acceso a los servicios de salud y medicamentos esenciales.

Los indicadores específicamente seleccionados en cada país deben reflejar, y ser adaptados a los objetivos y compromisos de política. En los casos en que se haya elaborado una carta de derechos del paciente o adoptado legislación nacional en la materia, los indicadores deberán centrarse en el cumplimiento de los niveles acordados de prestación de servicios, para así reflejar los compromisos jurídicos y programáticos y la ejecución de las políticas nacionales, así como los resultados sanitarios.

Indicadores sugeridos incluyen:

- el periodo de aplicación y cobertura de las leyes nacionales pertinentes para la realización del derecho a la salud;
- la cuantía neta de fondos de asistencia oficial para el desarrollo destinados al sector de la salud que se ha recibido/facilitado, expresada en forma de porcentaje del gasto público o del ingreso nacional bruto;
- la proporción de la población dentro de los programas de sensibilización sobre la transmisión de diversas enfermedades, por ejemplo el VIH/SIDA;
- la incidencia de las defunciones/enfermedades causadas por entornos naturales y de trabajo peligrosos.

Debe realizarse la identificación de indicadores que midan la adhesión a las normas y principios de derechos humanos — como

la no discriminación, la participación, la rendición de cuentas y la transparencia. Por ejemplo:

*No discriminación:*

- existencia de leyes que prohíben la violencia contra la mujer y prácticas tradicionales nocivas;
- existencia de leyes que permiten el acceso de los migrantes a un conjunto integral de servicios de salud;
- proporción del presupuesto sanitario asignado a la atención materna;
- proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado;
- proporción de niños cubiertos por programas de suplementación nutricional;
- tasas de fecundidad entre los adolescentes.

*Participación, acceso a la información y rendición de cuentas:*

- cobertura, dentro de la legislación nacional, de los derechos relativos al acceso a la información, la descentralización, la participación de la sociedad civil y la libertad de asociación;
- número de organizaciones de la sociedad civil registradas que participan en la promoción y protección del derecho a la salud;
- representación de la mujer, y de personas pertenecientes a otros grupos excluidos y marginados, en los comités de salud nacionales, distritales y de aldea;
- proporción del presupuesto sanitario destinada expresamente a fomentar la participación;



Vinod Pierre (OMS/212117)

- disponibilidad de información sobre los flujos presupuestarios y los gastos a nivel nacional y de distrito;
- disponibilidad de información sobre los derechos de los usuarios y los niveles mínimos establecidos para la prestación de servicios;
- existencia de una institución o un mediador para la defensa de los derechos humanos que se encargue de las cuestiones sanitarias;
- número de informes relacionados con la salud presentados, dentro de los plazos previstos, a órganos de supervisión de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas.

#### 4.5 Objetivos

Los objetivos son un complemento importante de los indicadores. Representan los avances que el país debería realizar en condiciones ideales a mediano y largo plazo. Si no se establecen objetivos, es fácil que con el tiempo se pierda el ímpetu inicial y que los esfuerzos y recursos se vean influidos por otras necesidades imprevistas. No es conveniente fijar los objetivos en niveles tan elevados que resulten poco realistas, ni tampoco en niveles demasiado bajos, que conlleven un riesgo de desidia. Los objetivos deben representar un desafío que sea alcanzable si se cuenta con el grado de compromiso y los recursos necesarios. Deben fijarse al final del periodo de ejecución de la ERP en intervalos regulares. Los objetivos intermedios son igualmente importantes, ya que resultan imprescindibles para efectuar

los cotejos requeridos para averiguar si se van realizando avances en todas las esferas o si, algunas se están quedando a la zaga y deben ser atendidas con urgencia. Esto es de vital importancia, no solo para asegurar el éxito de las ERP sino que también para demostrar que el Gobierno está cumpliendo con su obligación de asegurar la realización progresiva de los derechos humanos.

Los numerosos objetivos internacionales establecidos en relación con el sector de la salud proporcionan, junto con los objeti-

### LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

*Los objetivos en salud:*

- reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre;
- reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años;
- reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015;
- haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015;
- haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves;
- reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable;
- haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios;
- en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales a bajo costo en los países en desarrollo.

