

EVALUACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD A NIVEL PAÍS

Una Guía del Movimiento por la Salud de los Pueblos

Octubre 2006

Agradecimientos

El MSP reconoce con gratitud a la ONG holandesa **HOM** (Humanist Committee on Human Rights, www.hom.nl) - autores del Instrumento de Evaluación de los Derechos de Salud de la Mujer (**HeRWAI**) – en el cual se basa esta Guía del MSP. Su apertura y espíritu de solidaridad y colaboración son enormemente apreciados. Ellos merecen más de la mitad del reconocimiento de lo que se encuentra escrito de aquí en adelante.

Reconocemos la labor de los miembros del MSP que participaron en la traducción al Español:

Giovanni Apraez Ippolito - Colombia (giovanniapraez@yahoo.es)

Hugo Rengifo - Perú - (rengifohugo@hotmail.com)

Orlando Herrera Vázquez - México (orlando200@hotmail.com)

Otilia Pérez Sosa - México (oty_ps@yahoo.com.mx)

María Magdalena Herrera Vázquez - Coordinadora de la Traducción - México (magdaherrera22@gmail.com)

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. ¿QUIÉN PUEDE USAR ESTA GUÍA?	2
2. ANALIZANDO LA DENEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD.....	3
2.1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR DENEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD?	3
2.2. ¿CÓMO SE PUEDE EVALUAR LA DENEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD?.....	3
2.3. ¿QUÉ EVALÚAN LOS CINCO PASOS?.....	4
2.4. ANTES DE COMENZAR.....	7
3. LA GUÍA DE EVALUACIÓN.....	8
PASO I. ¿CUALES SON LOS COMPROMISOS DEL GOBIERNO?.....	8
PASO II. ¿SON APROPIADAS LAS POLÍTICAS DEL GOBIERNO PARA CUMPLIR CON ESTAS OBLIGACIONES?.....	10
PASO III. ¿EL SISTEMA DE SALUD DEL PAÍS ESTÁ IMPLEMENTANDO ADECUADAMENTE LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA REALIZAR EL DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD PARA TODOS?	14
PASO IV. ¿ EL NIVEL DE SALUD DE LOS DIFERENTES GRUPOS SOCIALES Y DE LA POBLACIÓN COMO UN TODO, REFLEJAN UNA PROGRESIÓN DE SU DERECHO A LA SALUD Y A LA ATENCIÓN DE SALUD?	17
PASO V. ¿QUÉ SIGNIFICA EN LA PRÁCTICA LA DENEGACIÓN O FALTA DE CUMPLIMIENTO PLENO DEL DERECHO A LA SALUD EN SU PAÍS?.....	19
4. ¿QUÉ SE NECESITA PARA ENFRENTAR LOS ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA DENEGACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN EL PAÍS?.....	22
4.1. DESARROLLANDO RECOMENDACIONES POLÍTICAS.....	22
4.2. PREGUNTAS A RESPONDER DURANTE LA PREPARACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	24
5. COMENTARIOS FINALES E INFORMACIÓN DE CONTACTO	26
ANEXO I. CONCEPTOS Y DEFINICIONES	27
ANEXO II. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS HUMANOS?.....	30
ANEXO III. FUENTES Y RECURSOS	32
ANEXO IV - GLOSARIO	36
ANEXO V. LISTA DE ABREVIATURAS.....	46

1. Introducción

La Campaña por el **Derecho a la Salud** y a la Atención de Salud (Campaña DAS) del Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP), está diseñada para atraer la atención nacional e internacional a cómo puede implementarse el derecho a la salud y a la atención de salud a nivel mundial con una transferencia relativamente pequeña de recursos. El uso de esta Guía para evaluar el estado de este derecho en cada país, puede ser el primer paso de la Campaña.

[Nota: Las frases y palabras remarcadas con negrita están definidas en el Glosario del Anexo IV].

La Campaña DAS se centra en el derecho a la atención de salud porque el MSP ha sido líder en la promoción de la estrategia de **Atención Primaria de Salud** como la mejor estrategia para lograr la salud para todos. Sin embargo, cada país que participa en la Campaña podría también abordar muchos otros asuntos de salud usando el marco que ofrece esta Guía. La Campaña DAS denunciará cualquiera de las violaciones documentadas del derecho a la salud, incluyendo aquéllas relacionadas a los **determinantes sociales de la salud**. Una vez que la evaluación del país esté terminada, puede emplearse de diferentes formas dependiendo de la situación del país, además de seguir el proceso de la Campaña DAS propuesta (ver <http://www.phmovement.org>).

El enfoque principal de esta evaluación es sobre las responsabilidades del **gobierno**. La respuesta a una serie de cinco preguntas principales puede demostrar cómo el gobierno está cumpliendo (o no está cumpliendo) sus compromisos para fomentar el bienestar de la población. Después, se desarrollarán demandas **políticas** que serán presentadas en los niveles nacional e internacional durante las últimas etapas de la Campaña. También puede elegirse evaluar actores no estatales (tales como corporaciones u organizaciones no gubernamentales) que puedan ser responsables por su rol en las violaciones del derecho a la salud. En ese sentido, esta Guía de evaluación y la Campaña DAS dan la oportunidad a los demandantes y actores de la sociedad civil de trabajar juntos en el reto que representa la explotación privada del sector salud.

1.1. ¿Quién puede usar esta Guía?

Esta herramienta de evaluación está diseñada para los círculos nacionales del MSP, **ONG's**, organizaciones de salud y organizaciones de **derechos humanos** que estarán participando en la Campaña del MSP. El proceso de evaluación debe usarse para atraer a muchas personas de los diversos grupos de la Campaña DAS. Su propósito es obtener un diagnóstico del país sobre cómo el derecho a la salud y a la atención de salud está siendo apoyada por las poblaciones pobres y marginadas. Los resultados serán usados en los cabildos con el gobierno para ejercer acciones correctivas. Para MSP, el propósito es obtener una perspectiva general del estado del derecho a la salud y a la atención de salud, por lo menos en cuarenta países en cinco continentes. Esta información también servirá para generar apoyo a nivel internacional y para que la OMS abogue más activamente por los derechos de salud de los más necesitados.

2. Analizando la denegación del derecho a la salud y a la atención de salud.

2.1. ¿Qué se entiende por denegación del Derecho a la Salud?

Existen **convenios internacionales** y **documentos de consenso** que decretan el **Derecho a la Salud** para todos. Los **gobiernos** de muchos países se han comprometido en diversos grados, a implementar el Derecho a la Salud, incluyendo el derecho a la salud y a la atención de salud, firmando algunos de estos convenios. Muchas constituciones nacionales también reconocen el Derecho a la Salud y mencionan la obligación del Estado de proveer atención de salud y servicios de salud pública.

La falta de cumplimiento de estas **obligaciones de Estado** podría considerarse una denegación del derecho a la salud. Para demostrar esta denegación, esencialmente deben hacerse dos cosas:

1. Examinar en detalle las obligaciones del gobierno relativas al Derecho a la Salud a nivel nacional¹.
2. Examinar si todas estas obligaciones están siendo llevadas a cabo y si no, determinar qué características tiene este rechazo en el país.

Con base en este análisis, se pueden hacer recomendaciones para reformas que conduzcan a una mejor implementación de los derechos de salud de las personas.

2.2. ¿Cómo se puede evaluar la denegación del derecho a la salud?

Siguiendo esta guía de evaluación, podrá emprenderse un proceso de cinco pasos para documentar muchos aspectos de la denegación del **Derecho a la Salud** en el país. Además se estarán proponiendo diversas formas de mejorar la garantía de este derecho para todos.

Las cinco preguntas clave de esta evaluación son:

- I. ¿Cuáles son los compromisos del **gobierno**?
- II. ¿Son apropiadas las políticas del gobierno para cumplir estas **obligaciones**?
- III. ¿El sistema de salud del país está implementando intervenciones de manera adecuada para garantizar el derecho a la salud y a la atención de salud para todos?
- IV. ¿El estado de **salud** de los diferentes grupos sociales y de la población como un todo refleja una progresión en su derecho a la salud y a la atención de salud?
- V. ¿Qué significa en la práctica la denegación o el cumplimiento del Derecho a la Salud en el país?

Estas preguntas orientan los cinco pasos que se sugiere seguir al aplicar esta guía.

¹ En caso de que el gobierno no haya firmado un convenio o tratado importante, todavía pueden evaluarse las obligaciones del gobierno en comparación con las normas internacionales más aceptadas.

2.3. ¿Qué evalúan los cinco pasos?

PASO I. ¿Cuáles son los compromisos del gobierno?

Los compromisos del **gobierno** son los criterios que pueden sustentarse para responsabilizar al gobierno. Solo si el gobierno hizo un compromiso bajo leyes nacionales o internacionales se le puede considerar legalmente responsable del impacto de sus políticas sobre el Derecho a la Salud.

Se registrarán los compromisos importantes hechos por el gobierno, relacionados al derecho a la salud y a la atención de salud basados en la firma de convenios internacionales. También se examinarán las cláusulas de la constitución, las leyes nacionales y las agendas de **políticas**. También se anotará el hecho de que el gobierno no haya firmado un convenio particular.

El derecho a la salud y a la atención de salud está estrechamente relacionado y depende de la garantía de otros **derechos humanos**. Otros derechos afectados son los derechos a la vida, al alimento, a la vivienda, a la privacidad, al trabajo, al acceso a la información, a la educación, a la libre reunión y asociación, a la dignidad humana, a la igualdad de trato y a la no **discriminación**².

PASO II. ¿Son apropiadas las políticas del gobierno para cumplir estas obligaciones?

Se examinarán las políticas y programas importantes relacionados con la **salud** para determinar si son adecuados para cumplir los compromisos que el **gobierno** ha hecho sobre el derecho a la salud y a la atención de salud. Esto incluirá la revisión de distribuciones presupuestales en los niveles nacional y municipal. Debe darse especial atención a las tendencias en el tiempo (los últimos 5 a 10 años) para evaluar si las políticas de **salud** han sido cambiadas debido a “reformas” que podrían haber incrementado las **violaciones** a los derechos de salud³.

La influencia de numerosos factores económicos y políticos (por ejemplo el ajuste estructural) y el rol de agencias externas (como el Banco Mundial) deben ser analizados en relación a la evolución de las políticas de salud. Las decisiones del Banco Mundial pueden y tienen un impacto importante sobre los **derechos humanos**. También debe anotarse la fragmentación de la atención de salud en **programas verticales** nacionales a menudo promovidos por las diferentes agencias donadoras.

² Basado en: CIDESC Comentario General 14, párrafos 3 y 8.

³ Violación es un concepto que clarifica las formas en que el gobierno y otros actores fallan en garantizar los derechos de las personas. Las violaciones pueden ocurrir a través de una acción o una omisión. [Basado en CIDESC Comentario General 14, párrafos 48-49 y Lineamientos de Maastricht sobre las violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafos 14-15].

PASO III. ¿El sistema de salud del país está implementando intervenciones de manera adecuada para garantizar el derecho a la salud y a la atención de salud para todos?

Deberá observarse el funcionamiento de la estructura actual del sistema de salud en el país para evaluar:

- **Disponibilidad** de prestaciones de salud y camas de hospital per cápita (a nivel urbano y rural); disponibilidad de médicos, enfermeras y personal de salud especialmente en áreas rurales; disponibilidad de medicamentos, insumos médicos y otros parámetros que podrían agregarse.

- **Acceso** a programas de inmunización y atención perinatal, gasto promedio de atención de salud por hogar y otros buenos **indicadores** de acceso.

- **Aceptabilidad, asignación y responsabilidad (rendición de cuentas)** de los servicios de salud evaluando aspectos tales como descentralización, **participación** en la toma de decisiones, mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, suministro de información relevante y otros aspectos que se consideren pertinentes.

En una sección separada, se observará específicamente al **sector salud privado** -- particularmente los mecanismos para su regulación (si hubiera) -- y a la industria farmacéutica, incluyendo los mecanismos de control de precios.

Avanzando más allá de los promedios, se investigarán las **inequidades de atención a la salud**. Mediante la comparación de la **disponibilidad** y el **acceso** a la atención de salud para los segmentos más privilegiados y menos privilegiados de la sociedad, se evaluará el grado de la denegación a los sectores menos privilegiados de mejores condiciones de salud alcanzables con los recursos nacionales existentes. También se observará el suministro de atención de salud para grupos vulnerables y grupos con necesidades especiales -- aquellos con mayor probabilidad de que sean violados sus derechos de salud.

PASO IV. ¿El estado de salud de los diferentes grupos sociales y de la población como un todo refleja una progresión en su derecho a la salud y a la atención de salud?

Aquí, se examinará el último impacto del sistema de salud y cómo están siendo afrontados diversos **determinantes sociales de la salud**. Más específicamente, se revisarán índices importantes de salud y otros indicadores, que señalarán la extensión en la que está siendo respetado y cumplido el derecho a la salud y a la atención de salud en los diversos grupos sociales. Las inequidades de salud serán evaluadas comparando los indicadores del estado de salud de los más privilegiados con aquellos de los menos privilegiados.

La presentación de estudios de caso específicos puede proporcionar ejemplos de la vida real de cómo los individuos han sufrido una denegación de la atención de salud debido a las políticas existentes y/o a su ineficiente implementación (Opcional).

PASO V. ¿Qué significa en la práctica la denegación o el cumplimiento del Derecho a la Salud en el país?

El paso final es contrastar sistemáticamente las obligaciones señaladas en el Paso I con las realidades documentadas en los Pasos II, III y IV, y destacar brevemente las principales áreas de denegación de los derechos de salud en el país. Revisar las tendencias recientes ayudará a evaluar si el país está avanzando o retrocediendo en la garantía de este derecho. Podrá evaluarse también, si el gobierno está haciendo todo lo posible para garantizar el Derecho a la Salud y si sus esfuerzos son inadecuados o insuficientes a la luz de su capacidad existente⁴.

La falta de capacidad en sí misma no es justificación para que las políticas de **salud** sean malas o inexistentes. El gobierno puede tomar muchas medidas que no requieren de amplios recursos. Incluso en tiempos de severas limitaciones de recursos, el gobierno tiene que proteger a los grupos vulnerables a través de programas específicos⁵. Los gobiernos pueden (y si es necesario, deben) ampliar su capacidad de buscar asistencia internacional⁶. La falta de recursos es algunas veces, resultado de falta de priorización, cuando los gobiernos gastan grandes cantidades en asuntos distintos a la salud, tales como gastos militares, o cuando fallan en implementar políticas razonables para los impuestos.

