



Asamblea General

Distr. general
29 de junio de 2018
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

39º período de sesiones

10 a 28 de septiembre de 2018

Temas 2 y 3 de la agenda

Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Resumen de la reunión de expertos sobre las experiencias en la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos y los niños menores de 5 años

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

Resumen

El presente informe, preparado de conformidad con la resolución 33/11, contiene un resumen de la reunión de expertos, celebrada los días 27 y 28 de junio de 2017, para debatir experiencias en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años, prestando especial atención a los retos, las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, y teniendo en cuenta los desafíos particulares relacionados con los niños recién nacidos. La reunión de expertos fue organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud.



Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. Un enfoque basado en los derechos humanos de la mortalidad en la niñez y la atención de la salud.....	3
A. Apertura y resultados previstos.....	3
B. Un enfoque basado en los derechos humanos de la prevención de la mortalidad en la niñez.....	5
C. Medidas jurídicas y normativas para promover una atención de la salud basada en los derechos.....	6
D. Garantizar una inversión máxima: seguimiento del presupuesto y obligación de rendir cuentas de las actividades financieras	7
III. Mejora de la calidad de la atención mediante el seguimiento y la rendición de cuentas	8
A. Atención de calidad basada en los derechos del niño	8
B. Seguimiento, evaluación y datos para fortalecer la rendición de cuentas y la calidad de la atención	10
IV. Fortalecimiento de las medidas destinadas a los niños expuestos a mayor riesgo	12
A. Lucha contra la mortalidad neonatal y en la niñez en situaciones de conflicto y crisis humanitarias.....	12
B. Factores determinantes básicos de la mortalidad en la niñez.....	13
V. Conclusiones y recomendaciones.....	14

I. Introducción

1. En su resolución 33/11, el Consejo de Derechos Humanos solicitó al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos que organizara, con antelación a su 39º período de sesiones y en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un seminario de expertos para debatir experiencias en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años, prestando especial atención a la aplicación de las orientaciones técnicas, incluidos los retos, las mejores prácticas y las enseñanzas extraídas, y teniendo en cuenta los desafíos particulares relacionados con los niños recién nacidos.

2. A la reunión de expertos, celebrada los días 27 y 28 de junio de 2017 en la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, asistieron 36 participantes de todas las regiones, en representación de organismos de las Naciones Unidas, gobiernos y organizaciones de la sociedad civil, así como encargados de formular políticas y especialistas. En un documento de antecedentes preparado para orientar los debates de la reunión se incluyeron estudios de casos sobre la manera en que se había abordado hasta la fecha el enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años¹.

3. La reunión de expertos se basó en el conjunto de labor ya existente para abordar la mortalidad y morbilidad en la niñez desde una perspectiva de derechos humanos, emprendida sobre la base de los mandatos encomendados por el Consejo de Derechos Humanos y la Asamblea Mundial de la Salud. En su resolución 22/32, el Consejo invitó, entre otros, a la Oficina del Alto Comisionado (ACNUDH) y a la OMS a que prepararan un estudio sobre la mortalidad de los niños menores de 5 años como problema de derechos humanos; en su resolución 24/11, pidió a la Oficina del ACNUDH y a la OMS que prepararan orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años (A/HRC/27/31), así como un informe inicial sobre la puesta en práctica de las orientaciones técnicas (A/HRC/33/23).

4. Esta labor sustantiva complementa la labor realizada por el Grupo de Expertos de Evaluación en materia de Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño y el establecimiento del Grupo Independiente sobre Rendición de Cuentas y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030). Además, la aprobación del Plan de Acción “Todos los Recién Nacidos” en 2014 por la Asamblea Mundial de la Salud ha sido crucial para destacar la importancia de las necesidades particulares de los niños recién nacidos. Asimismo, el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, establecido en mayo de 2016 por la OMS y el ACNUDH, con el fin de obtener apoyo político para la ejecución de la Estrategia Mundial, presentó un informe sobre sus conclusiones y recomendaciones en mayo de 2017².