101 HelpAge International Asia/Pacific. *Older citizens' monitoring: the experience of Bangladesh, Chiang Mai (Tailandia), 2007* [www.helpage.org](http://www.helpage.org).



vos de carácter más técnico centrados en determinadas intervenciones en materia de salud o problemas de salud muy concretos proveen un marco de amplio alcance para fijar los objetivos nacionales. Estos objetivos incluyendo los ODM representan indicadores de los progresos y cooperación internacional. Estas metas deben adaptarse para reflejar las circunstancias y prioridades nacionales. Los gobiernos deberían aspirar a lograr los progresos más significativos y rápidos que se puedan alcanzar en vista de las dificultades específicas de cada país y del grado de apoyo externo que recibe, en lugar de tratar de estar a la altura de los objetivos internacionales.<sup>102</sup> Los objetivos nacionales, proporcionan un marco idóneo para la identificación de objetivos subnacionales y locales. Cuando se establecen sobre la base de contribuciones de la sociedad civil y de procesos participativos, aumenta el nivel de adhesión y pertenencia a nivel local. También es importante velar por que las estrategias orientadas a la consecución de objetivos para el conjunto de la población no resten importancia a los esfuerzos de promoción de la igualdad y tengan en cuenta a los titulares de derechos extremadamente pobres, excluidos y difíciles de alcanzar.

### METAS Y OBJETIVOS RESPALDADOS POR LOS GOBIERNOS

Hacer referencia a objetivos reconocidos internacionales como los ODM y otros resultantes de conferencias internacionales no solo confiere legitimidad a los objetivos y

asegura consistencia, sino que también provee herramientas de apoyo para buscar el apoyo de socios en el desarrollo y ministros de gobiernos competentes.

- Los ODM: la finalidad de este conjunto de ocho objetivos es condensar en un solo instrumento los numerosos y variados compromisos contraídos por los gobiernos en una serie de conferencias de las Naciones Unidas celebradas en los años noventa. Los resultados en materia de salud y los factores determinantes básicos de la salud relacionados con los pobres ocupan un lugar destacado dentro de los ODM. A nivel nacional, los objetivos ODM deben complementarse con metas de pertinencia local, como aquellas amenazas a la salud relacionadas con los traumatismos, las enfermedades no transmisibles o factores ambientales, o con metas relacionadas con el fortalecimiento de los sistemas de salud en general. Es esencial facilitar un desglose en función de criterios como el origen étnico, la religión, el sexo, etc. para evitar que la visión global haga perder de vista disparidades cruciales en los avances sociales y económicos.

- En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y el examen de la aplicación al cabo de cinco años del Programa de Acción de la CIPD (CIPD+5) efectuado en 1999 por la Asamblea General de las Naciones Unidas,<sup>103</sup> se fijaron numerosos objetivos detallados de especial pertinencia para los derechos reproductivos.

- Las resoluciones adoptadas en las

<sup>102</sup> Vandemoortele J., Roy R., *Making sense of MDG costing*. Nueva York, Grupo de Lucha contra la Pobreza, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, agosto de 2004

[www.undp.org](http://www.undp.org).

<sup>103</sup> [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

**Brasil**

*Con la ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Brasil ha elaborado un coeficiente de equidad aplicable a los ODM que abarca todas las regiones, estados y municipios, desglosado por sexo, nivel de ingresos, raza/origen étnico, discapacidad, nivel educativo y ubicación.<sup>104</sup>*

Asambleas de la Salud de la OMS también pueden incluir metas y objetivos relacionados con aspectos específicos en materia de salud y resultar de utilidad para la definición de objetivos a incluir en las ERP.

**METAS Y OBJETIVOS DE LAS INICIATIVAS A LA SALUD**

Además de los objetivos internacionales generales referidos a la salud, existen numerosas metas específicas, que pueden relacionarse con la erradicación de una determinada enfermedad o con el logro de un cierto nivel de cobertura inmunitaria. Esas metas, relacionadas con los objetivos de programas o iniciativas técnicas específicas, pueden resultar útiles y pertinentes en determinados contextos nacionales y atraer el apoyo de diferentes partes interesadas. Algunos de los numerosos objetivos de salud establecidos para enfermedades concretas son:

- el acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, la atención y el apoyo oportunos para las personas afectadas del VIH/SIDA, para el 2010;
- reducir la carga de paludismo a la mitad para el 2010;

**4.6 Mecanismos políticos, judiciales y cuasijudiciales de rendición de cuentas**

En la presente publicación hemos insistido reiteradamente en la importancia de la rendición de cuentas. Se han descrito una serie de instituciones y procesos que pueden respaldar diferentes formas de rendición de cuentas en distintos niveles, desde el local

hasta el internacional. La sección 2 ofreció un análisis de los diferentes sistemas disponibles a estos efectos para las personas pobres y excluidas. La sección 3, abordó el desarrollo de niveles mínimos que puedan ser invocados por las personas para pedir cuentas a los planificadores de políticas y proveedores de servicios, y examinó diversas maneras de crear instituciones de servicio a la salud para asegurar la rendición de cuentas y el amparo. También se hizo hincapié en la importancia de contar con procesos fiables y transparentes. En la primera parte de la presente sección, hemos analizado diversos métodos para promover sistemas sociales que aseguren la rendición de cuentas, incluyendo iniciativas comunitarias de supervisión y de participación en los procesos presupuestarios. Seguidamente, se ha examinado la importancia de los sistemas estadísticos nacionales y del establecimiento de metas e indicadores. La última parte de esta sección se centra en las instituciones judiciales, cuasijudiciales y políticas que apoyan la rendición de cuentas en relación con las normas y principios de derechos humanos. Facilitar la labor de estas instituciones, por ejemplo proporcionando oportunamente información exhaustiva sobre las políticas y problemas de salud, constituye una estrategia importante para asegurar la aplicación del componente de las ERP dedicado al sector de la salud.