⁴ Notar que podría haber una diferencia entre lo que el gobierno quiso alcanzar y el efecto que una política ha tenido en la práctica, por ejemplo, un efecto diferente al previsto o ningún efecto al final.

⁵ CIDESC Comentario General 14, párrafo 18.

⁶ CIDESC Artículo 2 y Comentario General 14, párrafo 38.

2.4. Antes de Comenzar

Se debe tener en mente lo siguiente, mientras se lleva a cabo la evaluación:

Tiempo: Una evaluación completa podría llevarse a cabo en uno o dos meses para obtener argumentos integrales del **cabildeo de derechos humanos**. La recolección de datos es la parte del proceso que lleva más tiempo. Los argumentos de cabildeo sólidos necesitan basarse en hechos y no toda la información requerida estará disponible inmediatamente.

Selectividad: Se necesita responder solamente las preguntas que se encuentren pertinentes para la propia evaluación. Las preguntas que tienen poca o nula importancia para la situación del país deben omitirse. También se puede ser selectivo al nivel de detalle, pero sólo si se espera que la información sea necesaria para el análisis o el cabildeo. En algunos puntos se pueden agregar preguntas específicas para la situación particular.

Preparación: Primero, leer los anexos completos para extraer información necesaria de fondo. Entonces, seguir los pasos sin contestar las preguntas para darse una idea de la información que necesitará recolectarse. También, comprobar si existen reportes sobre las implicaciones de derechos humanos en el sistema de salud que se puedan acumular. Debe diseñarse un plan de trabajo para ayudar a organizar el proceso a seguir.

Se necesitará involucrar a personas que estén dentro de la propia organización o que pertenezcan a otras organizaciones para apoyar la recolección de datos y discutir los hallazgos. Mientras más personas de diferentes sectores del país se impliquen, mayor credibilidad tendrá el reporte que se elabore. Muchas personas comprometidas en el proceso representan también mayor poder de cabildeo.

Buscando la información: Se puede encontrar información relevante para responder las preguntas de esta evaluación en: documentos y sitios web de **políticas gubernamentales**, sitios web de organizaciones de **derechos humanos** y organizaciones de **salud** (ver anexo III sobre fuentes y recursos), entrevistas con las personas involucradas y reportes tanto del gobierno como de **ONG's** a las instancias de las Naciones Unidas (NU).

Una nota final: El gobierno no puede ser culpado por cada problema de salud individual. Después de todo, el **Derecho a la Salud** no significa que las personas tengan el derecho a estar sanas. Sin embargo, se puede hacer responsable al gobierno por lo que haga o deje de hacer para prevenir y reducir los problemas de salud.

3. La Guía de Evaluación

El capítulo 3 resumió el propósito principal de cada paso. La siguiente sección da sugerencias para preguntas más específicas a responder o temas a considerar.

PASO I. ¿Cuales son los compromisos del gobierno?

Los tratados internacionales firmados por un **gobierno** y/o **ratificados** por su legislatura están tan legalmente vinculados como cualquier otra ley. Los compromisos que el gobierno ha hecho para ratificar los tratados de derechos humanos, a menudo requieren cambios en el nivel nacional. Por ejemplo, debe reconocerse el derecho a la salud y a la atención de salud en el sistema político y legal⁷. Debe abandonarse cualquier ley o medida que tenga un impacto discriminatorio. La inclusión de cláusulas de un **tratado** en la legislación nacional, hace más fácil que las personas reclamen sus derechos.

Buscar en el Anexo III referencias sobre tratados, documentos de consenso y otros acuerdos que el gobierno puede haber firmado.

PRINCIPALES ÁREAS A EVALUAR	TEMAS RELEVANTES A EXAMINAR
¿Qué acuerdos, tratados y documentos de consenso ratificado/firmado el gobierno?	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué tratados ha ratificado el país? <i>Primero deben considerarse los grandes tratados internacionales (CIDESC, CEDAW y CDN) y los tratados regionales.</i>• ¿El país ha expresado reservas o limitaciones sobre dichos acuerdos? <i>(Se puede encontrar información sobre tratados y ratificación en los sitios web del UNHCHR, www.ohchr.org/english/law/index.htm, y en la Biblioteca de Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota, www.umn.edu/humanrts/treaties.htm).</i>• ¿Qué documentos de consenso ha firmado el país? <i>. Por ejemplo: Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Plataforma de Beijing para la Acción, y Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) entre otros.</i>• También es necesario considerar otros acuerdos bilaterales o multilaterales que puedan influenciar las políticas. <i>Por ejemplo: acuerdos de libre comercio que permitan a las compañías internacionales competir con las industrias locales (por ejemplo los GATS), acuerdos con la Organización Mundial de Comercio (OMC), el Banco Mundial (DELP) u otras instituciones de financiamiento.</i>

⁷ CIDESC Comentario General 14, párrafos 34-36 y 60.

<p>Constitución Nacional, leyes y metas políticas.</p> <p>Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC) Artículo 12: <i>“Para el presente convenio, los Estados miembros reconocen el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental”.</i></p> <p>El Comentario General 14 del CIDESC especifica la conveniencia de tener una legislación nacional sobre el Derecho a la Salud: <i>“56. Los Estados deberían considerar la adopción de un marco legal para incorporar el Derecho a la Salud en su estrategia nacional. El marco legal debe establecer mecanismos nacionales para monitorear la implementación de estrategias nacionales de salud y planes de acción”.</i></p> <p>El Comentario General 14 también estipula: <i>“La obligación de cumplimiento requiere, entre otras cosas, que los Estados miembros, otorguen reconocimiento suficiente al Derecho a la Salud en los sistemas nacionales políticos y legislativos, preferentemente por la vía de la implementación legislativa”. “...y adoptar una política nacional de salud con un plan detallado para garantizar el Derecho a la Salud”.</i> <i>“Los Estados deben garantizar la provisión de la atención a la salud... incluyendo programas de inmunización contra enfermedades infecciosas mayores, y garantizar igual acceso para todos los determinantes de salud subyacentes, tales como seguridad alimentaria nutricional y agua potable para beber, higiene sanitaria básica y condiciones adecuadas de vivienda y de vida”.</i> <i>“La infraestructura en salud pública debe proveer servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el seguro de maternidad, particularmente en áreas rurales”.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿La Constitución o alguna ley relevante compromete al gobierno a suministrar servicios de salud para la población? • ¿Existen cláusulas constitucionales o legales específicas contra las cuáles se pueda evaluar el derecho a la salud y a la atención de salud? • ¿Hay documentos oficiales que reconozcan el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal? ¿Están dichos documentos, comprometidos de alguna manera con la “Salud para Todos”? ¿Hacen referencia a la Declaración de Alma Ata de 1978? • ¿Existen compromisos específicos relacionados a la salud de las mujeres y a la no discriminación de las mujeres? ¿Existen compromisos relacionados a la salud de los niños? ¿Existen compromisos para otros grupos vulnerables tales como personas discapacitadas, personas viviendo con SIDA, refugiados, migrantes, adolescentes, minorías étnicas, trabajadores sexuales femeninos y masculinos, mujeres y hombres encarcelados y personas con trastornos mentales? • ¿Hay documentos oficiales que hablen de la disponibilidad de medicamentos esenciales y de la necesidad de controlar los precios de los medicamentos? • ¿Las políticas han fijado objetivos en lo que respecta a la inversión en salud pública como porcentaje del PIB (Producto Interno Bruto)?⁸ • ¿Las Políticas exigen una distribución equitativa de recursos en todos los segmentos de la población (por ejemplo: urbano-rural, diferentes áreas geográficas, diferentes grupos étnicos)?
---	--

⁸ Por ejemplo:

- Los países deben elevar el nivel de recaudación fiscal al menos en el 20% de su PIB;
- El gasto en salud pública (incluyendo el financiamiento de gobierno y donadores) debe ser al menos el 5% del PIB;
- Los gastos del gobierno en salud deben ser al menos el 15% del total de los gastos del gobierno;
- Los pagos directos del bolsillo deben ser al menos el 20% del total de los gastos en atención de salud;
- Los gastos de los servicios de salud distritales (incluyendo servicios hospitalarios de primer nivel) deben ser, al menos el 50% del total de los gastos en salud pública - de los cuales la mitad (25% del total) deben invertirse en el primer nivel de atención a la salud;
- Los gastos de los servicios de salud distritales (incluyendo servicios hospitalarios de primer nivel) deben ser, al menos el 40% del total de los gastos públicos y privados en salud;
- La proporción de gastos totales de los servicios de salud distritales entre el más alto gasto distrital sobre el más bajo gasto distrital, no debe ser mayor de 1.5.

Estos indicadores complementarían la producción en el servicio y los indicadores de resultado tales como cobertura de inmunización, tasas de asistencia especializada, tasas de tratamiento completo de tuberculosis y tasas de mortalidad materna, perinatal e infantil. [Global Health Watch 2005-2006, p. 85].

Paso I Conclusión

Resumir las **obligaciones** actuales del gobierno en lo que respecta al **Derecho a la Salud** y a la Atención de Salud.

PASO II. ¿Son apropiadas las políticas del gobierno para cumplir con estas obligaciones?

Además de lo explicado en la Sección 2 sobre este paso, se debe considerar responder lo siguiente:

PRINCIPALES ÁREAS A EVALUAR	TEMAS RELEVANTES A EXAMINAR
<p>¿Cuáles son las principales políticas y programas que guían el sistema de salud en su País?</p>	<p>Lista de control:</p> <ul style="list-style-type: none">• Política de salud o Plan nacional a 5 años,• Política de salud reproductiva y/o política de planificación familiar,• Política de salud de las mujeres,• Políticas dirigidas a SIDA, tuberculosis, salud mental u otras condiciones,• Política de medicamentos (incluyendo o no) controles de precio para medicamentos esenciales,• Programas para proveer atención de salud a los pobres,• Otros. <p>Poner atención específica a lo que dicen las políticas y programas con respecto a:</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención Primaria de Salud;• Servicios para áreas lejanas;• Los trabajadores de salud rurales;• Descentralización;• Privatización. <p>¿Qué factores externos han influenciado estas políticas (por ejemplo: deuda, guerra, impacto del VIH/SIDA, otros)?</p> <p>¿Existen programas que ya estén dando prioridad a los grupos vulnerables para servicios de salud? ¿Cuáles son estos grupos y en qué forma son apoyados?</p>

<p>¿Quiénes participan o participaron en el desarrollo e implementación de las políticas y programas de salud?</p>	<p>¿Cuáles son las percepciones de los grupos afectados con respecto a los mayores problemas de salud y cómo relacionan las principales políticas de salud nacionales? ¿Han recibido dichos grupos, la información adecuada? <i>[Más que sólo hablar acerca de las personas, es una buena idea hablar con ellas y descubrir sus opiniones].</i></p> <p>Lista de control de participación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comités rurales/comunitarios, • Votación en elecciones y referendos (locales regionales y nacionales), • Asociaciones de pacientes y organizaciones de voluntarios, • Asociaciones Gobierno-ONG • Cualquier consulta para el desarrollo, monitoreo y evaluación de escenarios de políticas, • Comités representativos que monitoreen la implementación de servicios de salud, • Reportes orales y escritos para organizaciones internacionales y para conferencias nacionales e internacionales, • Organismos consultivos gubernamentales. <p>¿Dónde pueden las personas hacer un reclamo (mecanismos de corrección)? ¿Están siendo utilizados dichos mecanismos? ¿Estos mecanismos corrigen los problemas eficazmente?</p>
<p>¿Cuáles son los principales cambios en el sistema de salud que revisten mayor interés para los defensores de la salud pública?</p>	<p>Lista de control de áreas de interés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforma del Sector Salud (<i>¿Han involucrado las ‘reformas’ subsidios públicos reducidos o medidas de ‘costo-eficacia’ –basadas en prescripciones de políticas por instituciones internacionales – y han sido implementadas de alguna forma en el país?</i>). • Privatización (<i>¿Se han privatizado servicios de salud públicos? Si es así, estos deben ser enumerados y debe documentarse el impacto de esta privatización sobre el acceso a los servicios de salud</i>). • Participación en la toma de decisiones (<i>Entendido como la participación de los demandantes en todos los procesos de toma de decisiones relativos a la salud, así como también en el desarrollo, implementación y monitoreo de políticas, planes y estrategias</i>). • Pagos de los usuarios. • Desmantelamiento de programas de atención primaria de salud. • Programas nacionales verticales. • Control de la población y Planificación Familiar. • Salud de las mujeres y políticas de salud reproductiva. • Políticas farmacéuticas y de medicamentos. • Otras.