II. Un enfoque basado en los derechos humanos de la mortalidad en la niñez y la atención de la salud

A. Apertura y resultados previstos

5. En la sesión de apertura sobre los derechos humanos en el futuro y la repercusión para la supervivencia de los niños, la Alta Comisionada Adjunta de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos señaló los progresos sustanciales que se habían logrado durante los últimos decenios en la reducción de la mortalidad en la niñez; el número de muertes de niños había disminuido en el mundo de 12,7 millones en 1990 a 5,9 millones

¹ Disponible en www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/ReportExpertMeetingExperiencesApplyingAHumanNov2017.pdf.

² OMS y ACNUDH, “Leading the Realization of Human Rights to Health and Through Health”, 2017.

en 2016. En general, los progresos habían sido fruto de muchos factores distintos, en particular las mejoras en los servicios médicos, la tecnología, los adelantos en la vacunación y el tratamiento de las infecciones en la niñez, así como la elaboración de normas y el respeto de los derechos humanos. Los derechos humanos estaban intrínsecamente vinculados a la realización del derecho a la salud, incluidos los derechos a la educación, a la información y al agua y el saneamiento, así como el derecho a no ser objeto de violencia y discriminación. Señaló que el liderazgo y el compromiso político, así como la rendición de cuentas, eran esenciales para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. Destacó también la importancia de los servicios médicos adaptados a los niños y el hecho de que los derechos del niño se estaban integrando en las normas de atención pediátrica. Acogió con beneplácito la importante contribución realizada por el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, y reconoció los retos que planteaba el matrimonio infantil para defender la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la repercusión de la violencia y la explotación en el derecho a la salud. Se había centrado demasiada atención en el aspecto del cumplimiento de los derechos humanos y debería prestarse mayor atención a las voces de las personas que reclamaban los derechos mediante la libertad de expresión, de reunión y de asociación. La Alta Comisionada Adjunta expresó su profunda preocupación por el número creciente de ataques contra trabajadores sanitarios en situaciones de conflicto. Un enfoque basado en los derechos humanos era fundamental para superar el sentimiento de impotencia.

6. El Director del Departamento de salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, de la OMS, señaló la aplicación limitada de los derechos del niño entre los profesionales de la atención de salud, a pesar de que las pruebas indicaban que mejoraba los resultados en materia de salud. Subrayó la importancia de un enfoque basado en los derechos humanos mediante la igualdad y la participación, y subrayó el papel positivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Señaló la necesidad imperiosa de interpretar ciertas prácticas sanitarias desde la perspectiva de los derechos humanos, por ejemplo, el acceso insuficiente a las cesáreas o su uso excesivo, la malnutrición vinculada al comercio, la comercialización de sucedáneos de la leche materna y las políticas comerciales que repercutían en los resultados en materia de salud. Destacó las tendencias generales y los factores que repercutían en la mortalidad en la niñez, como el cambio climático, la falta de voz en la política, las consecuencias del modelo económico mundial y el incumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo al saneamiento. Afirmó que el rigor científico, el liderazgo de los países y la implicación local, la responsabilidad social y la educación sanitaria eran vitales para progresar.

7. Durante el debate que tuvo lugar a continuación, los participantes señalaron que los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecían una oportunidad para promover los derechos, y que un buen liderazgo podía ser esencial cuando los recursos eran limitados. Con respecto al desarrollo de la capacidad de los titulares de derechos para reclamarlos, el Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre la Salud y los Derechos Humanos de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes debería recibir apoyo, por ejemplo, mediante consejos populares a nivel subnacional, ya que el cambio sobre el terreno debía ser local y respaldado por los jóvenes. Algunos participantes preguntaron si los parámetros de la mortalidad en la niñez podían ampliarse más allá de los 5 años de edad, y destacaron el problema que planteaba la desigualdad, como demostraba la disminución relativamente pequeña de la mortalidad de los niños más marginados, incluidos los recién nacidos. La cuestión estaba estrechamente vinculada a la lucha contra la desigualdad de género mediante el empoderamiento de las niñas y las mujeres a todos los niveles. El cambio real debía provenir de las voces y las acciones de los ciudadanos para que los dirigentes rindieran cuentas de sus actos, y se deberían tener en cuenta factores más generales, como el papel de los padres, las madres adolescentes, la promoción de la lactancia materna, la malnutrición vinculada al comercio y el personal de salud que no adoptaba un enfoque de derechos humanos. Los enfoques jurídicos, en particular para combatir la comercialización de sucedáneos de la leche materna, podrían apoyarse en programas de cambio de comportamiento, como se había demostrado en la aplicación de legislación antitabáquica.