**PROCEDIMIENTOS PARLAMENTARIOS Y OTROS INSTRUMENTOS POLÍTICOS**

Dependiendo de la complejidad o naturaleza

<sup>104</sup> <http://hdr.undp.org>.

del régimen parlamentario de cada país, pueden existir dentro de los sistemas nacionales de gobierno diferentes instrumentos de vigilancia y rendición de cuentas. En los sistemas democráticos pluripartidistas, los parlamentos contarán, en muchos casos, con distintos mecanismos como, comités interpartidos — a los que se pueda encomendar la realización de exámenes imparciales de las actividades estatales que garanticen que éstas se realicen en consonancia con los compromisos pertinentes. Cuando se le permite participar con voz en las sesiones de las comisiones parlamentarias, y demás mecanismos de vigilancia, los grupos de personas excluidas pueden contribuir notablemente a garantizar la realización de los derechos socioeconómicos recogidos en la Constitución.<sup>105</sup>

Existen asimismo otros modos de fortalecer el control parlamentario en lo tocante a la ejecución de las políticas de salud y afines, como: encomendar a centros de investigación o universidades la realización de estudios y auditorías; asegurar que las ONG puedan acceder a todos los documentos de política públicos pertinentes; alentar la existencia y el funcionamiento de las ONG, reduciendo las trabas burocráticas para el reconocimiento legal de las ONG o prestando apoyo financiero; permitir la cobertura de los medios de comunicación de cuestiones relacionadas con el desempeño de las instancias guber-

namentales y fomentar la sensibilización a través de los medios de comunicación sobre asuntos que guardan relación con el sector de la salud; pedir a instituciones independientes que realicen estudios centrados en el presupuesto y las actividades del poder ejecutivo.<sup>106</sup>

## JUDICIAL

Para asegurar la plena rendición de cuentas, es necesario contar con mecanismos de amparo para las violaciones de derechos humanos. Durante años, han sido los tribunales nacionales los que han ejercido esa función. Sólo en fecha reciente, se ha empezado recurrir específicamente a la vía contenciosa en relación con la violación de derechos económicos y sociales. El carácter colectivo de estos derechos, junto con las repercusiones presupuestarias asociadas a las políticas socioeconómicas, ha hecho que invocar procedimientos contenciosos contra estas violaciones sea más difícil que emprender acciones de defensa de los derechos civiles y políticos. En general, los procedimientos contenciosos son complejos y costosos y están fuera del alcance de las personas pobres. Existen entidades paralegales y centros de asesoramiento jurídico que pueden facilitar el acceso a los sistemas procesales. Pero los tribunales a menudo pecan de ineficiencia y corrupción, desconocimiento de la realidad en la que viven las personas pobres y muestran una actitud prejuiciosa hacia los grupos marginados, incluidas las mujeres.

<sup>105</sup> *Programming for justice: access for all. A practitioner's guide to a human rights-based approach to access to justice.* Bangkok, Asia-Pacific Rights and Justice Initiative, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2005 [www.undp.org](http://www.undp.org).

<sup>106</sup> *Ibid.*

<sup>107</sup> *Government of the Republic of South Africa and Others v Grootboom and Others*, 2000 (11) BCLR 1169 (CC) [www.communitylawcentre.org.za](http://www.communitylawcentre.org.za).

<sup>108</sup> Ncube W., ed. *Law, culture, tradition and children's rights in Eastern and Southern Africa.* Brookfield, V.T., Aldershot, 1998.

<sup>109</sup> *Minister of Health v Treatment Action Campaign.* Bellville, South Africa, Community Law Centre, University of Western Cape, 2002, [www.communitylawcentre.org.za](http://www.communitylawcentre.org.za).