<p>¿Cuál es el presupuesto asignado a la salud? ¿Cómo es financiada la atención de salud?</p> <p>Un cambio en el presupuesto en salud causado por una modificación de las asignaciones dentro del presupuesto nacional total, indica un cambio de prioridad. Una disminución en el presupuesto total hace más difícil mejorar los derechos a la salud. Sin embargo, no libera al gobierno de su responsabilidad como mínimo, de proteger a los miembros 'vulnerables' de la sociedad.</p>	<p>¿Cuál es el gasto del gobierno en salud como porcentaje del PIB? ¿Cuál es el gasto total (público y privado) per cápita de atención a la salud? (Ver nota de pie de página 9).</p> <p>¿Cuál es el porcentaje de gasto gubernamental como proporción del gasto total de atención a la salud? ¿Este porcentaje ha estado cayendo? ¿El sistema de atención a la salud funciona para transferir dinero de los contribuyentes y pacientes a las empresas privadas?</p> <p>¿Cuál es el gasto gubernamental per cápita en áreas rurales comparado con áreas urbanas? (En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud estimó que \$60 dólares anuales por persona era necesario para una atención de salud razonable).</p> <p>¿Cómo se puede comparar lo dicho antes con otros países del mismo nivel de desarrollo?</p> <p>¿Está incrementando o disminuyendo el presupuesto para salud?, por ejemplo: ¿El gobierno ha limitado el gasto en el sector salud en términos relativos o absolutos? Si es así, ¿Se pueden cuantificar los recortes realizados al presupuesto?</p> <p>Como resultado, ¿Los gastos fijos (<i>específicamente salarios</i>), ahora tienden a elevar una mayor parte del total de gastos? ¿Se puede cuantificar este porcentaje?</p> <p>¿Cuáles áreas han sido las más afectadas por los recortes presupuestales o por el aumento de las inversiones, por ejemplo: infraestructura, salarios, suministros médicos, servicios rurales de salud, atención secundaria y terciaria de salud?</p> <p>¿Los patrones de gasto en atención a la salud son sesgados a favor de las áreas urbanas? ¿Las inversiones han caído de la misma manera en los servicios rurales de salud?</p> <p>¿Existen disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud?</p>
<p>¿Qué tipo de personal de salud está disponible? ¿Es suficiente?</p> <p>CIDESC, Comentario General 14: "Los Estados tienen que asegurar la capacitación adecuada de doctores y otro personal médico, la provisión de un número suficiente de hospitales, clínicas y otras prestaciones relacionadas a la salud y... el establecimiento de instituciones que proporcionen orientación y servicios de salud mental, con la debida consideración a equiparar su distribución en todo el país".</p>	<p>Un sistema de salud funcional requiere personal suficiente que esté bien capacitado, sensible al género y motivado.</p> <p>Lista de control de temas sobre el personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporción de médicos para la población en áreas rurales comparadas con la urbanas, • Disponibilidad de personal en diferentes regiones (<i>particularmente en áreas minoritarias</i>), • Presencia de diferentes grupos étnicos, religiosos y culturales en el personal, • Equilibrio entre el personal masculino y femenino, particularmente en posiciones de toma de decisiones, • Número y calidad del personal disponible para sectores especiales del sistema de salud, por ejemplo: el sector privado o programas financiados por el extranjero, • Emigración del personal de salud, • ¿La capacitación del personal de salud es adecuada a las necesidades del país?

Paso II continuación

<p>¿Han sido privatizados los servicios de salud pública?</p>	<p>¿Ha habido privatización de los programas y servicios de salud? <i>Si es así, este cambio debe ser cuantificado en la medida de lo posible.</i></p> <p>¿Los servicios de salud son subcontratados a compañías lucrativas u ONG's? ¿Cuáles son las más grandes corporaciones con fines de lucro relacionadas a la salud en el país?</p> <p>¿El gobierno provee incentivos, deducción de impuestos (incentivos fiscales) y subsidios para el sector privado (<i>incluyendo a la industria farmacéutica privada y de equipo médico</i>)?</p> <p>Para profundizar lo anterior, ver el paso III.</p>
<p>¿Hasta qué punto otros actores internacionales extienden o limitan la capacidad del gobierno para implementar programas de salud?</p>	<p>Considerar las influencias positivas y negativas de la asistencia técnica y financiera para el derecho a la salud y a la atención de salud.</p> <p>¿Cuáles son las prioridades de otros actores? (<i>Los países donantes usualmente están más dispuestos a financiar actividades que correspondan a sus prioridades</i>).</p> <p>Lista de control de actores internacionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otros gobiernos, • Donadores internacionales, • Agencias Internacionales como: Banco Mundial, FMI, OMC, UNDP, Unión Europea, OMS, OIT, UNICEF, UNFPA, • Corporaciones transnacionales y multinacionales.

Paso II Conclusión:

Hacer un resumen de lo apropiado o inapropiado de las políticas y programas del sector salud del gobierno en relación al derecho a la salud y a la atención de salud.

Paso III. ¿El sistema de salud del país está implementando adecuadamente las intervenciones necesarias para realizar el derecho a la salud y a la atención de salud para todos?

Además de lo explicado en la Sección 2 sobre este paso, debe considerarse lo siguiente:

PRINCIPALES ÁREAS A EVALUAR	TEMAS RELEVANTES A EXAMINAR
<p>¿Cuál es la situación con respecto a la <i>disponibilidad</i> de prestaciones, bienes y servicios de salud relevantes?</p> <p>¿Qué hace el gobierno para asegurar la <i>disponibilidad</i>?</p> <p>¿Cuáles son las tendencias de <i>disponibilidad</i>, particularmente para grupos marginados?</p> <p>Comentario General 14, párrafo 12 del CIDESC: <i>“El funcionamiento de las prestaciones, bienes y servicios de salud pública y de atención a la salud, además de los programas, deben estar disponibles en cantidad suficiente en el país”.</i></p>	<p>Lista de control de indicadores de disponibilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento de los servicios, • Disponibilidad de los servicios en cantidad suficiente en todo el país, • Existencia de los insumos necesarios en los puntos de suministro de atención de salud para un adecuado funcionamiento (agua, servicios sanitarios, edificios, personal, medicamentos, ambiente laboral higiénico y seguro, etc.), • Disponibilidad de servicios de salud mental apropiados y de atención y tratamiento del VIH/SIDA, • Disponibilidad de atención médica de emergencia para accidentes y desastres, • Programas que desalienten el uso de alcohol, tabaco, drogas y otras sustancias nocivas. <p>Lista de control de grupos vulnerables o marginados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niñas, adolescentes y adultas mayores o ancianas; • Refugiados y migrantes internos y externos; • Minorías étnicas y poblaciones indígenas; • Trabajadores sexuales; • Personas con discapacidad física o mental; • Personas viviendo con VIH/SIDA; • Hombres y mujeres encarcelados; • Otros grupos relevantes para el país.
<p>¿Qué hace el gobierno para garantizar la <i>calidad</i> de los servicios?</p> <p>Comentario General 14, párrafo 12 del CIDESC: <i>“Las prestaciones bienes y servicios de salud deben ser de buena calidad, así como científica y médicamente apropiados. Esto requiere entre otras condiciones, de personal médico capacitado, equipo hospitalario, medicamentos aprobados y sin caducar, agua segura y potable, así como condiciones adecuadas de higiene sanitaria”.</i></p>	<p>Lista de control de indicadores de calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La licencia gubernamental de certificación del personal de salud requiere la demostración de habilidades mínimas compatibles con estándares internacionales, • Los medicamentos, equipo, edificios e higiene sanitaria en las instalaciones de salud son científica y médicamente apropiados, • El gobierno fomenta normas internacionales de atención para los servicios de salud mental y VIH/SIDA, • Se toman medidas para desalentar el uso irracional de medicamentos y tecnologías inapropiadas.

<p>¿Qué hace el gobierno para garantizar el acceso a las prestaciones, bienes y servicios de atención a la salud? ¿Cuáles han sido las tendencias al respecto?</p> <p>Comentario General 14, párrafo 12b del CIDESC: <i>“Las prestaciones, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles para todos sin discriminación, dentro de la jurisdicción del Estado miembro”.</i></p>	<p>Es particularmente importante considerar los grupos vulnerables y marginados.</p> <p>El acceso incluye: acceso físico, acceso económico, (asequibilidad) y acceso a la información.</p> <p>Lista de control de indicadores de acceso físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de servicios a nivel comunitario (distancia o tiempo de viaje para solicitar servicio), • Acceso a edificios para personas con discapacidad, • Un ambiente seguro y de apoyo para la juventud, • Barreras enfrentadas por los pobres para tener acceso a las instalaciones de salud, tales como altos honorarios por los servicios, falta de transporte público cómodo y asequible, • Horas de apertura y de labores en los servicios. <p>Lista de control de indicadores de acceso económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje promedio de ingresos del hogar gastados en salud (pago del bolsillo), • Proporción de ingresos del hogar gastados en salud por el 25% de la población más pobre (o algún otro indicador de equidad de acceso), • Servicios gratuitos (donde son necesarios) para control del embarazo, parto y atención post-parto, • Financiamiento suficiente y disponible para las instalaciones de atención a la salud, • Seguro médico y de atención a la salud para los pobres, • Precio de los medicamentos: ¿Ha habido incrementos sustanciales? ¿El gobierno los subsidia? ¿Hay algún control de precios de estas medicinas?
<p>¿La privatización ha afectado la disponibilidad y acceso a los servicios de salud para los grupos pobres y marginados?</p>	<p>Ver más arriba la lista de control sobre grupos vulnerables y marginados. Considerar mecanismos para regular las acciones del sector privado, la aplicación de honorarios pagados por los usuarios y barreras económicas para la hospitalización.</p>
<p>Precedentes Legales</p>	<p>¿Ha habido demandas judiciales sobre el derecho a la salud y a la atención de salud? Por ejemplo: ¿el gobierno u otros actores han sido llevados a juicio por asuntos de salud? Deben documentarse estos casos.</p>

¿Qué hace el gobierno para garantizar la *aceptabilidad* de las prestaciones, bienes y servicios de atención a la salud?

Recomendación General 24, párrafos 12 y 22 de la CEDAW:

12. *Los Estados miembros deben reportar en sus acuerdos cómo las políticas y medidas de atención a la salud garantizan los derechos de salud de las mujeres desde la perspectiva de sus necesidades e intereses y cómo solventan distintas características y factores que difieren para las mujeres en comparación con los hombres, tales como:*

(a) Factores biológicos que hacen diferentes a las mujeres en comparación con los hombres;

(b) Factores socioeconómicos que varían para las mujeres en general y algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo: para mujeres y hombres en el hogar y en el lugar de trabajo y para diferentes formas de violencia en contra de niñas y muchachas adolescentes, algunas prácticas culturales o tradicionales tales como la mutilación genital femenina, también acarrear un alto riesgo de discapacidad y muerte;

(c) Factores psico-sociales que varían entre mujeres y hombres incluyendo la depresión y condiciones que acarrear trastornos alimenticios;

(d) La falta de confidencialidad afecta a las mujeres impidiéndoles buscar tratamiento. Las mujeres están menos dispuestas a buscar atención médica para enfermedades del tracto genital, para la anticoncepción, por causa de aborto incompleto y en casos de violencia sexual o física”.

22. *Los Estados miembros deben también reportar las medidas tomadas para diseñar una atención de salud más aceptable para las mujeres, por ejemplo: buscando su consentimiento informado, respetando su dignidad y garantizando la confidencialidad. Los Estados miembros no deben permitir formas de coacción, tales como esterilización no consensuada, pruebas obligatorias para enfermedades de transmisión sexual o pruebas obligatorias de embarazo, como condición para obtener un empleo.*

¿Los bienes y servicios corresponden a las necesidades y expectativas de los usuarios?

Lista de control de **indicadores de aceptabilidad:**

- Respeto a la dignidad de los pacientes,
- Respeto a la confidencialidad,
- Sensibilidad a las necesidades y perspectivas particulares de mujeres y minorías,
- Respeto por la cultura de las minorías y comunidades.

Paso III Conclusión

Resumir la adecuación del actual sistema de servicios de **salud** para lograr el derecho a la salud y a la atención de salud.

Paso IV. ¿El nivel de salud de los diferentes grupos sociales y de la población como un todo, reflejan una progresión de su derecho a la salud y a la atención de salud?

Además de lo explicado en la Sección 2 sobre este paso, debe considerarse lo siguiente:

PRINCIPALES ÁREAS A EVALUAR	TEMAS RELEVANTES A EXAMINAR
<p>Indicadores Generales de Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativa de vida por quintil de ingreso, • Principales causas de muerte en adultos, desagregadas por sexo y áreas urbanas y rurales.
<p>¿Qué está haciendo el gobierno para remover barreras al ejercicio de los derechos humanos de los pobres, las minorías y los grupos marginados?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas tomadas para tratar necesidades de salud específicas, • Participación de los grupos involucrados en la toma de decisiones, • Medidas tomadas para reducir el estigma del VIH/SIDA, las enfermedades mentales y otras condiciones médicas, • Medidas tomadas para reducir la marginación de las mujeres cabeza de familia, los grupos minoritarios y los pobres, • Ejemplos de instancias donde el derecho a la salud y a la atención de salud fue cumplido.
<p>Estado de Salud de las Mujeres</p> <p><i>Artículo 24, 2 de la CDN: Los Estados miembros deben tomar medidas apropiadas "(d) Para asegurar una apropiada atención de salud prenatal y postnatal para las madres". (f) Para desarrollar atención preventiva de salud, guía para padres y servicios y educación sobre planificación familiar".</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias de tasas de mortalidad entre niñas y niños menores de cinco años, • Tasas de mortalidad materna, • Porcentaje de mujeres que mueren en el periodo perinatal, • Porcentaje de partos atendidos por personal médicamente capacitado en áreas rurales, • Tendencias de estos porcentajes en los últimos 5 a 10 años, • ¿Las políticas de planificación familiar se dirigen a dar los elementos necesarios para que las mujeres realicen una elección informada o únicamente al control del crecimiento poblacional?

Paso IV continuación

<p>Estado de Salud de los Niños</p> <p>Artículo 24 de la CDN: “1. Los Estados miembros reconocen el derecho de los niños a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a prestaciones de salud para el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación. Los Estados miembros deben esforzarse para asegurar que ningún niño sea privado de su derecho de acceso a dichos servicios de atención a la salud”</p> <p>“2. Los Estados miembros deben buscar la plena implementación de este derecho y, en particular, deben tomar medidas apropiadas:”</p> <p>“(a) Para disminuir la mortalidad infantil en todas las edades.”</p> <p>“(b) Asegurar el suministro de la asistencia médica y la atención de salud necesarias para todos los niños con énfasis en el desarrollo de la atención primaria de salud”.</p> <p>“(c) Combatir las enfermedades y la desnutrición en el marco de la atención primaria de salud, a través de la aplicación de tecnología inmediatamente disponible entre otras cosas, y a través del suministro de alimentos altamente nutritivos y agua potable para beber, tomando en consideración los peligros y riesgos de la contaminación ambiental”.</p> <p>“(e) Asegurar que todos los segmentos de la sociedad, en particular padres e hijos, estén informados, tengan acceso a la educación y se apoyen en el uso de conocimientos básicos sobre salud y nutrición infantil, las ventajas de la lactancia materna, la higiene sanitaria y ambiental y la prevención de accidentes”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas de mortalidad infantil desagregadas por sexo y áreas urbanas y rurales, • ¿Cuántas muertes infantiles evitables o prevenibles suceden por día?, • ¿Cuáles son las mayores causas de muerte?, • Tasas de cobertura de inmunización, • Tendencias del estado de salud de los niños en los últimos 5 a 10 años.
<p>Considerando lo anterior ¿Es discriminatorio el sistema de salud actual?</p> <p>Una política viola el derecho a la no discriminación si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afecta negativamente algunos grupos pero no otros; • Afecta positivamente grupos que ya fueron privilegiados (ampliando así la brecha); • Afecta por igual a todos los grupos, sin tomar en cuenta diferencias significativas entre ellos. • Reafirma estereotipos que mantiene a ciertos grupos en una posición inferior. <p>Una política se considera <u>no</u> discriminatoria si tiene un efecto positivo únicamente sobre los grupos vulnerables, bajo la condición de que esto es una medida temporal especial con el propósito específico de reducir la brecha entre los grupos privilegiados y vulnerables⁹.</p>	<p>Si la respuesta es si ¿cuáles son las bases de la discriminación?</p> <p>Lista de control de los campos de discriminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexo y género, • Edad, • Raza y etnia, • Estado de salud /discapacidad, • Orientación sexual, • Idioma, • Religión, Ideología política u otros puntos de vista, Ingreso, • Origen nacional o social.