8. El Jefe de la Dependencia del Derecho al Desarrollo de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) dijo que el objetivo central de la reunión era extraer enseñanzas de ejemplos concretos que mostraban cómo un enfoque basado en los derechos humanos repercutía en la prevención de la mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos y los niños menores de 5 años, con miras a reforzar la integración de este enfoque entre los especialistas y los encargados de formular políticas. La reunión ofreció una plataforma para debatir los problemas, las mejores prácticas y la experiencia adquirida entre los expertos participantes, y permitió estudiar cómo y en qué medida la aplicación de las orientaciones técnicas podría repercutir en la reducción de la mortalidad en la niñez.

B. Un enfoque basado en los derechos humanos de la prevención de la mortalidad en la niñez

9. La Asesora sobre los Derechos del Niño en el ACNUDH se refirió al marco internacional para la protección de los derechos del niño y a los elementos esenciales de un enfoque basado en los derechos humanos, a saber, la participación, la rendición de cuentas, la no discriminación y la igualdad. El derecho a la salud era un derecho universal, consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Mencionó los diferentes elementos del derecho a la salud, entre ellos, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad, la asequibilidad y la calidad, y subrayó la importancia de garantizar el acceso a recursos para apoyar el proceso de reivindicación del derecho a la salud. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño no solo se refería a la obligación de los Estados de adoptar medidas para reducir la mortalidad de lactantes y la mortalidad en la niñez sino que también pedía a los Estados partes que adoptaran todas las medidas necesarias para abolir las prácticas tradicionales que fueran perjudiciales para la salud de los niños, como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina. De conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tenían la obligación de hacer efectivo el derecho a la salud hasta el máximo de los recursos disponibles. Era necesario seguir promoviendo el objetivo de garantizar el derecho humano a la salud y los derechos humanos que dependían de la salud. La Asesora también describió los principales problemas que habían incidido en la mortalidad en la niñez relativos al registro de los nacimientos, los niños en situaciones de migración y la necesidad de dar prioridad a los derechos del recién nacido.

10. Laura Ferguson, del Programa de Salud Global y Derechos Humanos del Instituto para la Salud Global (Universidad del Sur de California), presentó una visión general de los estudios de casos y las enseñanzas consiguientes que se señalaban en sus investigaciones, incluidos estudios de casos compartidos antes de la reunión por expertos participantes. Se refirió a la relación entre las obligaciones jurídicas en materia de derechos humanos y la importancia de las pruebas en pediatría. Al examinar los resultados de los estudios de casos, destacó que la rendición de cuentas, los datos y el seguimiento eran indispensables, y llegó a la conclusión de que el enfoque basado en los derechos humanos podría aplicarse a la mortalidad y la morbilidad de los niños de diversas maneras, con resultados muy positivos. Más allá del imperativo jurídico de aplicar un enfoque basado en los derechos del niño, un enfoque de ese tipo era sumamente prometedor y podría contribuir a mejorar los resultados en materia de salud. Una base de datos más sólida para demostrarlo podría aumentar la atención que se prestaba a los enfoques basados en los derechos y respaldar la realización de los derechos del niño y su salud.