<sup>110</sup> *Viceconte, Mariela c. Estado Nacional (Ministerio de Salud y Ministerio de Economía de la Nación) s/ Acción de Amparo*, Federal Administrative Court of Appeals, June 2, 1998 [www.http://www.escr-net.org](http://www.escr-net.org)

### Sudáfrica: acción legal para garantizar obtener Nevirapina

*En diciembre de 2001, el Tribunal Superior de Pretoria se encargó de dictar sentencia en el caso que enfrentaba al Ministerio de Salud de Sudáfrica contra Treatment Action Campaign, una organización de la sociedad civil para la defensa de los derechos de las personas con VIH y SIDA. El caso involucró el cumplimiento del derecho a acceder a la atención a la salud y la obligación del Estado de asegurar la disponibilidad de nevirapina para las mujeres embarazadas VIH-positivas con el fin de prevenir la transmisión del virus de la madre al hijo. En aquella época, el Gobierno sólo suministraba nevirapina a 18 centros incluidos en un estudio piloto. El tribunal dictaminó que el Estado debía garantizar la disponibilidad inmediata de nevirapina para las mujeres embarazadas con VIH que dan a luz en centros de salud públicos, y también a los recién nacidos, siempre que esté médicamente indicado. El tribunal ordenó asimismo al Gobierno que elaborara y aplicara, de un modo razonable, un programa nacional eficaz para la reducción de la transmisión de la madre al niño, que incluyese medidas como la administración de nevirapina y otros medicamentos apropiados, la prestación de servicios de asesoramiento y pruebas y el suministro de leche en polvo para bebés. Este fallo judicial fue confirmado por el Tribunal Constitucional en 2002. A raíz de todo ello, el Gobierno sudafricano adoptó un programa integral de lucha contra la transmisión maternoinfantil del VIH/SIDA.<sup>109</sup>*

Sin embargo, cuando las organizaciones de la sociedad civil pueden emprender acciones legales en nombre de las personas excluidas, los procedimientos contenciosos a veces sirven de lanzadera para una acción social y política de más amplio alcance. Como referencia los casos Sudafricanos Grootboom<sup>107</sup> y el caso de la organización *Treatment Action Campaign* (descrito más abajo), han demostrado que los derechos sociales y económicos son procesables, y los jueces pueden emitir fallos basados en las políticas pertinentes. En el segundo caso aquí mencionado, al igual que en muchos otros, la acción contenciosa ha contribuido a asegurar que los gobiernos cumplan las obligaciones de sus respectivas constituciones y de los tratados internacionales por ellos suscritos, al tiempo que ha permitido reivindicar los derechos de las personas excluidas.

En muchos países incluyendo aquellos que acaban de atravesar situaciones de conflicto, las disputas de ámbito local son resueltas por tribunales tradicionales o cortes informales, con arreglo al derecho consuetudinario. Si bien estos organismos suelen ser más accesibles para las personas pobres que el sistema judicial formal, no se puede suponer que tales procedimientos obran en apoyo de los derechos de todas las personas y son no discriminatorios. Las mujeres y los niños pueden encontrarse en una desventaja particular en sistemas judiciales tradicionales o basados en el derecho consuetudinario en lo referente a cuestiones como las herencias, la propiedad, los matrimonios prematuros y la violencia contra la mujer.<sup>108</sup> Programas de acceso a la justicia centran su labor en estos procesos para promover el conocimiento y adhesión a las normas y principios de derechos humanos.

### VACUNA ARGENTINA CONTRA LA FIEBRE HEMORRÁGICA

La fiebre hemorrágica ha pasado a tener carácter endémico en la zona de La Pampa. La mejor forma de combatir esta enfermedad consiste en administrar una vacuna que ha demostrado ser sumamente eficaz. Sin embargo, la producción de esta vacuna al parecer no resulta rentable para los laboratorios privados, por lo que se ha vuelto difícil de obtener. El Centro de

Estudios Legales y Sociales presentó una demanda judicial, basada en el derecho a la salud, que finalmente ganó. El tribunal remitiéndose a las obligaciones constitucionales y a obligaciones impuestas por ley internacional de derechos humanos sentenció que cuando, por motivos económicos o sociales, las instituciones privadas no atienden las necesidades de

salud de un segmento de la población, el Estado deberá arbitrar los recursos necesarios para cubrirlas. El tribunal estableció asimismo un calendario por el cual el Estado tenía que proceder para supervisar el cumplimiento de los plazos. El Centro de Estudios Legales y Sociales sigue ejerciendo presión sobre el Gobierno para lograr avances en este terreno.<sup>110</sup>

### **India: acción legal contra la discriminación**

*La Unidad VIH/SIDA del Colectivo de Abogados está específicamente encargada de atender las necesidades legales de las personas afectadas por el VIH/SIDA. Esta entidad presentó, por ejemplo, una demanda judicial al Tribunal Superior de Bombay en nombre de una persona que fue despedida de una corporación del sector público por ser seropositiva al VIH. El Tribunal Superior falló en favor del demandante y dictaminó que la persona afectada debía ser contratada nuevamente y percibir una indemnización por el periodo durante el cual se le impidió ocupar su puesto de trabajo.<sup>111</sup>*