Paso IV Conclusión

Resumir el impacto (negativo o positivo) del sistema de atención de la salud en el país, sobre los **derechos humanos** y sobre diferentes grupos vulnerables.

⁹ HeRWAI, 2006, página 38.

Paso V. ¿Qué significa en la práctica la denegación o falta de cumplimiento pleno del Derecho a la Salud en su país?

Aquí veremos el cumplimiento de **obligaciones Estatales** relevantes. Las obligaciones básicas que son relevantes para el **Derecho a la Salud** están listadas y definidas más abajo. En el Anexo II, se encuentra una explicación detallada sobre el concepto de las obligaciones básicas. Deberán seleccionarse las obligaciones que se consideren relevantes en la situación presente y explorar la diferencia entre lo que el gobierno del país ha prometido hacer (Paso II) y lo que en realidad ha logrado (Paso IV). La identificación de esta diferencia provee fuertes argumentos para mejorar la situación del Derecho a la Salud y a la Atención de Salud y ayudará a determinar el tipo de violaciones por las que el gobierno es responsable. Es importante considerar que la cantidad no es el factor que determina si ha ocurrido una violación. Si ocurre discriminación, se trata de una violación de los derechos humanos independientemente del número de personas que hayan sido discriminadas.

PRINCIPALES AREAS A EVALUAR	TEMAS RELEVANTES A EXAMINAR
<p>¿Qué obligaciones básicas no están siendo cumplidas?</p> <p>El Comentario General 14 del CIDESC especifica ciertas obligaciones de los Estados relacionadas con el Derecho a la Salud:</p> <p>43. <i>“Los Estados miembros tienen la obligación básica de asegurar la satisfacción, de al menos, los niveles mínimos esenciales de cada derecho enunciado en el Convenio, incluyendo la Atención Primaria de Salud Básica.”</i></p> <p><i>“(a) Asegurar el derecho de acceso a las prestaciones, bienes y servicios de salud con base en la no discriminación, especialmente de los grupos vulnerables o marginados;”</i></p> <p><i>“(d) Proveer medicamentos esenciales en los tiempos definidos por el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales;”</i></p> <p><i>“(e) Asegurar una distribución equitativa de las prestaciones, bienes y servicios de salud;”</i></p> <p><i>“(f) Adoptar e implementar una estrategia nacional de salud pública y un plan de acción basados en la evidencia epidemiológica y considerando los intereses de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deben ser planteados y revisados periódicamente en base a un proceso participativo y transparente; Deben incluirse métodos tales como indicadores y puntos de referencia del derecho a la Salud con los cuales el progreso pueda ser estrechamente monitoreado; el proceso de planificación de la estrategia y el plan de acción, así como su contenido, debe prestar particular atención a todos los grupos marginados o vulnerables.”</i></p>	<p>Obligaciones básicas que debe asegurar el gobierno, en al menos, un mínimo de los niveles esenciales de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a las prestaciones, bienes y servicios de salud con base en la no discriminación, especialmente de los grupos vulnerables o marginados, • Acceso a alimentos, • Acceso a refugio, vivienda, agua y saneamiento, • Acceso a medicamentos esenciales. <p>Las siguientes obligaciones básicas son de prioridad comparable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud reproductiva, materna, (prenatal y post-natal) y a la atención de salud infantil; • Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; • Medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades endémicas y epidémicas; • Educación y acceso a la información relativa a la salud; • Capacitación para el personal de salud que incluya la educación en salud y los derechos humanos. <p>Distribución equitativa de todas las prestaciones, bienes y servicios de salud;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una estrategia nacional de salud pública y un plan de acción. <p>¿Están aseguradas todas estas obligaciones?</p>

<p>¿Está avanzando el gobierno hacia un derecho universal a la Salud y la Atención de Salud?</p> <p>Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: <i>“Cada persona tiene el derecho a un nivel de vida adecuado para... la salud y el bienestar de sí misma y de su familia, incluyendo alimento, vestido, vivienda, atención médica y el derecho a la seguridad en caso de... enfermedad, discapacidad... Maternidad e infancia están catalogados como de especial atención y asistencia...”</i></p>	<p>La obligación de realización progresiva requiere que los gobiernos hagan todo lo posible para mejorar la salud su población. Esto significa que si un gobierno <u>puede</u> lograr más, tiene la obligación de cumplir.</p> <p>¿Puede cumplir? ¿Está cumpliendo?</p>
<p>O en realidad ¿el gobierno está fallando en mantener los logros relacionados a los derechos de salud?</p>	<p>La obligación de no retroceso se aplica solo si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el deterioro es evitable, • el gobierno no ha hecho todo lo posible para prevenir el deterioro, • el gobierno no ha solicitado asistencia internacional para resolver el problema y/o • el gobierno no ha protegido a los grupos vulnerables contra el deterioro.
<p>¿Qué violaciones encontradas resultan de la falla del gobierno para cumplir con su obligación de respetar, proteger y garantizar el ejercicio de los derechos de salud?</p> <p>Comentario General 14 del CIDESC: <i>“52. Las violaciones de la obligación de cumplimiento ocurren por la falla de los Estados miembros al dar todos los pasos necesarios para asegurar la realización del Derecho a la Salud. Algunos ejemplos incluyen: la falla para adoptar o implementar una política nacional de salud diseñada para asegurar el Derecho a la Salud para todos; gasto insuficiente o mala distribución de los recursos públicos, lo que resulta en la falta de ejercicio del Derecho a la Salud por individuos o grupos, particularmente los vulnerables o marginados; falla en el monitoreo de la realización del Derecho a la Salud en el nivel nacional por ejemplo, al identificar indicadores y puntos de referencia sobre el Derecho a la Salud; falla para tomar medidas que reduzcan la distribución inequitativa de las prestaciones, bienes y servicios de salud; falla en adoptar enfoques sensibles al tema de género en salud y falla en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil.</i></p>	<p>El gobierno falla al respetar los derechos de salud de las personas si sus políticas reducen las oportunidades de las personas de disfrutar de una buena salud.</p> <p>El gobierno falla al proteger los derechos de salud de las personas si sus políticas permiten que otros pongan en peligro la salud de las personas.</p> <p>La obligación de cumplimiento significa que el gobierno debe tomar medidas positivas que capaciten y apoyen a las personas para ejercer sus derechos de salud.</p> <p>Es una buena idea referirse aquí a los compromisos que se han identificado en el Paso II.</p>

Paso V continuación

<p>¿Qué compromisos específicos son los que el gobierno está violando?</p>	<p>Para responder esta pregunta, referirse a todos los compromisos identificados en el Paso I.</p>
<p>¿Quiénes son los proveedores responsables de cada violación mayor?</p>	<p>¿Qué agencias o instituciones gubernamentales son responsables de la denegación o violación de los derechos de las personas a la salud?; ¿Qué individuos en el gobierno son los responsables de esto?; ¿Qué otro(s) actor(es) nacional(es) es(son) responsable(s)?; ¿Los gobiernos extranjeros o los actores internacionales, tienen alguna influencia sobre las violaciones a los derechos de salud?</p>
<p>¿Es la falta de recursos un gran obstáculo?</p>	<p>Si la respuesta es si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿El gobierno está haciendo uso de los recursos en su máxima extensión? • ¿El gobierno está tratando de obtener asistencia técnica y financiera internacional? • ¿Hay otros gobiernos o instituciones internacionales (donadores) que ofrecen la asistencia necesaria? • Documentar ejemplos de esfuerzos que no requieran recursos adicionales. <p>Basar las respuestas en los hallazgos del Paso III.</p>

Paso V Conclusión.

Resumir las negaciones/**violaciones** de las cuales se puede responsabilizar al gobierno.

4. ¿Qué se necesita para enfrentar los elementos fundamentales de la denegación del Derecho a la Salud en el país?

En el mundo de hoy, los medios técnicos existen para proveer servicios básicos relacionados con la salud para todas personas. Incluso algunos países en desarrollo con ingresos per capita comparativamente bajos, han logrado progresos significativos hacia el aseguramiento del derecho a la salud y a la atención de salud para todos sus ciudadanos.

Sin embargo, un amplio rango de factores políticos y económicos, decisiones en las políticas y brechas de implementación, influyen en la denegación de los derechos de salud en cada país. En el paso final de esta guía, se recopilará la información que se ha obtenido en forma de recomendaciones para mejorar la política de salud del gobierno. Se usarán esas recomendaciones o demandas para preparar un plan nacional de acción para desarrollar el derecho a la salud y a la atención de salud. Además, durante la Campaña del Movimiento por la Salud de los Pueblos (MSP), todos los países que hayan seguido este proceso, podrán realizar encuentros para compartir sus hallazgos y planes y para decidir que pasos internacionales pueden y deben adoptar para apoyar sus metas comunes.

Se sugiere que las recomendaciones políticas y el plan de acción, se desarrollen en un proceso participativo que incluya a las personas que usualmente quedan fuera de las discusiones políticas. Se presentarán los casos de violación al derecho a la salud y a la atención de salud, que se han documentado con las presentes herramientas de evaluación. Los participantes decidirán qué cambios deben realizarse para detener las violaciones y lo que debe hacerse para lograr dichos cambios. Se espera que cada país tenga diferentes ideas políticas y estrategias activas que surjan de cada contexto particular.

El producto final del trabajo incluirá un resumen de los hallazgos de la evaluación, las recomendaciones de acción y de **políticas**, y por lo menos un borrador del plan de acción. Conforme este trabajo se vaya difundiendo internacionalmente, emergerán problemas y soluciones comunes y se iniciará una movilización de entendimiento y apoyo para los derechos humanos como base para el desarrollo. El MSP apoyado por todas estas contribuciones, elevará estas demandas comunes a las instituciones internacionales pertinentes.

4.1. Desarrollando recomendaciones políticas

Al llevar a cabo esta evaluación, se tendrán claramente identificadas las brechas de **derechos humanos** en el área de atención a la salud en el país y se habrán documentado con datos cuantitativos y cualitativos. Las siguientes preguntas pueden ayudar a decidir cuales **violaciones** deberán priorizarse en las recomendaciones o demandas.

- ¿Se puede decir con seguridad que existen violaciones repetidas y continuadas al derecho a la salud y a la atención de salud?
- ¿Cuáles violaciones documentadas son de mayor preocupación en el país hasta el momento?

- ¿Pueden ser resueltas varias de las violaciones específicas que se han documentado, realizando cambios en una área de políticas?
- ¿Los beneficiarios y las ONG's con quienes se ha trabajado en la evaluación, comparten sus hallazgos? ¿Están dispuestos a iniciar una movilización para enfrentar proveedores relevantes?

Para cada una de las violaciones identificadas en el Paso V, debe tratar de formularse una recomendación para persuadir al gobierno de cumplir con sus obligaciones sobre el derecho a la salud. Para la formulación de las recomendaciones, se pueden considerar los siguientes aspectos:

- **Escenario político:** El escenario de las políticas respectivas, puede determinar el tipo de solución o recomendación a realizarse, así como a quienes necesita enfocarse.
- **Objetividad:** Tratar de ser tan realista como sea posible. En muchos casos no se dispondrá de una solución fácil, pero esto no libera al gobierno de sus obligaciones. La recomendación que se elija, puede emprender investigaciones posteriores de las causas y posibles soluciones a problemas de salud específicos identificados.
- **Tipo y bases de los argumentos:** Dependiendo de quiénes necesitan ser convencidos, puede ser más estratégico usar argumentos más legales, más médicos o más políticos.
- **Grupos afectados:** Tratar de encontrar soluciones que convengan a los grupos más afectados por las políticas (o la ausencia de éstas). En el desarrollo de las recomendaciones es mejor involucrar a los grupos más afectados.
- **Apropiación:** En la búsqueda de alternativas, siempre que sea posible debe involucrarse a decisores responsables de políticas/proveedores. Esto incrementará la apropiación de las sugerencias y las oportunidades de aceptación.
- **Preparación:** En el paso V, se identificaron los principales obstáculos para que el gobierno cumpla sus obligaciones. El gobierno probablemente se referirá a aquellos obstáculos cuando confronte los hallazgos. ¿Qué se puede contra-argumentar? Es conveniente construir los casos previendo este tipo de diálogo.
- **Incluir puntos de referencia:** Los puntos de referencia facilitan el monitoreo de los logros. Para cada una de las recomendaciones es conveniente tratar de fijar indicadores o puntos de referencia que permitan medir el impacto de los cambios en las políticas. Preferiblemente, estos puntos de referencia deben estar relacionados con los ya establecidos por el gobierno, los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o por alguna otra organización reconocida. Si no se pueden formular puntos de referencia propios, entonces se puede instar a que el gobierno alcance sus propios puntos de referencia, que los ajuste o que elabore nuevos en caso de ser necesarios.

Si el cambio de políticas no es la solución, entonces ¿qué acción debe tomar el gobierno? Hay que estar preparados para hacer tales recomendaciones, por lo que deben considerarse cosas tales como: eliminar las malas políticas, establecer mecanismos de compensación para los grupos afectados o la publicación de regulaciones para el control de las acciones, por ejemplo: del sector privado.

4.2. Preguntas a responder durante la preparación del plan de acción

¿A qué institución del gobierno o persona deben dirigirse los esfuerzos de cabildeo?