11. Según algunos participantes, los trabajadores sanitarios podían ser promotores de derechos y deberían ser protegidos y apoyados por medio de la capacitación y la educación, lo que les permitiría reclamar sus propios derechos y prestar una atención de calidad. También era necesario abordar las normas sociales y los factores determinantes básicos de la salud; debería aplicarse un enfoque holístico basado en el ciclo de vida, en particular prestando la debida atención al papel de la mujer y a la violencia contra ella, que tenían gran repercusión en las tasas de supervivencia de los niños. Al analizar la forma de realizar los derechos mediante la salud, los participantes dijeron que era esencial examinar las

desigualdades sanitarias y que los derechos podían realizarse mediante la salud de diversas maneras, según el contexto, por ejemplo, en situaciones transfronterizas y de migración. Los participantes destacaron las formas en que la dinámica del poder desempeñaba un papel en los resultados en materia de salud y pusieron en tela de juicio las aplicaciones legalistas de los derechos humanos, y señalaron que, en el caso de Sudáfrica, el acceso a las terapias antirretrovirales se había logrado mediante la defensa de los derechos jurídicos también a través del compromiso político.

C. Medidas jurídicas y normativas para promover una atención de la salud basada en los derechos

12. Haroon Saloojee, de la Universidad de Witwatersrand de Johannesburgo, hizo una exposición sobre una sentencia histórica en apoyo de los derechos del niño en Sudáfrica. Señaló que se habían presentado argumentos contra el suministro de medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, uno de los cuales era su costo. Se habían adoptado medidas políticas a nivel comunitario, seguidas de medidas judiciales para obligar a los médicos a recetar esos medicamentos. Tras una causa judicial en la que se determinó que la falta de suministro de medicamentos antirretrovirales constituía una violación del derecho constitucional a la atención sanitaria básica, el Tribunal Superior ordenó al Gobierno que iniciara un programa nacional de prevención de la transmisión maternoinfantil. En el decenio siguiente a la causa judicial fue posible salvar a medio millón de niños, y las tasas de transmisión disminuyeron drásticamente. Este caso demostró que el éxito de los litigios sobre derechos humanos requería el respeto del estado de derecho, un gobierno dispuesto a dar prioridad a los derechos constitucionales y una sociedad civil activa que estuviera dispuesta a desafiar al gobierno.

13. Suzanne Aho, miembro del Comité de los Derechos del Niño y ex Ministra de Salud del Togo, examinó las medidas jurídicas y normativas adoptadas para combatir la mortalidad neonatal y en la niñez en su país. A pesar de la escasez de los fondos asignados a la salud, esta seguía siendo una prioridad en las políticas nacionales. En las iniciativas emprendidas para reducir la mortalidad materna y de lactantes, uno de los problemas reiterados eran los dispensarios no oficiales que afirmaban tratar a las madres y a los recién nacidos pero que no seguían procedimientos médicos ni disponían de equipo adecuado. Además, los profesionales de la medicina no sabían qué medicamentos debían suministrarse gratuitamente y los programas de sensibilización pública habían sido ineficaces debido a la falta de participación local. A pesar de que en 2012 se aprobó una ley relativa a las medidas para prevenir las muertes maternas y neonatales, su aplicación había sido limitada debido a la falta de acceso de las mujeres embarazadas y los recién nacidos a la atención y los servicios de salud, al escepticismo del público con respecto a las vacunas, a las bajas tasas de inscripción de los nacimientos y a problemas de regulación de los mercados de medicamentos.

14. Helia Molina, de la Universidad de Santiago, afirmó que en el decenio de 1950 comenzó a aumentar la conciencia de que la tasa de mortalidad de lactantes era problemáticamente alta y se adoptaron medidas nacionales para reducirla. Aunque los ingresos per cápita en Chile eran bajos, las iniciativas nacionales específicas habían permitido lograr una enorme reducción de la tasa de mortalidad en la niñez para 2014. El gasto público en salud seguía siendo uno de los más bajos (3,4% del PIB, frente a un promedio del de 6,5% en países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos), lo que demostraba que no existía correlación directa con los gastos. Lo importante era centrarse en las cuestiones de atención primaria de la salud y en la planificación de políticas específicas a largo plazo aplicadas mediante enfoques amplios. El éxito también dependía de una firme voluntad política y del desarrollo de los recursos humanos y la capacidad.