### **Brasil: relator nacional sobre el derecho a la salud**

*En octubre de 2002, Brasil nombró seis relatores nacionales encargados de supervisar los derechos, económicos, sociales y culturales incluyendo el derecho a la salud. Escogidos por un consejo integrado por representantes de ONG y agencias de las Naciones Unidas y por funcionarios del Estado, los relatores tienen la obligación de recibir denuncias, investigar violaciones y elaborar informes anuales. Asimismo, están facultados para recomendar cambios en políticas o leyes. Los candidatos son elegidos atendiendo a su experiencia profesional y su compromiso demostrado en la defensa de los principios de derechos humanos, como la equidad o la no discriminación.<sup>113</sup>*

### *Instituciones nacionales de derechos humanos*

Las instituciones nacionales de derechos humanos son órganos cuasijudiciales u organismos de derecho público cuyo mandato general incluye el examen de las demandas relacionadas con casos de violación de los derechos humanos, la promoción de la educación en materia de derechos humanos y la revisión de posibles legislaciones. La mayoría de casi 100 instituciones nacionales de derechos humanos actualmente establecidas en las todas partes del mundo pueden agruparse en dos categorías generales: las «comisiones de derechos humanos» y los «defensores». Algunas instituciones nacionales «especializadas» se encargan de proteger los derechos de grupos poblacionales específicos, como minorías étnicas y lingüísticas, poblaciones indígenas, niños, refugiados o mujeres.

Los Principios de París, adoptados por la Asamblea General en su resolución 48/134, del 20 de diciembre de 1993<sup>112</sup>, ofrecen una valiosa orientación sobre la función, la composición, la condición y las funciones de las instituciones nacionales de defensa de los derechos humanos (véase también la sección 3). La eficiencia de estas instituciones nacionales de derechos humanos viene condicionada por su mandato, los recursos y sus vínculos con la sociedad civil y el Gobierno. La Comisión de Derechos Humanos de Sudáfrica, por ejemplo, ayuda a supervisar el cumplimiento de los derechos socioeconómicos a nivel nacional a través de un sistema basado en un Protocolo

de Derechos Económicos y Sociales que incluye la elaboración de encuestas periódicas destinadas a las autoridades estatales encargadas de evaluar la observancia de las obligaciones constitucionales y obligaciones internacionales relacionadas con los derechos humanos.

### *Presentación de informes sobre derechos humanos internacionales*

Existen siete órganos encargados de supervisar la aplicación de los principales tratados internacionales de derechos humanos que contienen disposiciones relativas al derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con el sector salud. Estos órganos, integrados por expertos independientes, examinan los informes que los Estados tienen que presentar periódicamente para describir los avances logrados. También pueden recibir informes de otras fuentes, como ONG o agencias de las Naciones Unidas, y algunos de ellos están facultados para atender denuncias de personas que tienen motivos para creer que se han violado sus derechos. Los informes de los órganos encargados de la supervisión de los tratados pueden aumentar la conciencia sobre la situación de los derechos humanos en un determinado país y ejercer presión para lograr la modificación de prácticas o políticas cuando sea necesario.

<sup>111</sup> *HIV/AIDS and human rights in a nutshell*, op. cit.

<sup>112</sup> UN General Assembly Res.48/134, 1993. [www.un.org/](http://www.un.org/)

<sup>113</sup> <http://www.gajop.org.br> (consultado el 11 de septiembre de 2007).

# SECCIÓN 5

## Instrumentos de derechos humanos, resoluciones y declaraciones internacionales, documentos útiles y organizaciones

La primera parte de esta sección, describe un esquema sobre evolución de las actividades de promoción del derecho a la salud y de lucha contra la pobreza en el contexto del desarrollo. La segunda parte enumera los principales recursos clave relativos al derecho a la salud y documentos para profundizar en el tema de la salud, la pobreza y los derechos humanos. Todos los documentos mencionados dentro la visión general están citados en las listas de recursos.

### **5.1 Evolución del derecho a la salud y de la lucha contra la pobreza en el contexto de la asistencia al desarrollo**

Hace ya muchos años que el derecho al goce del grado máximo de salud se reconoce como un derecho humano fundamental. En 1948 quedó consagrado en el preámbulo de la Constitución de la OMS, y en 1978 se reafirmó en la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud. La definición más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el artículo 12 del PIDESC.