Para incrementar las oportunidades de que las recomendaciones sean implementadas, es importante considerar a quienes presentar la información. El nivel gubernamental, el rol y las competencias de la persona o institución, determinarán si en realidad tienen la capacidad de realizar los cambios que se están demandando. ¿Es necesario tener autorización de un nivel más alto? ¿Hay ciertas responsabilidades gubernamentales que han sido delegadas en el nivel municipal o regional? ¿Se debe dirigir el cabildeo a aquellos que desarrollan las **políticas**, o a aquéllos que las implementan o las evalúan? ¿Hay procedimientos que deben seguirse para llamar la atención de una institución particular? Algunos gobiernos o decisores políticos no están conscientes de sus obligaciones sobre **derechos humanos**, por lo que puede ser necesario explicarles sus obligaciones con respecto al Derecho a la Salud.

¿A qué otros gobiernos, agencias financiadoras u otros actores se debe enfocar para señalarles como sus fondos o acciones deben contribuir a garantizar el derecho a la salud y a la atención de la salud en el país?

Estos otros actores podrían ser capaces de ejercer una presión externa sobre los gobiernos o sobre otros actores privados y por lo tanto, podrían tener alguna influencia sobre la situación misma. Cuando el cabildeo se dirige a estos otros actores, debe tenerse en mente cual es exactamente su rol o mandato y cuál de ellos es más sensible.

¿Qué momento es el más estratégico para presentar los hallazgos?

La respuesta a esta pregunta requiere algún conocimiento sobre la agenda del gobierno o la de otros actores a quienes pueda dirigirse. ¿Cuáles son los plazos para cambiar una política dada? Una conferencia, un debate en el parlamento, una visita a un oficial de alto nivel, etc., pueden ser puntos de entrada estratégicos para presentar los hallazgos. También puede ayudar, el hecho de coordinar las acciones con la Campaña DAS en el nivel internacional.

¿Qué opciones están disponibles para incrementar la presión sobre el gobierno?

Es una buena idea identificar otras cosas que se pueden hacer para presionar al gobierno además del cabildeo, por ejemplo un litigio de interés público (demandar al gobierno por **violación** de los derechos humanos), haciendo públicos los hallazgos y demandas en la prensa local o movilizándolo a la(s) comunidad(es) afectada(s) mediante acciones masivas. Es conveniente empezar a pensar la forma en que el Movimiento Global por la Salud de los Pueblos (MSP) puede apoyar las demandas.

¿Cuándo y cómo se podrá examinar si los cambios realmente han permitido un mejoramiento del derecho a la salud y de la atención de Salud?

Este examen es necesario porque aún si el gobierno acepta las recomendaciones, esto no necesariamente significa que se alcancen los resultados deseados. Es posible que los cambios sugeridos no sean adecuados para mejorar los derechos de salud, o que otros factores frenen su implementación exitosa. Por eso, es conveniente usar los puntos de referencia que se definieron para establecer un plan de monitoreo con anticipación.

¿Qué actividades para elevar la concientización deben usarse para informar al público sobre los hallazgos y recomendaciones?

El cabildeo con el gobierno debe acompañarse de un trabajo de **abogacía** para concientizar a las personas de sus derechos de salud y de cómo esos derechos están siendo violados. Esto puede realizarse a través de los medios de comunicación, organizando un taller o conferencia, produciendo y distribuyendo folletos, videos, etc. Difundir los hallazgos con otras organizaciones interesadas en los derechos de salud es una buena estrategia para involucrar más personas en la Campaña por el derecho a la salud y la atención de salud.

¿Cuánto tiempo y qué recursos (en términos técnicos y financieros) necesita una organización para implementar el plan de acción? ¿Estos recursos están disponibles?

Desarrollar un cronograma y un presupuesto ayudará a elaborar un plan de acción realista y será útil si se necesita ayuda y financiamiento externos. Si no se tiene experiencia con el **cabildeo**, los hallazgos deberán ser compartidos con otras organizaciones más experimentadas, a quienes se podrá invitar a involucrarse en la Campaña.

5. Comentarios finales e información de contacto

Tener siempre presente que este ejercicio en el que se ha decidido participar, es parte de un esfuerzo global para revertir las **violaciones** del derecho a la salud y a la atención de salud tanto en países pobres como ricos.

Recomendamos nuevamente revisar la propuesta de la Campaña tal como está anunciada en la página web del MSP (www.phmovement.org) bajo el título de “Derecho a la Salud”. Esto ayudará a entender la campaña en su totalidad y a mantener las cosas en perspectiva.

En cualquier momento, se puede buscar asesoría adicional de otros miembros del Movimiento por la Salud de los Pueblos.

- Página Web del MSP: www.phmovement.org.
- Secretaría Global del MSP: secretariat@phmovement.org.
- Servidor para inscribirse a la lista mensajes del MSP: pha-exchange@lists.kabissa.org.
- Miembros del Grupo Coordinador de la Campaña por el Derecho a la Salud y a la Atención de Salud están disponibles para apoyarlos. Todos los comentarios son bienvenidos a:

Saskia Bakker (Holanda), s.bakker@hom.nl

Ariel Frisancho (Perú), afrisanchoarroyo@yahoo.es

Abhay Shukla (India,) abhayseema@vsnl.com

Cristianne Rocha (Brasil), cristianne.rocha@terra.com.br

Claudio Schuftan (Vietnam), claudio@hcmc.netnam.vn

Laura Turiano (USA), phm@turiano.org

[Los nombres y los correos electrónicos de los coordinadores regionales serán agregados posteriormente].

Cuando se complete la evaluación, debe enviarse una copia del resumen de los hallazgos y los planes de acción preliminares, al Grupo Coordinador de la Campaña del MSP: phm@turiano.org

Felicitaciones por su trabajo en la Campaña por el Derecho a la Salud y a la Atención de Salud. Tendrán noticias del Grupo Coordinador cuando estemos listos para lanzar la fase II de la Campaña.

Anexo I. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

¿Qué es el derecho a la salud y a la atención de salud?

El derecho a la salud incluye la disponibilidad, acceso, aceptabilidad y calidad de la atención de la salud. La salud es un derecho fundamental que influencia todos los aspectos de la vida y por eso es tan importante observar la salud en el modo más amplio posible. Esta estrechamente relacionada a otros derechos humanos y aunque enfocamos nuestro análisis en el derecho a la salud, esto no significa que se considere más importante que otros.

¿Qué es el principio de no-discriminación?

El principio de no-discriminación es una piedra angular de los derechos humanos. Significa que todas las personas tienen los mismos derechos humanos aunque de alguna manera sean diferentes unas de otras. Por ejemplo, la discriminación basada en el sexo es un tipo común de discriminación¹⁰. Mujeres y hombres deben tener igual acceso a los servicios de salud. Sin embargo, la no-discriminación no significa tratar a todos de la misma manera. Tal enfoque pone en desventaja a las mujeres como resultado de discriminaciones pasadas. Las mujeres requieren tratamiento diferenciado de los hombres debido a factores biológicos, socioeconómicos y psicosociales¹¹.

Los Estados tienen importantes obligaciones relacionadas a la discriminación:

- Eliminar no sólo sus propias prácticas discriminatorias sino también, aquellas prácticas de los individuos.
- Señalar tanto la discriminación directa como la indirecta. Un ejemplo de una ley discriminatoria indirecta es la que requiere que cada uno pague la misma cantidad por la atención de salud, aunque el costo sea inalcanzable para las personas sin un trabajo remunerado, tales como las viudas ancianas.
- Implementar medidas temporales especiales (si fuera necesario) para revertir los efectos de anteriores discriminaciones en grupos particulares.
- Tomar medidas para asegurar que mujeres y hombres puedan y de hecho, participen en la sociedad sobre una base igualitaria, removiendo las barreras que impiden el acceso de las mujeres a tales derechos.

¹⁰ DUDH Artículo 2; CEDAW Artículos 1 y 2; CIDESC Artículos 2 y 3, Comentario General 16.

¹¹ CEDAW Artículo 1, CIDESC Comentario General 24, párrafo 12.

¿Qué es el principio de participación?

La participación de la población general en la toma de decisiones relacionada a la salud en el nivel comunitario, nacional e internacional, es un aspecto importante del derecho a la salud. Todos los individuos y grupos deben involucrarse en la toma de decisiones acerca de las políticas de salud.¹² También deben tener la oportunidad de hacer reclamos acerca de los efectos negativos de las leyes y políticas. Debido a sus roles tradicionales de género, las mujeres tienden a participar menos que los hombres en la vida política y pública.¹³ El gobierno debe poner atención específica para involucrar a las mujeres en la toma de decisiones.

¿Qué es una Política?

Una política es un plan de acción. Una política puede referirse a una estrategia nacional de salud de mediano plazo (cinco años) o a decisiones referidas a una enfermedad en particular o a una región. El proceso por el cual se formulan las políticas, puede involucrar gobiernos nacionales o locales, ONG's o individuos. Esta evaluación se centra primordialmente en las políticas gubernamentales. Los procesos políticos del gobierno siguen varios pasos (al menos en teoría):

- Establecimiento de la agenda: proceso por el cual los problemas llaman la atención del gobierno.
- Formulación de políticas: proceso por el cual el gobierno identifica las diferentes opciones políticas.
- Toma de decisiones: proceso por el cual el gobierno adopta cierto curso de acción (o inactividad).
- Implementación de políticas: proceso por el cual el gobierno pone en vigor una política.
- Evaluación de políticas: proceso por el cual se monitorea el resultado de las políticas, tanto por el gobierno como por la sociedad civil y el cual puede conducir a nuevos escenarios.

Durante las etapas de establecimiento de la agenda, formulación y evaluación de políticas, las organizaciones populares pueden tener un rol particularmente fuerte, mientras que su participación en las demás etapas puede ser más difícil.

¿Qué son las reformas de salud, DELP y ODM y como influyen en las políticas de salud?

Muchos países a través del mundo han llevado a cabo reformas en el sector salud para controlar los costos de los servicios de salud. Estas reformas tienen serias implicaciones en el derecho a la salud.

Un aspecto muy debatido es la privatización de los servicios de salud, por la que el gobierno permite y hasta estimula al sector privado a proveer ciertos servicios (por ejemplo en clínicas de salud) o bienes (por ejemplo en la distribución de anticonceptivos). En algunos países, las reformas del sector salud fueron el resultado de los **Planes o Documentos de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP)**, que los gobiernos tuvieron que suscribir para ser candidatos elegibles a recibir préstamos del FMI, el Banco Mundial y otros donadores. Los DELPs determinan la dirección de las políticas de salud y sus presupuestos.

¹² CIDESC Comentario General 14, párrafo 54, ver también párrafos 11 y 17.

¹³ CEDAW Recomendación General 19, párrafo 11.

Los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** (ODM) también influyen considerablemente sobre los derechos de salud. Esta influencia puede ser positiva porque los ODM estimulan a los gobiernos a tomar medidas en muchos asuntos relacionados a la salud. Pero los ODM también pueden tener un efecto negativo si la atención y los recursos se desplazan de áreas importantes. Por ejemplo, los derechos sexuales y reproductivos no tienen un lugar prominente en los ODM y pueden no recibir el financiamiento necesario.

Discusiones similares se refieren a los efectos del Acuerdo General sobre Comercio de Servicios (**GATS**) y del Acuerdo sobre aspectos relativos al Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual (**TRIPS**), sobre el precio de servicios de salud y medicamentos.

Esta evaluación del derecho a la salud y a la atención de salud, pueden mostrar el impacto de dichos Acuerdos sobre los derechos de salud de ciertos grupos. En resumen, los reportes de cumplimiento que los países realizan para los DELP y los ODM pueden proporcionar información útil para nuestro análisis.

¿Cómo afecta la globalización la responsabilidad del gobierno para el derecho a la salud y la atención de salud?

La primera responsabilidad gubernamental para el derecho a la salud es a nivel nacional. Pero en un mundo globalizado, los gobiernos tienen una creciente responsabilidad a nivel internacional. Primero que nada, las acciones de un país a menudo tienen impactos más allá de sus fronteras. La contaminación del aire y del agua son claros ejemplos de tales influencias. En segundo lugar, los gobiernos se ayudan unos a otros en una base bilateral mediante la cooperación para el desarrollo. De acuerdo a los tratados sobre derechos humanos, los gobiernos tienen la obligación de apoyarse mutuamente en la implementación de los derechos de salud. Una tercera forma en la que los gobiernos tienen influencia internacional es a través de instituciones multilaterales. Instituciones internacionales influyentes como el Banco Mundial son propiedad de los gobiernos o de las naciones miembros, quienes tienen la última palabra en la toma de decisiones dentro de la organización. Por último, pero no al último, los gobiernos se monitorean entre sí a través de acuerdos internacionales, que pueden ser bilaterales o multilaterales pueden tener un vínculo legal, como los tratados de derechos humanos de NU, o pueden tener un vínculo moral, como los ODM. Esta claro que en mundo globalizado, las decisiones de nivel local, nacional e internacional se influyen unas a otras.

Anexo II. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS HUMANOS?

Los **Derechos Humanos** son aquellos derechos inherentes a todas las personas en virtud de su humanidad. El principal y primer documento sobre derechos humanos es la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** de 1948. Es el predecesor de los mayores tratados sobre derechos humanos. Esta declaración reconoce la *dignidad e igualdad de todos los seres humanos, que es la noción central de todos los derechos humanos*. Algunas otras premisas de los derechos humanos son:

- Los derechos humanos son fundamentales porque los individuos los necesitan para sobrevivir, desarrollarse y contribuir a la Sociedad. Son el sustrato básico de toda persona para desarrollar su pleno potencial.
- Los derechos humanos no son otorgados por los gobiernos o por la Ley Internacional. Cada individuo tiene derechos humanos y es titular de todos ellos en virtud de su naturaleza humana.
- Los derechos humanos son inalienables, es decir, que no pueden ser retirados de una persona ni denegados por el Estado.
- Los derechos humanos son universales. Esto significa que cada ser humano es titular de ellos, prescindiendo del género, raza, edad, etnia, religión, ciudadanía, discapacidad o cualquier otro estatus.
- Los derechos humanos son **indivisibles**, pues están estrechamente relacionados. Por ejemplo, la garantía del derecho a la salud esta estrechamente ligada al ejercicio de otros derechos humanos como el derecho a la educación, a la alimentación y a una adecuada calidad de vida.