15. David Sanders, de la Universidad de Western Cape (Sudáfrica), se refirió a los datos, la experiencia y las dificultades normativas para asegurar el acceso a intervenciones básicas para la salud del niño. En Sudáfrica, las tasas de mortalidad en la niñez eran más altas de lo que deberían ser, teniendo en cuenta el nivel de riqueza y desarrollo del país, a causa de la falta de impulso, la fragmentación y la insuficiencia de recursos. La cobertura

de vacunación de los bebés también estaba muy por debajo de lo que cabría esperar, dado el nivel de ingresos del país, debido a las escasas existencias de vacunas, la gran distancia para llegar a los dispensarios y la insuficiente sensibilización de las madres. No obstante, se había renovado el interés por el papel de los trabajadores de salud de la comunidad y se había introducido la gestión comunitaria de los casos para hacer frente a la neumonía, una de las principales causas de mortalidad en la niñez. Todos los países que habían logrado alcanzar las metas del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, relativo a la mortalidad en la niñez, contaban con trabajadores de salud de la comunidad; en Sudáfrica, sin embargo, todavía se disponía solamente de uno de esos trabajadores por cada 250 hogares.

16. Marcus Stahlhofer, de la OMS, se refirió a la necesidad de abordar la comercialización inapropiada de sucedáneos de la leche materna y otros alimentos para lactantes y niños pequeños, en particular mediante marcos de derechos humanos. La mejora de las tasas de lactancia materna en todo el mundo podría salvar la vida de hasta 823.000 niños menores de 5 años de edad, dar lugar a beneficios económicos de más de 300.000 millones de dólares al año debido a un aumento de la productividad, y permitiría reducir en un 6% el riesgo de cáncer de mama invasivo. Sin embargo, las mujeres carecían de apoyo para iniciar y mantener la lactancia materna, y las inversiones a este respecto distaban mucho de ser suficientes. Las ventas anuales mundiales de sucedáneos de la leche materna ascendieron a un total de 44.800 millones de dólares y se esperaba que aumentaran a 70.600 millones de dólares para 2019. Aunque el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, aprobado por la OMS en 1981, era un instrumento importante para proteger a las madres y los bebés de la comercialización inapropiada de sucedáneos de la leche materna, su aplicación a nivel nacional seguía siendo baja: solo 35 Estados contaban con una legislación amplia relacionada con el Código y solo 32 Estados contaban con un sistema funcional de vigilancia y cumplimiento de aplicación de las leyes. Los fabricantes de sucedáneos de la leche materna siguieron interfiriendo tanto en la elaboración de leyes como en la formulación de políticas, mientras que la falta de voluntad política, de datos y de coordinación también planteaba problemas. Además, las actividades de legislación, vigilancia y cumplimiento de la ley no contaban con recursos suficientes. Esas acciones (y la falta de acción) constituían una violación de los derechos de los niños y las madres. Las instituciones internacionales de derechos humanos debían formar parte de la solución.

17. Durante el debate, los participantes analizaron la importancia de la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud. Observaron que un procedimiento judicial podría actuar como catalizador a este respecto, pero que su eficacia podría verse menoscabada por la corrupción y el clientelismo. Examinaron las razones de las demoras en los progresos realizados en la lucha contra la mortalidad en la niñez, que en algunos casos incluían la inscripción tardía de los embarazos, un seguimiento postnatal inadecuado, las escasas visitas de los trabajadores sanitarios a los hogares y la falta de datos, en particular sobre las muertes fuera de los centros de salud. Los problemas de salud mental y uso indebido de sustancias psicotrópicas, desatendidos en la mayoría de los países, también habían agravado la situación de la mortalidad en la niñez. Los participantes convinieron en que era necesario redoblar los esfuerzos para apoyar la lactancia materna, en particular mediante una acción civil para fortalecer una cultura a ese respecto. Propusieron que los infractores del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna de la OMS pudieran ser incluidos en una lista anual.