#### **Constitución de la Organización Mundial de la Salud**

Preámbulo:

*«El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos funda-*

*mentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.»*

Las campañas encabezadas por la sociedad civil, en lo referente a cuestiones relacionadas con la salud reproductiva y sexual y el VIH/SIDA, han contribuido a abrir vías de debate sobre la interpretación y aplicación del derecho a la salud. Gracias a ello, y también al creciente interés, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados, por el empleo de marcos basados en los derechos, y a la labor de investigación y promoción llevada a cabo por diversas instituciones académicas y organismos de las Naciones Unidas, los derechos humanos han pasado a ocupar un lugar consolidado en los programas de desarrollo interna-

cionales. Esto se refleja en el énfasis que hacen en los derechos reproductivos y los derechos humanos de la mujer los informes de la CIPD celebrada en 1994 en El Cairo<sup>114</sup> y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, que tuvo lugar en Beijing en 1995,<sup>115</sup> así como en la publicación de las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos.<sup>116</sup>

En el 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó la Observación general N° 14, que describe en detalle la sustancia normativa del derecho a la salud, las obligaciones asociadas a él y las medidas requeridas para su cumplimiento.<sup>117</sup> Dos años después, la Comisión de Derechos Humanos nombró a un Relator Especial para centrar la atención sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Dentro de sus actividades en curso, el Relator Especial sigue estudiando este derecho humano fundamental y esforzándose por lograr una mayor concienciación en esta esfera. Al mismo tiempo, un grupo de profesionales de la salud ha examinado, en colaboración con especialistas en derechos humanos, la importancia operativa de la relación entre salud y derechos humanos, llegando a la conclusión de que éstos pueden contribuir sobremedida a la mejora de los resultados en materia de salud. En 2002 la OMS publicó el folleto *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, que ofrece una introducción accesible al asunto aquí examinado.<sup>118</sup>

Hace ya algún tiempo que se reconoce la vinculación entre la pobreza y la mala salud, como refleja claramente la importancia otorgada a la salud dentro de los ODM. Sin embargo, sólo en fecha reciente se han empezado a lograr avances en los esfuerzos destinados a estudiar el papel crucial que la buena salud puede desempeñar en el campo del crecimiento y del desarrollo macroeconómico. Un claro documento de referencia sobre esta cuestión es la publicación conjunta de la OCDE y la OMS titulada *Pobreza y salud*,<sup>119</sup> que incluye además un conjunto de recomendaciones de política de gran utilidad. En 2001, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud publicó un informe titulado *Invertir en salud en pro del desarrollo económico*,<sup>120</sup> que ofrece un análisis riguroso del potencial de la salud dentro del desarrollo económico mundial.

Los especialistas en desarrollo, en particular los que trabajan para el PNUD y el UNICEF, así como numerosas organizaciones de la sociedad civil, vienen colaborando desde hace ya tiempo con sus colegas en el campo de los derechos humanos para examinar los vínculos entre pobreza y derechos humanos. Cada vez más organizaciones de la sociedad civil, como el movimiento que encabeza la Campaña Mundial por el Derecho a la salud y el Derecho a la atención de Salud,<sup>121</sup> formulan ahora sus preocupaciones en relación con la salud y la pobreza en términos de derechos humanos. Su labor demuestra cómo se pueden utilizar los derechos humanos para el empoderamiento de las personas y comunidades

<sup>114</sup> Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (Egipto), op. cit.

<sup>115</sup> Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, documentos de las Naciones Unidas A/CONF.177/20 y Add.1.

<sup>116</sup> Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2006 <http://www.ohchr.org>.

<sup>117</sup> Observación general N° 14 (2000), op. cit. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), Ginebra, Naciones Unidas, 2000 (E/C.12/2000/4).

<sup>118</sup> Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos, op. cit.

<sup>119</sup> Pobreza y salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2003 (directrices del CAD y documentos de referencia). <http://www.who.int>.

<sup>120</sup> Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 <http://www.who.int>.

<sup>121</sup> [www.phmovement.org](http://www.phmovement.org).

marginadas y para propiciar un cambio de política en favor de los pobres.

En 2001 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas mostró interés en un entendimiento sobre cómo hacer influir los principios de derechos en la formulación de las políticas de desarrollo, en particular las ERP. En respuesta a ello, el ACNUDH articuló el enfoque aquí descrito en tres documentos clave — *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual*,<sup>122</sup> *Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza*<sup>123</sup> y *Claiming the MDGs: a human rights approach*<sup>124</sup> —, que conjuntamente ofrecen a los especialistas en este campo orientación concreta sobre el enfoque general aplicable para la utilización de las normas y principios de derechos humanos en las ERP. La OMS se ha propuesto ahora avanzar un paso más y estudiar qué ocurre cuando ese enfoque se aplica, de forma práctica, a la salud.

<sup>122</sup> *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004 <http://www.ohchr.org>.

<sup>123</sup> *Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006 <http://www.ohchr.org>.

<sup>124</sup> *Claiming the MDGs: a human rights approach*. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (publicación prevista en 2008) <http://www.ohchr.org>.