Los derechos de las mujeres son derechos humanos

Aún cuando todos los tratados de derechos humanos incluyen una cláusula sobre la igualdad de los hombres y las mujeres, se ha probado que no es suficiente para eliminar la discriminación contra las mujeres. La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres o **CEDAW** (siglas en Inglés - ver glosario), se enfocó en la eliminación de la discriminación de las mujeres en un amplio sentido. Los Estados que adoptaron este tratado en 1979 reconocieron la necesidad de prestar atención específica a los derechos humanos de las mujeres. La CEDAW definió claramente lo que significa la discriminación contra las mujeres y aquello que los Estados deben hacer para prevenirla. 25 años después de su adopción hay todavía una gran brecha entre el respeto a los derechos humanos en el papel y en la práctica. La CEDAW ofrece una buena base para reclamar justicia e igualdad para las mujeres en todo el mundo.

¿Por qué un enfoque de derechos humanos?

Los tratados sobre derechos humanos constituyen la base de cualquier **enfoque basado en derechos humanos**. Los Estados tienen la obligación de **respetar, proteger y cumplir** los derechos humanos que constan en los tratados que ellos mismos han firmado y **ratificado**. Usando el ejemplo del derecho de la gente pobre a la salud y a la atención de salud, esto último significa que los gobiernos no están autorizados para violar su derecho a la salud (obligación de respetar) y deben impedir que otros (por ejemplo el sector empresarial) los violen (obligación de proteger). Mas aún, los gobiernos deben hacer todo lo posible para que la gente pobre alcance el más alto nivel posible de salud (obligación de cumplir). En otras palabras, cuando hablamos de derechos humanos, no hablamos solo de meras aspiraciones de los Estados o de la necesidad de aquellos que reclaman sus derechos, sino del deber de los gobiernos. Teniendo esto en mente se puede decir que:

- Un enfoque basado en derechos humanos se centra en la idea de que cada ser humano tiene derechos y de que los Estados son responsables de su pleno ejercicio. Los ciudadanos pueden responsabilizar al Estado por su deber de respetar, proteger y cumplir con la realización de los derechos humanos.
- La base del enfoque de derechos humanos es que una violación de los derechos humanos necesita ser señalada, incluso cuando el número de personas involucradas sea pequeño o no se conozca con seguridad. En otras palabras, cada violación a los derechos humanos debe señalarse y tomarse en cuenta seriamente. Una disminución en el número de cierto tipo de violaciones es un progreso, pero no debe ser excusa para que otras violaciones sigan teniendo lugar.
- Un enfoque de derechos a la atención de salud de la gente pobre, significa monitorear la forma en la que estas personas disfrutan, ejercen y reclaman su derecho a la salud.

¿Por qué usar Tratados Internacionales de Derechos Humanos?

Un **tratado** de derechos humanos (**convención** o **convenio**), es un documento escrito que vincula a los Estados a la Ley Internacional. Todos los países que han aprobado estos tratados a través de la **ratificación** o la **adhesión**, tienen la obligación legal de implementar estos derechos y principios a nivel nacional¹⁴.

Los tratados de derechos humanos contienen importantes principios. La **CEDAW**, por ejemplo, establece que el hombre y la mujer deben tener derechos iguales respecto a la atención de la salud y - al mismo tiempo- que los gobiernos deben atender las necesidades específicas de salud de las mujeres. Los comités de expertos independientes (u **Organismos Vigilantes de Tratados**) monitorean la implementación de un cierto tratado y estudian los reportes acerca de la implementación que los Estados les remiten regularmente. Las ONG's y los círculos del MSP pueden proveer de importantes insumos para este proceso vía los llamados **reportes sombra**. Algunos tratados ofrecen la posibilidad de emitir reclamos individuales al Comité. En el anexo III sobre Fuentes y Recursos, se proporcionan enlaces de Internet a los tratados internacionales y regionales más relevantes.

¹⁴ Esta es la principal diferencia con otros documentos de consenso como los ODM, los documentos resultantes de Conferencias Mundiales o las Resoluciones de la Asamblea General conllevan un deber moral pero no legal para su implementación.

Anexo III. FUENTES Y RECURSOS

Recursos sobre cabildeo (lobbying) y abogacía

Manual del cabildeo. Sitio Web de la Unidad de Educación y Capacitación de Sudáfrica.

<http://www.etu.org.za/toolbox/docs/organise/weblobby.htm>

Panorama básico del cabildeo. Sitio Web del Centro por la Democracia.

<http://www.democracyctr.org/resources/lobbying.html>

Guía de cabildeo en línea que puede ser descargada desde el Sitio Web del Sector Independiente.

<http://www.independentsector.org/programs/gr/lobbyguide.html>

Buena lista de recursos para la abogacía, enfocada en la Agenda de la CIPD. Sitio Web de la Alianza Asia-Pacífico.

http://www.asiapacificalliance.org/SITE_Default/Resources_for_Advocacy_Default.asp

Buena lista de recursos generales sobre abogacía, enfocada en VIH/SIDA.

<http://www.aidsmap.com/en/docs/32364953-087A-45D3-AEED-E773BE45593D.asp>

Tips generales en abogacía. Sitio Web de la red de Abogacía de Uganda sobre el SIDA

http://www.phrusa.org/campaigns/aids/uganda/toolkit/eightsteps_advocacy.php

Indicadores de salud, base de datos

Diferencias de género en salud y desarrollo en 48 países de las Américas, enfocadas en la salud reproductiva de las mujeres, acceso a servicios de salud claves y causas mayores de muerte de la Organización Panamericana de la Salud.

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.pdf>

Perfiles de salud de países de la OPS.

<http://www.paho.org/english/sha/profiles.htm>

Reportes de Desarrollo Humano UNDP 1990-2005.

<http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>

Perfiles de salud reproductiva y población de los países de UNFPA.

<http://www.unfpa.org/profile>

Reporte del estado del Mundo. UNFPA 2005.

<http://www.unfpa.org/swp/2005/english/ch1/index.htm>

División Estadística de NU.

<http://unstats.un.org/unsd/default.htm>

Indicadores de Salud por país. OMS

<http://www.who.int/countries/en/> (también disponible en Español y Francés).

Sistema de Información Estadística Mundial de la OMS.

<http://www3.who.int/whosis/menu.cfm>

Indicadores y estadísticas de género por Estados del Banco Mundial.

<http://devdata.worldbank.org/genderstats/home.asp>

Tratados internacionales

CEDAW Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/index>

Protocolo Opcional CEDAW.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/text.htm>

Recomendaciones Generales CEDAW. (Ver especialmente Recomendación 25 sobre salud y 19 sobre violencia contra la mujer).

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recomm.htm>

CIDESC Convenio internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>

<http://66.36.242.93/treaties/cescr.php>

Comentarios Generales del CIDESC. (Ver especialmente Comentario 14 sobre salud y 16 sobre igualdad de derechos para hombres y mujeres).

<http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>

CERD Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm

CDN Convención sobre los Derechos de los Niños.

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>

CMC Convención para la Protección de los derechos de todos los trabajadores Migrantes.

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

DUDH Declaración Universal de los Derechos Humanos.

<http://www.unhchr.ch/udhr/>

Tratados y organizaciones regionales

África

Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (1981).

<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/z1afchar.htm>

Protocolo de la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de las Mujeres en África.

http://www.achpr.org/english/info/women_en.html

Unión Africana.

<http://www.africa-union.org/home/Welcome.htm>

Comisión Africana de los Derechos Humanos.

http://www.achpr.org/english/info/index_women_en.html

Europa

Convención Europea sobre Derechos Humanos (1950).

<http://www.hri.org/docs/ECHR50.html>

Carta Social Europea (1961).

<http://www1.umn.edu/humanrts/euro/z31escch.html>

Consejo de Europa.

http://www.coe.int/t/e/Human_Rights/

Corte Europea de Derechos Humanos.

<http://www.echr.coe.int/echr>

Unión Europea e Igualdad de Género.

http://europa.eu.int/comm/employment_social/gender_equality/index_en.html

Unión Europea y Salud.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/overview_en.htm

OSCE. Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa.

<http://www.osce.org/odihr/13371.html>

Las Américas

Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969).

<http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/b-32.htm>

Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos. Derechos en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988).

<http://www.oas.org/juridico/english/Treaties/a-53.htm>

Convención Interamericana para la Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, "Convención de Belem do Para" (1994).

<http://www.oas.org/cim/English/Convention%20Violence%20Against%20Women.htm>

Organización de Estados Americanos OEA.

http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=E&sLink=http://www.oas.org/key_issues/eng

Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH.

<http://www.cidh.org/basic.eng.htm>

Corte Interamericana de Derechos Humanos.

http://www.corteidh.or.cr/index_ing.html

Documentos de consenso

Beijing plus 5 y Plataforma de Beijing para la Acción.

<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm>

Declaración de Alma Ata (1978).

<http://www.phmovement.org/charter/almaata.html>

Declaración del Comisionado en VIH/SIDA, 'Global Crisis-Global Action' (2001).

<http://www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIVAIDS.html>

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las mujeres (1993).

[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.En?Opendocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.En?Opendocument)

Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (Declaración de Viena y Programa de Acción) (1993).

<http://www.hri.ca/vien-na+5/vdpa.shtml>

Declaración sobre los Derechos de las personas con discapacidad (1975).

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/72.htm>

CIPD Programa de Acción (Programa de Acción de El Cairo) Reporte de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994).

<http://www.iisd.ca/linkages/Cairo/program/p00000.html>

Lineamientos de Maastricht sobre las violaciones de los derechos Económicos, Sociales y Culturales. Enero 1997.

http://www1.umn.edu/humanrts/instrree/Maastrichtguidelines_.html

Declaración del Milenio (ODM) (2000).

<http://www.developmentgoals.org>

Carta de los Pueblos por la Salud.

<http://www.phmovement.org/pdf/charter/phm-pch-english.pdf>

Principios para la Protección de las Personas con enfermedad mental y la mejora de la atención de la Salud Mental (1991).

<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>

Recursos sobre tratados

ABA-CEELI. Herramienta de Evaluación de la CEDAW: una herramienta de Evaluación basada en la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

<http://www.rightsconsortium.org/resources/assessment/CEDAWtool.pdf>

Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las NU.

www.ohchr.org/english/law/index.htm

Biblioteca de Derechos Humanos de la Universidad de Minnesota.

www.umn.edu/humanrts/treaties.htm

Base de Datos de los Comités para la implementación de la CEDAW y otras Convenciones de Derechos Humanos de las NU.

www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf

La Red para los Derechos Humanos de las Mujeres provee abundante información sobre los derechos humanos de la mujer alrededor del mundo. También en Francés y Español.

www.whrnet.org

Otros documentos de interés

OHCHR: Un acercamiento a la Estrategia de Reducción de la Pobreza con un enfoque de Derechos Humanos, 2002. Borrador de Lineamientos. CDESC - CDESCR.

<http://www.unhchr.ch/development/povertyfinal.html>

OMS: 25 Preguntas y respuestas en Salud y Derechos Humanos - WHO Health and Human Rights Publication Series, Issue N°1, 2002.

<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en>

Reporte especial sobre violencia contra la Mujer: Prácticas familiares violentas contra la mujer – Reporte del Relator Especial. Enero 2002.

[www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/42e7191fae543562c1256ba7004e963c/\\$FILE/G0210428.pdf](http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/42e7191fae543562c1256ba7004e963c/$FILE/G0210428.pdf)

Anexo IV - GLOSARIO

Abogacía: Proceso dirigido a influenciar las decisiones políticas y legislativas tanto a niveles nacionales como internacionales. Acciones dirigidas a resaltar un problema de la comunidad orientando a los decisores políticos hacia una solución¹⁵. La abogacía requiere de mecanismos explícitos para la participación de las organizaciones de la sociedad civil.

Adhesión: Cuando un Estado conviene en participar en un tratado una vez que este ha sido ya negociado y firmado por otros Estados (generalmente cuando ya ha entrado en vigor). Tiene el mismo efecto legal que la ratificación. Las condiciones bajo las cuales la adhesión tiene lugar y los procedimientos involucrados dependen de las cláusulas del tratado¹⁶. Ver también “Ratificación”.

Atención Primaria de Salud (Estrategia): Enfoque integrado para mejorar la salud y el desarrollo socioeconómico, definido en la Declaración de Alma-Ata (1978). La APS enfatiza especialmente la educación y participación comunitaria, contemplando los determinantes de la salud, la inmunización, la prevención y el tratamiento de enfermedades comunes y endémicas, la salud reproductiva y materno-infantil y el acceso a medicamentos esenciales.

Atención Primaria, Secundaria y Terciaria de Salud: La atención primaria de salud es provista a un costo relativamente bajo, por profesionales y/o médicos generales capacitados, que trabajan dentro de la comunidad y se ocupan de atender enfermedades comunes y relativamente menores. La atención secundaria se realiza por profesionales de la salud especialistas, a un costo relativamente más alto y en centros de salud especializados, usualmente hospitales; típicamente se dedica a atender afecciones menores relativamente comunes o graves que no pueden ser tratadas en el nivel comunitario. La atención terciaria se provee en relativamente pocos centros de salud y se centra en un pequeño número de enfermedades comunes o graves que requieren profesionales de la salud especialmente entrenados, equipos especializados y es a menudo bastante cara. Los límites de la atención primaria, secundaria y terciaria frecuentemente se superponen y a menudo interactúan¹⁷.

Bilateral: Entre dos países.

Cabildeo (Lobbying o hacer lobby): Ejercicio de la influencia sobre la legislatura o el desarrollo de políticas que reflejen un cierto punto de vista. Esta práctica puede ser llevada a cabo por un individuo, un grupo, una organización o asociación.

CEDAW (El Comité): Organismo ejecutor de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Este Comité está integrado por un grupo de 23 expertos independientes que monitorean la implementación de la Convención por los Estados miembros. Estos expertos han sido elegidos por sus conocimientos sobre tópicos relevantes y son nominados por los gobiernos de los Estados miembros, pero operan independientemente de éstos.

Comité(s): Organización creada por varias convenciones para monitorear la implementación de un tratado. Los Comités están formados por expertos independientes que examinan los informes de los Estados acerca de las aplicaciones del tratado e intervienen en los casos de violaciones a los derechos humanos. Ver también CEDAW, Comité para los Derechos Humanos y CIDESC. El término “Comité de los Derechos Humanos” se aplica específicamente al Cuerpo Vigilante de la Convención Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (CIDCP - ICCPR).

¹⁵ Women, Law and Development International. 1997, pág. 163.

¹⁶ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#accession>

¹⁷ CIDESC Comentario General 14, párrafo. 19.

Convención: Ver Tratado.

Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW): La CEDAW se aprobó en 1979 y entró en vigor en 1981. Es el primer documento internacional con vínculo legal, que prohíbe la discriminación contra las mujeres y obliga a los gobiernos a tomar medidas afirmativas para alcanzar la igualdad de las mujeres¹⁸. A la fecha, 180 países forman parte de la CEDAW. En 1999, se aprobó un protocolo opcional (ver **Protocolo opcional**) a la CEDAW, que entró en vigor en el 2000. Se establecieron dos nuevos procedimientos: un procedimiento para reclamos individuales al Comité y un procedimiento de encuesta sobre las bases por las que el Comité puede iniciar una investigación acerca de una situación alarmante en un determinado país.

Convenio: Ver Convención. Ver también Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC - ICESCR) y Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (CIDCP - ICCPR).

Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (CIDCP - ICCPR): Aprobado en 1966 y puesto en vigor en 1976, el CIDCP declara que todas las personas tienen una amplia gama de derechos civiles y políticos. Ha sido ratificado por 154 países hasta octubre del 2005. Ver también Derechos Civiles y Políticos¹⁹.

Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CIDESC - ICESCR): Aprobado en 1966 y puesto en vigor en 1976, el CIDESC declara que todas las personas tienen una amplia gama de derechos económicos, sociales y culturales. Ha sido firmado y ratificado por 151 países hasta octubre del 2005. Un grupo de 18 expertos independientes monitorean su implementación. Ver también Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁰.

De facto: “En realidad” o “De hecho”. Situación que existe realmente, sea legal o no²¹. Ver también: De jure.

De jure: “Legal” o “De derecho”²². Situación que debe ser de acuerdo a la ley. En realidad, la situación real no siempre está conforme a la ley. Por ejemplo, de acuerdo a la ley de ciertos Estados (de jure), cualquiera puede tener igual acceso a la atención de salud, pero en la práctica (de facto), debido a costumbres locales las mujeres necesitan el permiso de sus maridos o padres para ir al doctor. Ver también: de facto.

Declaración (documento): Documento que contiene estándares de consenso, pero sin vínculo legal. Conferencias de NU como la Conferencia sobre los Derechos Humanos de Viena en 1993 y la Conferencia Internacional de Beijing sobre la Mujer en 1995, produjeron dos grupos de declaraciones: una suscrita por los representantes de los gobiernos y otra por las ONG's. La Asamblea General de NU a menudo emite cláusulas influyentes pero que no tienen un vínculo legal²³.

¹⁸ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/index>

¹⁹ <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf>

²⁰ http://www.un.org/Depts/Treaty/final/ts2/newfiles/part_boo/iv_boo/iv_3.html

²¹ <http://www.hyperdictionary.com/search.aspx?define=de+facto>

²² <http://www.hyperdictionary.com/search.aspx?define=de+jure>

²³ <http://www1.umn.edu/humanrts/edumat/hreduseries/tb1b/Section3/hrglossary.html>

Declaración (Relato o Exposición): Algunas veces un Estado quiere hacer una exposición o relatoría acerca de un tratado, por ejemplo, la forma de interpretar una definición o palabra incluida en el tratado. Esto se hace a través de una declaración. En algunos casos donde el tratado prohíbe reservas, los Estados algunas veces (abusivamente) hacen uso de declaraciones con el fin de limitar el contenido de ciertas cláusulas o el alcance de su aplicación²⁴.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH): Aprobada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948. Es un documento primario de NU que establece estándares y normas de derechos humanos. Todos los Estados miembros se han comprometido a cumplir la DUDH. Aunque la declaración no tiene un vínculo legal, a través del tiempo sus diversas provisiones han llegado a ser tan respetadas por los Estados, que puede decirse que es una Ley Internacional Consuetudinaria²⁵.

Demandante: Persona calificada para un derecho que un proveedor debe otorgar. Un mismo individuo puede ser al mismo tiempo demandante y proveedor. Las relaciones entre demandantes y proveedores forman un patrón que une a los individuos y comunidades, incluso a los más altos niveles de la sociedad (ver Proveedor).

Derecho a la Salud: La salud es un derecho fundamental que influye en todos los aspectos de la vida y está estrechamente relacionada a los otros derechos humanos. Es importante tener una visión holística de la salud. Las personas que están enfermas no pueden disfrutar totalmente su derecho a la educación o a la participación. La carencia de alimentos y vivienda, hace difícil vivir con buena salud. El derecho a la salud incluye la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención a la salud. Ver también atención primaria, secundaria y terciaria y determinantes de la salud.

Derechos Civiles y Políticos: Los clásicos derechos de los ciudadanos a la libertad e igualdad. En principio los ciudadanos deben ser capaces de ejercer estos derechos sin interferencia del gobierno. Los derechos civiles y políticos incluyen los derechos a la vida, a un juicio imparcial, a la libre práctica de la religión, a pensar y expresarse libremente, a votar, a tomar parte en la vida política y tener acceso a información²⁶.

Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Son los lineamientos que gobiernan la seguridad social y económica de las personas. Estos derechos demandan una política gubernamental activa. Algunos ejemplos son: los derechos a la alimentación, educación, asilo y atención de salud, así como el derecho a preservar y desarrollar la propia identidad cultural²⁷.

Derechos Humanos: Derechos inherentes a todas las personas en virtud de su humanidad común, para vivir una vida de libertad y dignidad. Estos derechos y libertades son independientes de la ciudadanía, nacionalidad, raza, etnia, idioma, género y opción sexual. Los derechos humanos son universales e indivisibles y tienen fuerza legal al ser codificados como Convenciones, Convenios o tratados, o cuando llegan a ser reconocidos como una Ley Internacional Consuetudinaria²⁸.

²⁴ Información sobre ratificaciones, reservas y declaraciones a tratados específicos se encuentran en el sitio web: UNHCHR: <http://www.ohchr.org/english/bodies/index.htm>

²⁵ <http://www.wemos.nl/en-GB/Content.aspx?type=Themas&id=1548>

²⁶ Kooijmans, 2000, pág. 255.

²⁷ Kooijmans, 2000, pág. 255.

²⁸ Reporte de Desarrollo Humano 2000 Glosario: <http://www.undp.org/hdr2000/english/presskit/glossary.pdf>

Derechos Reproductivos: Derechos que facultan a todas las mujeres, sin discriminación de nacionalidad, clase, etnia, edad, religión, discapacidad, sexualidad o estado marital, a decidir tener o no tener hijos. Esto incluye el derecho al aborto legal y seguro. Estos derechos son derechos humanos básicos²⁹.

Determinantes de la Salud: Condiciones que hacen posible vivir con salud, tales como el acceso al agua segura, condiciones adecuadas de vivienda, alimentación y trabajo seguro y saludable. La distribución de los recursos, las diferencias de género y el acceso a la educación e información relacionada con la salud (incluyendo información en salud sexual y reproductiva) son también determinantes de la salud. Los determinantes no están necesariamente ni directamente relacionados a la atención de la salud, sin embargo, su análisis ayuda a clarificar dónde existen barreras a los derechos humanos.

Determinantes Sociales de la Salud: Factores sociales que afectan la salud incluyendo la educación, el acceso a una alimentación segura y saludable, al empleo, oportunidades y al control sobre la propia vida³⁰.

Discriminación: “Cualquier distinción, exclusión o restricción... que tenga el efecto o propósito de menoscabar o nulificar el reconocimiento, disfrute o ejercicio” de “un grupo de derechos humanos y libertades fundamentales, sean políticas, económicas, sociales, culturales o de cualquier otro campo³¹”. Los grupos que a menudo encaran la discriminación incluyen: mujeres, minorías étnicas y religiosas, homosexuales y personas con discapacidad.

Documentos de Consenso: Documentos de acuerdo político que han sido aprobados por declaración. Aunque no tienen un vínculo legal, son importantes porque los gobiernos sienten la obligación moral de atenerse a ellos. También son llamados Documentos Políticos. Uno de los más antiguos e influyentes documentos de consenso es la Declaración Universal de Derechos Humanos. Otros ejemplos famosos son: la plataforma de Beijing para la Acción y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Documentos o Planes de la Estrategia de Lucha contra la Pobreza (DELP): Una de las condiciones que debe llenar un país para poder recibir ayuda y alivio de su deuda, es hacer un DELP. Un DELP describe las políticas macroeconómicas, estructurales y sociales y los programas que un país puede seguir a largo plazo para promover un crecimiento de amplia base y disminuir la pobreza³².

Enfoque basado en Derechos: Dado que los Estados son responsables de la realización de los derechos humanos, los ciudadanos pueden hacer al Estado responsable de sus obligaciones de respeto, protección y cumplimiento de dichos derechos. La base de este enfoque, es que la violación de un derecho humano necesita ser distinguida o dirigida aún cuando el número de personas sea muy pequeño o no se conozca exactamente. En otras palabras cada violación a los derechos humanos debe ser individualizada y tomada seriamente. Una disminución de un cierto tipo de violación a los derechos humanos puede ser un avance positivo, pero no es justificatorio si ocurren otras violaciones.

²⁹ <http://www.wgnrr.org/home.php?page=1&type=menu>

³⁰ <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9854302995c2c86fc1256cec005a18d7?Opendocument>

³¹ CEDAW Artículo 1.

³² <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/prsp.htm>

Enfoque de Ciclo de Vida: La salud es un aspecto que concierne al tiempo de vida. Las políticas de salud necesitan ser diseñadas según los diferentes estímulos que las personas reciben en diferentes épocas de su vida. La discriminación u otra violación a los derechos humanos que ocurran durante la infancia, pueden determinar el curso de la vida de las personas³³.

Enfoque de Derechos Humanos: Ver: enfoque basado en derechos.

Estado, Obligaciones del: Las obligaciones o deberes del Estado miembro señalan lo que un Estado debe y no debe hacer, para asegurar que la población del país sea capaz de disfrutar plenamente de los derechos señalados en la Convención. Ver Respeto/Protección/Cumplimiento.

Estados Miembros: Aquellos países que han ratificado un convenio, convención o tratado y se han comprometido legalmente a cumplir con sus provisiones. Ver también Estado, obligaciones.

GATS: Acuerdo General sobre Comercio de Servicios desarrollado con el propósito de crear un sistema creíble y confiable de reglas internacionales de comercio, asegurando el trato justo y equitativo de todos los participantes, estimulando la actividad económica a través de vínculos políticos garantizados y promoviendo el comercio y desarrollo a través de una liberalización progresiva. Es controversial por sus limitaciones a la libertad de las personas y sus gobiernos para elegir democráticamente la forma en que fluyen sus servicios y los efectos que pueden tener en la calidad y disponibilidad de servicios esenciales a través del mundo³⁴.

Género: Mientras “sexo” se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, el género describe los roles socialmente construidos, los derechos y responsabilidades que las comunidades y la sociedad consideran apropiados para hombres y mujeres. Nosotros nacemos como machos y hembras, pero pertenecer a las niñas o niños, mujeres u hombres es algo que aprendemos de nuestras familias y sociedades. Este comportamiento aprendido conforma la identidad de género y determina los roles de género. Estos roles no son necesariamente los mismos a través del mundo, ni aún dentro de un país o región³⁵.

Gobierno: La palabra gobierno es usada en este instrumento de evaluación en su más amplio sentido. Comprende tanto a los decisores legales y políticos, como a las instituciones gubernamentales responsables de la implementación de políticas. También incluye los niveles gubernamentales nacionales, regionales y locales. Mientras las autoridades locales y regionales pueden tener considerables responsabilidades en desarrollar e implementar políticas, el gobierno nacional o central tiene la responsabilidad final de asegurar que los derechos humanos sean respetados.

Indicador/es: Variable o medición que transmite información cualitativa o cuantitativa, pero que es consistentemente mensurable. Los indicadores relacionados a los derechos humanos de las mujeres son, por ejemplo, la tasa de mortalidad materna, las mujeres que sufren enfermedades epidémicas (sean transmisibles o no), la esperanza de vida de las mujeres, la razón hombre-mujer, el nivel nutricional de mujeres de todos los grupos etarios, la incidencia de violencia contra las mujeres, el porcentaje de mujeres analfabetas, etc. Los datos de estos indicadores deben presentarse desagregados por todos los grupos etarios y por otros sub-grupos socioculturales y económicos³⁶.

³³ 24 <http://www.unfpa.org/rh/lifecycle.htm>

³⁴ http://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/gatsqa_e.htm y <http://www.peopleandplanet.org/tradejustice/gats/>

³⁵ http://www.unicef.org/gender/index_bigpicture.html

³⁶ OMS, 25 preguntas en Salud y Derechos Humanos

<http://www.who.int/hhr/activities/publications/en/index.html>

Indivisibilidad de los Derechos: La indivisibilidad de los derechos humanos es la base principal del sistema de derechos humanos formulada en 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. En ella se establece que todos los derechos humanos (tanto civiles y políticos, como económicos, sociales y culturales), están interrelacionados y no pueden ser separados. Para asegurar la realización de los derechos humanos, su implementación debe ser integral. Es imposible asegurar totalmente los derechos civiles y políticos si se ignora o se deja de lado algún derecho económico, social o cultural.

Limitaciones: Un Estado puede tener razones para limitar ciertos derechos incluidos en el CIDECS. Por ejemplo las medidas de salud pública para controlar algunas enfermedades contagiosas pueden infringir algunos de los derechos. Esto se permite solo si la limitación se dirige primariamente a proteger los derechos individuales determinados por la ley nacional, si es compatible con la naturaleza de los derechos protegidos por el CIDECS y si conlleva legítimos propósitos (por ejemplo no usar la limitación para incrementar el arsenal militar). Más aun, la limitación debe conducir al bienestar general de la sociedad (y no solo de la élite) y debe ser proporcional. Se debe elegir siempre la alternativa menos restrictiva³⁷.

Monitoreo y Reporte, Procedimientos de: Los tratados tienen procedimientos de reporte y monitoreo para controlar su propia implementación en cada país. En algunos casos los reportes se asemejan a una “autoinspección” - los gobiernos se auto-reportan su propio avance en las obligaciones de derechos humanos. En otros casos un organismo de monitoreo (por ejemplo una ONG), inicia el reporte sobre el comportamiento gubernamental.

No retroceso: Principio por el cual no se permite a los gobiernos permanecer pasivos en una situación donde los derechos humanos se deterioren, ni se permite que puedan tomar medidas que reduzcan el disfrute de dichos derechos. Si un gobierno toma medidas de retroceso, debe probar que no tenía otra opción, por ejemplo debido a una crisis severa. En tales casos los gobiernos también tienen que demostrar que se han protegido los derechos de los grupos más vulnerables³⁸.