## 5.2 Principales documentos de referencia y organizaciones relacionados con el derecho a la salud y la lucha contra la pobreza

### *Instrumentos internacionales de derechos humanos pertinentes*

A continuación figura una selección de los principales instrumentos internacionales de derechos humanos que atañen al derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) <http://www.ohchr.org>
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965) <http://www.ohchr.org>
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) <http://www.ohchr.org>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) <http://www.ohchr.org>

- Declaración sobre el derecho al desarrollo (1986)  
<http://www.ohchr.org>
- Convención sobre los derechos del niño (1989)  
<http://www.ohchr.org>
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)  
<http://www.ohchr.org>
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad  
<http://www.ohchr.org>

★ *Para una lista más completa de instrumentos internacionales de derechos humanos, véanse los sitios <http://www.ohchr.org/SP/> y [www.who.int/hhr/readings/en](http://www.who.int/hhr/readings/en)*

#### ***Textos y resoluciones pertinentes de la OMS***

- Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948)  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978)  
<http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>

#### ***Algunos ejemplos de documentos pertinentes de conferencias de las Naciones Unidas***

- Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)  
<http://www.ohchr.org>
- Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995 y 2000)  
[www.un.org/esa/socdev/wssd/agreements/](http://www.un.org/esa/socdev/wssd/agreements/)
- Declaración del Milenio. Resolución 55/2 aprobada el 8 de septiembre de 2000 por la Asamblea General de las Naciones Unidas  
<http://www.ohchr.org>
- La salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio  
<http://www.who.int/mdg/goals/es/index.html>
- Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2001. Resolución S-26/2, de 27 de junio de 2001  
<http://www.ohchr.org>
- Consenso de Monterrey de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, Monterrey (México), 18 a 22 de marzo de 2002 (A/CONF.198/11)

- Declaración de Johannesburgo sobre el Desarrollo Sostenible y Plan de aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (2002)  
<http://www.un.org/spanish/>

#### **Documentos pertinentes de la OMC**

- Declaración ministerial adoptada en el cuarto periodo de sesiones de la Conferencia Ministerial celebrada en Doha del 9 al 14 de noviembre de 2001 (WT/MIN(01)/DEC/1, 20 de noviembre de 2001)  
<http://www.wto.org>
- Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), firmado en Marrakech (Marruecos) el 15 de abril de 1994  
<http://www.wto.org>
- Instrumentos regionales de derechos humanos
- Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)  
<http://www.corteidh.or.cr>
- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)  
<http://www.achpr.org>
- Convenio Europeo de Derechos Humanos (1950)  
<http://www.coe.int>

#### **Otros documentos de referencia y lecturas recomendadas**

- Asher, Judith. *El Derecho a la Salud: Manual de Recursos para las ONG*, 2004  
<http://www.huridocs.org/tools/monitoring/tools/rthealthspa.pdf>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). (E/C.12/2000/4), 11 de agosto de 2000, párrafos 18-29  
[http://shr.aaas.org/Right\\_to\\_Health\\_Manual/index.shtml](http://shr.aaas.org/Right_to_Health_Manual/index.shtml)
- Jonsson, Urban. *Human rights approach to development programming*. Oficina Regional para África Oriental y Meridional. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2003  
[www.unicef.org/rightsresults/files/HRB-DP\\_Urban\\_Jonsson\\_April\\_2003.pdf](http://www.unicef.org/rightsresults/files/HRB-DP_Urban_Jonsson_April_2003.pdf)
- *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Versión consolidada de 2006. Ginebra, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA  
<http://www.ohchr.org>

- Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545507\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9243545507_spa.pdf)
- *Pobreza y salud*. Directrices del CAD y documentos de referencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud/París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2003 <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562366.pdf>
- Los Derechos humanos y la reducción de pobreza: Un Marco conceptual. Oficina del Comisionado de las Naciones Unidas, 2004 (HR/PUB/04/1) <http://www.unhcr.ch/development/poverty.html>
- Elson, Diane y Norton, Andy. *What's behind the budget? Politics, rights and accountability in the budget process*. Overseas Development Institute, 2002 [www.odi.org.uk/pppg/publications/books/budget.html](http://www.odi.org.uk/pppg/publications/books/budget.html)
- *Poverty reduction and human rights: a practice note*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, junio de 2003 [www.undp.org/governance/docs/HRPN\\_\(poverty\)En.pdf](http://www.undp.org/governance/docs/HRPN_(poverty)En.pdf)
- *Reivindicar los objetivos de desarrollo del Milenio: un enfoque de derechos humanos*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2008 <http://www.ohchr.org/EN/PublicationsResources/Pages/SpecialIssues.aspx>
- *Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2002 <http://www.ohchr.org>
- *Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: un marco conceptual*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004 <http://www.ohchr.org>
- Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. *The highly indebted poor countries (HIPC) initiative: a human rights assessment of the poverty reduction strategy papers (PRSP)*. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 18 de enero de 2001 (E/CN.4/2001/56)
- *Informe sobre desarrollo humano 2000*. Derechos humanos y desarrollo humano. Nueva York, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000 <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/chapters/spanish/>

- Klugman J., ed. *A sourcebook for poverty reduction strategies*. Washington D.C., Banco Mundial, 2002  
<http://www.worldbank.org/>
  - *PRSPs: their significance for health: second synthesis report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1) [www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf](http://www.who.int/hdp/en/prspsig.pdf)
  - Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud  
<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/>
    - **Nº 1** *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, julio de 2002  
<http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf>
    - **Nº 2** *Salud y ausencia de discriminación*, agosto de 2001  
<http://www.who.int/hhr/activities/en/Health%20and%20Freedom%20from%20Discrimination%20Spanish.pdf>
    - **Nº 3** *The right to water*, 2003  
  
[www.who.int/docstore/water\\_sanitation\\_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf](http://www.who.int/docstore/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.pdf)
    - **Nº 4** *Migración Internacional, Salud y Derechos Humanos*, diciembre de 2003  
[http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr\\_HHR-Spanish%20edition.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/2005%20PRT%2016325%20ADD%201%20Migr_HHR-Spanish%20edition.pdf)
  - *Health & human rights. Fact Sheet Series*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007  
<http://www.who.int/hhr/activities/factsheets/en/index.html>
- Selección de organizaciones que se ocupan de los derechos humanos, la salud y la reducción de la pobreza**
- Banco Mundial  
<http://www.bancomundial.org>
  - CARE  
[www.careinternational.org.uk](http://www.careinternational.org.uk)
  - Center for Economic and Social Rights  
[www.cesr.org](http://www.cesr.org)
  - Commonwealth Medical Trust  
[www.commat.org](http://www.commat.org)
  - Consejo Internacional para el Estudio de los Derechos Humanos  
[www.ichrp.org/es](http://www.ichrp.org/es)
  - Fundar  
[www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)
  - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos  
[www.ohchr.org/sp](http://www.ohchr.org/sp)
  - Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Oficina Regional para Asia Sudoriental  
[www.un.or.th/ohchr](http://www.un.or.th/ohchr)
  - Organización Mundial de la Salud  
[www.who.int/es](http://www.who.int/es); [www.who.int/hdp/en/](http://www.who.int/hdp/en/); [www.who.int/hhr/en](http://www.who.int/hhr/en)
  - Oxfam International  
[www.oxfam.org/es](http://www.oxfam.org/es)

- PNUD  
[www.undp.org/spanish](http://www.undp.org/spanish)
- Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales  
[http://www.escr-net.org/index.htm?attribLang\\_id=13441](http://www.escr-net.org/index.htm?attribLang_id=13441)
- Save the Children  
[www.savethechildren.org.uk](http://www.savethechildren.org.uk)
- UNICEF  
[www.unicef.org/spanish](http://www.unicef.org/spanish)
- Wemos Foundation  
[www.wemos.nl](http://www.wemos.nl)



La pobreza y la enfermedad están entrelazadas con la falta de poder, la marginalización y la exclusión. Hoy en día el mayor reto para enfrentar la pobreza es debilitar la falta de poder y aumentar las aptitudes de mujeres y hombres de manera tal que puedan tomar más control de sus vidas. En este contexto, la pobreza se entiende cada vez más como la falta de poder para gozar de una amplia gama de derechos humanos –civiles, culturales, económicos, políticos y sociales. La salud constituye un derecho humano fundamental, particularmente relevante en la reducción de la pobreza. Un cuerpo sano permite a los adultos trabajar y a los niños aprender, ingredientes clave para que los individuos y las comunidades se levanten de la pobreza.

La tarea de enfrentar a la pobreza, la salud y los derechos humanos no puede ser llevada a cabo por una sola institución global y requiere una acción rigurosa interdisciplinaria y coordinada. Es por eso que la OMS y el ACNUDH han trabajado junto a un rango de interesados para desarrollar esta guía. Se pretende que sea una herramienta para el diseño, implementación y seguimiento de una estrategia para la reducción de la pobreza que siga una aproximación basada en los derechos humanos. Contiene una guía práctica y sugerencias así como ejemplos de buenas prácticas tomados alrededor del mundo.

#### SERIES DE PUBLICACIONES SOBRE SALUD & DERECHOS HUMANOS NO.5

Para más información por favor contactar:  
Consejero en Salud y Derechos Humanos  
Departamento de Ética, Equidad, Justicia y Derechos Humanos  
Información, Evidencia e Investigación (IEI/ETH)  
Organización Mundial de la Salud  
20 Avenue Appia, CH 1211, Ginebra 27  
Suiza  
Tel. 41 (22) 791 2523  
Sitio web sobre Salud & Derechos Humanos: [www.who.int/hhr](http://www.who.int/hhr)

Oficina de las Naciones Unidas  
Alto Comisionado para Los Derechos Humanos  
Palacio de las Naciones  
8-14 avenue de la Paix  
CH 1211, Ginebra 10  
Suiza  
Sitio web: [www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