Objetivos de Desarrollo del Milenio: Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) forman un esquema de acuerdos seguido por todos los países del mundo y las principales instituciones de desarrollo. Los objetivos comprenden desde disminuir a la mitad la extrema pobreza y detener la diseminación del VIH/SIDA, hasta proveer educación primaria para todos para el año 2015. En la Declaración del milenio de NU, los Estados miembros también remarcan valores tales como la libertad, igualdad y solidaridad³⁹.

Obligaciones Básicas: Aquéllas que deben ser tomadas en cuenta para asegurar el mínimo contenido de cada derecho.

Organizaciones de Base: Organizaciones formadas por la comunidad local o que involucran a la comunidad.

Organizaciones No Gubernamentales (ONG's): Organizaciones formadas por la población fuera del gobierno. Pueden operar a escalas internacionales, nacionales, regionales o locales de acuerdo a diferentes mandatos, agendas y prioridades. Las ONG's juegan un rol sustancial en influenciar la política de las NU al escribir reportes confidenciales o reportes sombra.

³⁷ Ver CIDECS Artículo 4 y párrafo 28 y 29 del Comentario General 14.

³⁸ CIDECS Comentario General 14, pág. 32

³⁹ <http://www.ohchr.org/english/issues/millennium-development/resources.htm>

Participación: Proceso a través del cual los actores políticos (individuos y organizaciones) influyen y toman el control sobre la asignación de prioridades, los formuladores de políticas, la asignación de recursos y el acceso a bienes y servicios públicos⁴⁰.

Plataforma de Beijing para la Acción: Documento de consenso aprobado en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing en 1995, que revisó y reafirmó los derechos humanos de las mujeres en todos los aspectos de la vida, firmado por los representantes en la Conferencia, con fuerza moral y sin vínculo legal. El “Documento Beijing Plus 5” añade mejoras y sus progresos fueron revisados después de 10 años, durante la 49ª Sesión de la Comisión sobre el Estado de la Mujer (2005)⁴¹.

Política/s: Línea de acción propositiva seguida por un actor o grupo de actores políticos en relación a un problema o a un asunto de interés. Las políticas pueden variar considerablemente en su enfoque. El término política puede referirse, tanto a una estrategia nacional de salud de mediano plazo, como también a decisiones de alcance más limitado, tales como la reducción de fondos para pabellones de maternidad en un cierto distrito. Los actores pueden ser: gobiernos locales o nacionales, organizaciones, empresas o individuos⁴².

Programa de Acción de El Cairo: Documento final de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, aprobado por las Naciones Unidas en Setiembre de 1994 en El Cairo, Egipto.

Programa Vertical: Intervención para disminuir la morbi-mortalidad enfocada a una enfermedad específica o también una solución tecnológica tal como una campaña para promover la terapia de rehidratación oral para tratar la diarrea. Esto contrasta con el cambio de estrategias para atacar las causas fundamentales de enfermedad, tales como desnutrición o mejora del sistema de salud en general.

Protocolo Opcional: Tratado separado asociado con un tratado maestro, bajo el cual los Estados afiliados a éste, puedan elegir comprometerse a ejercer obligaciones adicionales⁴³. El protocolo opcional al CIDESC otorga garantías a los individuos para que puedan enviar un reclamo al Comité del CIDESC. El protocolo opcional de la CEDAW también crea la posibilidad para que el Comité de la CEDAW revise los reclamos individuales (comunicados) y faculta al Comité para iniciar un procedimiento de investigación.

Proveedor: Persona obligada a proveer derechos a un demandante calificado. Un individuo puede ser al mismo tiempo demandante y proveedor. Las relaciones entre ambos forman un patrón que une a los individuos y a las comunidades entre sí y con los más altos niveles de la sociedad (Ver Demandante).

Puntos de Referencia (Benchmark): Objetivos y metas auto regulables a ser alcanzados acuerdo a datos futuros. Los puntos de referencia nacionales e internacionales, son el marco para medir el progreso en la implementación del derecho a la salud y son normalmente usados para evaluar la efectividad de las políticas y si su progreso ha alcanzado todos los sectores de la población⁴⁴.

⁴⁰ Banco mundial en <http://lnweb18.worldbank.org/ESSD/sdvext.nsf/66ByDocName/> Programa a nivel Político sobre Proyecto Participativo.

⁴¹ <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/index.html>

⁴² James Anderson en Howlet y Ramesh, 1995, página 6.

⁴³ <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/whatis.htm>

⁴⁴ Asher, 2004, página 89.

Ratificación/Adhesión: Promesa oficial de un Estado para adherirse a un tratado o convención y las normas legales que este especifica⁴⁵.

Realización Progresiva: Principio por el que los gobiernos deben hacer todo lo que este a su alcance a fin de mejorar la situación relativa a los derechos humanos, incluyendo el derecho a la salud. Los gobiernos deben tomar pasos y medidas concretas, deliberadas y enfocadas hacia la total realización del derecho a la salud y eliminar la discriminación en la atención de la salud. La velocidad del progreso depende de las situaciones específicas de cada Estado y puede diferir de país a país⁴⁶.

Recomendaciones Generales/Comentarios Generales: Documentos escritos por los Comités que monitorean la implementación de los derechos humanos y que tratan de explicar cómo un determinado tratado debe ser interpretado o aplicado. Algunas recomendaciones generales muy relevantes en el contexto de estos instrumentos de evaluación son: la Recomendación General 24 de la CEDAW, concerniente a las mujeres y la salud y el Comentario General 14 del CIDESC sobre el derecho al más alto nivel posible de salud.

Relator Especial: Oficial designado para recopilar información sobre un determinado tema, usualmente por un periodo corto.

Relator Especial en Salud: En Abril del 2002, la Comisión de Derechos Humanos designó a Paul Hunt como Relator Especial. El Relator Especial tiene el deber de recoger e intercambiar información acerca del derecho a la salud, discutir las posibles áreas de cooperación con todos los actores relevantes incluyendo los gobiernos, organismos relevantes de NU, agencias especializadas, ONG's e instituciones financieras internacionales, reportar sobre el estado del derecho a la salud y hacer recomendaciones sobre medidas que promuevan y protejan el derecho a la salud⁴⁷.

Reporte sombra: Reportes creados por una o mas ONG's que analizan el estado de la implementación de las obligaciones de los derechos humanos a nivel nacional. En estos reportes las ONG's aportan información suplementaria a los reportes gubernamentales y así ayudan a los Comités que monitorean el tratado, a enfocar situaciones que son omitidas, descuidadas o erróneamente reportadas por el gobierno⁴⁸. Los informes sombra son también conocidos como reportes alternativos.

Requisitos de acceso: Las prestaciones, bienes y servicios de salud, deben ser accesibles a cualquier persona, sin discriminación alguna dentro de la jurisdicción del Estado miembro⁴⁹. Es de particular importancia considerar la remoción de las barreras de acceso de los grupos vulnerables y marginados. El acceso incluye:

- Acceso físico: Servicios de seguridad física disponibles para todos los sectores poblacionales especialmente los grupos vulnerables y marginados.
- Acceso económico (asequibilidad): Asequible para todos, incluyendo grupos con desventajas sociales. Por ejemplo, los sectores más pobres no deben ser sobrecargados con gastos en salud en comparación con los sectores más ricos.
- Acceso a la información: derecho a solicitar, recibir y transmitir información e ideas sobre tópicos de salud. El acceso a la información no debe afectar el derecho a mantener la confidencialidad de los datos personales de salud.

⁴⁵ <http://www.undp.org/hdr2000/english/presskit/glossary.pdf>

⁴⁶ [CIDESC article 2 and article 12; CIDESC General Comment 14 paragraphs 30 and 31.](#)

⁴⁷ <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/9854302995c2c86fc1256cec005a18d7?Opendocument>

⁴⁸ <http://swf.u2u.org/women2000.txt>

⁴⁹ CIDESC Comentario General 14, párrafo 12.

Requisitos de aceptabilidad: Todas las prestaciones, bienes y servicios de salud, deben mantener estándares de ética médica, tales como preservar la confidencialidad de la información médica individual e incluso, mejorar el estado de salud de los interesados. Estos servicios también deben ser culturalmente adecuados para las personas a las cuáles se dirigen, tratando con respeto las prácticas de medicina tradicional⁵⁰.

Nota importante: La aceptabilidad no puede ser usada como una excusa para prácticas excluyentes (por ejemplo: negar información y servicios de salud reproductiva a niñas adolescentes para “proteger su pudor”). Otra limitación a la aceptabilidad es cuando las prácticas tradicionales afectan los derechos de salud de la mujer (como en el caso de la mutilación genital femenina). Semejantes prácticas están consideradas como discriminatorias.

Requisitos de disponibilidad: En el Estado miembro debe haber prestaciones de atención a la salud y servicios de salud pública funcionales, así como bienes, servicios y programas de salud en cantidad suficiente⁵¹.

Requisitos de calidad: Las prestaciones, bienes y servicios de salud, deben ser científica y médicamente válidos y de buena calidad. Esto incluye, entre otras cosas, personal médico capacitado, equipamiento hospitalario y medicamentos vigentes que estén científicamente aprobados, así como agua potable y segura e higiene sanitaria adecuada⁵².

Reserva: En los casos donde los Estados objetan uno o varios artículos de un tratado de derechos humanos, es común hacer uso de una reserva. La reserva es una declaración escrita que estrecha el contenido de un artículo, limita donde puede aplicarse, o rechaza la cláusula entera. La reserva es válida únicamente si es compatible con el objeto y el propósito del tratado, si el tratado no prohíbe reservas, y si los otros Estados miembros no objetan la reserva.

Respeto/Protección/Cumplimiento: Los Estados miembros tienen la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. La obligación al respeto requiere que los Estados se abstengan de interferir con el disfrute de estos derechos. La obligación de protección requiere que los Estados miembros prevengan el abuso contra estos derechos por parte de terceros. La obligación de cumplimiento requiere de los Estados miembros, el involucramiento proactivo en aquellas actividades que aseguren la realización de los derechos. El cumplimiento también requiere que los Estados dicten las medidas y coloquen los medios necesarios para asegurar que cada persona pueda obtener los derechos básicos cuando por razones que escapan a su control, sean incapaces de realizar estos derechos⁵³.

Salud: La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o afección. No está restringida a la atención de la salud, sino que también incluye los factores socioeconómicos y se extiende a los determinantes subyacentes como la distribución de recursos, el género, la alimentación y nutrición, la vivienda, el acceso al agua segura y potable y al saneamiento adecuado, a condiciones laborables seguras y saludables y a un medio ambiente saludable⁵⁴. Ver también **derecho a la salud y atención primaria, secundaria y terciaria de salud**.

⁵⁰ CIDESC Comentario General 14, párrafo 12.

⁵¹ CIDESC Comentario General 14, párrafo 12.

⁵² CIDESC Comentario General 14, párrafo 12.

⁵³ http://shr.aaas.org/pubs/rt_health/rt_health_manual.pdf

⁵⁴ Adaptado de las Recomendaciones Generales CIDESC 14, párrafos 4 y 20.

Sociedad Civil: Voluntarios cívicos y organizaciones e instituciones sociales que forman la base de una sociedad funcional en contraposición con las rígidas estructuras del Estado. El término sociedad civil es usado comúnmente por los críticos y activistas en referencia a las fuentes de resistencia a la globalización⁵⁵.

Tratado: Contrato u otro instrumento escrito que vincula a dos o más Estados bajo las leyes internacionales; se usa indistintamente como sinónimo de Convención y Convenio. Todos los países que han acordado ser sujetos de un tratado a través de la ratificación o adhesión tienen la obligación legal de implementar estos derechos y principios a nivel nacional⁵⁶. Ver Ratificación/Adhesión.

TRIPS: Acuerdo de la OMC en Aspectos Relacionados al Comercio de los Derechos de Propiedad Intelectual, que obliga a los 44 países miembros de la OMC a proteger los derechos de propiedad intelectual, tanto en los productos comercializados como en el proceso de producción. Derechos de propiedad intelectual tales como derecho de copia y de patente, están destinados a compensar los costos que los productores han invertido en investigación y desarrollo⁵⁷.

Violación de los Derechos Humanos: Infracción de los mandatos de un tratado (Convención/Convenio) o acción/omisión que sea incompatible con el tratado.

⁵⁵ http://en.wikipedia.org/wiki/Civil_society

⁵⁶ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#treaties>

⁵⁷ <http://untreaty.un.org/English/guide.asp#treaties>

ANEXO V. LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atención Primaria de Salud.
CAT	Convention Against Torture - Convención contra la Tortura.
CDESC - CESCR	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Committee on Economic, Social and Cultural Rights.
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres.
CEDAW / El Comité	El Comité de la CEDAW
CEDR - CERD	Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial - Convention on the Elimination of Racial Discrimination.
CIDCP - ICCPR	Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos - International Covenant on Civil and Political Rights.
CIDESC - ICESCR	Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales - International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights.
CDN - CRC	Convención sobre los Derechos de los Niños - Convention on the Rights of the Child.
DOTS	Directly Observed Treatment (for tuberculosis) - Tratamiento Directamente Observado o Estrictamente Supervisado (para Tuberculosis).
FMI	Fondo Monetario Internacional.
FMP	Fondo Mundial de Población.
GATS - AGCS	General Agreement on Trade in Services - Acuerdo General sobre Comercio de Servicios.
HeRWAI	Health Rights of Women Assessment Instrument - Instrumento de Evaluación de los Derechos de Salud de las Mujeres.
HOM	Humanistisch Overleg Mensenrechten (nombre alemán del Comité por los Derechos Humanos).
CIPD - ICPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - International Conference on Population and Development
MSP	Movimiento por la Salud de los Pueblos.
NU	Naciones Unidas.
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OIT	Organización Internacional del Trabajo.
OMC	Organización Mundial de Comercio.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
DELP - PRSP	Estrategia de Lucha contra la Pobreza, Documento - Poverty Reduction Strategy Paper.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
UNDP	United Nations Development Program - Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.
UNFPA	United Nations Population Fund - Fondo de Población de las Naciones Unidas.
UNHCHR	United Nations High Commissioner for Human Rights - Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.
UNICEF	United Nations Children's Fund - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia humana.