D. Garantizar una inversión máxima: seguimiento del presupuesto y obligación de rendir cuentas de las actividades financieras

18. Bob Muchabaiwa, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) Etiopía, señaló que la inversión en los niños era una cuestión de derechos, dado que era el medio mediante el cual se abordaban los problemas fundamentales de los derechos del niño. Existía una correlación positiva entre el aumento del gasto en salud y la reducción de las tasas de mortalidad, ya que las políticas fiscales respaldaban el acceso a la atención de la salud y su disponibilidad, asequibilidad y calidad. A este respecto, el uso de datos desglosados y estadísticas al definir los presupuestos era fundamental para asegurar la

capacidad de respuesta a las principales consideraciones de edad y género. La corrupción era un problema, ya que daba lugar al despilfarro de grandes cantidades de recursos asignados a la salud, mientras que los bajos niveles de financiación en situaciones de emergencia redundaban en tasas más elevadas de mortalidad y morbilidad. Los presupuestos de salud podrían reforzarse mediante la lucha contra la ineficiencia en los gastos y la garantía de una gestión eficaz en función de los costos de las adquisiciones, junto con una transparencia fiscal, un seguimiento del presupuesto y una mayor responsabilidad social. Era preciso prestar más atención a la dimensión de la economía política, a los vínculos entre planes de políticas y presupuestos basados en los derechos del niño, a una mayor dependencia de recursos internos sostenibles, así como a la inversión en la atención de salud comunitaria.

19. Los participantes alegaron que un marco jurídico eficaz en materia de salud debería ir acompañado de los correspondientes planes financieros. Si bien en la mayoría de los países las políticas se ajustaban a las normas, algunas deficiencias importantes dificultaban la ejecución. El hecho de asegurar una asignación de recursos suficientes era un factor esencial para la aplicación de leyes y políticas, y los niños deberían poder expresar su opinión sobre estas cuestiones en los foros apropiados. A veces se hacían concesiones (aunque polémicas) entre la aplicación de un modelo puramente económico y un modelo basado en los derechos, por consiguiente, los gobiernos tenían que encontrar un equilibrio entre ellos. La atención sanitaria privada en los países pobres socavaba la calidad general de los sistemas de salud pública al servir de refugio a quienes podían costearla.

III. Mejora de la calidad de la atención mediante el seguimiento y la rendición de cuentas

A. Atención de calidad basada en los derechos del niño

20. Andrew Clarke, de Lancashire Care NHS Foundation Trust (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte) y Kidasha (Reino Unido y Nepal), analizó la elaboración de instrumentos y enfoques para medir los derechos del niño en los centros de salud y mejorar la calidad de la atención. Explicó que a menudo se vulneraban los derechos humanos en los centros de atención de la salud y describió las enseñanzas extraídas de proyectos en Nepal basados en las normas de la Convención sobre los Derechos del Niño, que incorporaban esos derechos en las prácticas sanitarias cotidianas, en particular mediante el apoyo a los trabajadores sanitarios y el establecimiento de un marco para mejorar la calidad de la atención y hacer su seguimiento. En Nepal y Chile, los derechos humanos eran una preocupación más importante en la atención primaria que en la mayoría de los países; en el programa Hospital Amigable de Santiago, los derechos del niño se habían adoptado como estrategia de la misión del hospital. Este caso demostró que un enfoque basado en los derechos humanos podría orientar a los planificadores de salud y apoyar a los trabajadores sanitarios, mediante la mejora de la experiencia de la atención y la reducción del sufrimiento. Era necesario disponer de instrumentos útiles que pudieran integrarse en las prácticas de salud, y debería habilitarse a los trabajadores sanitarios para diseñar mejoras de la calidad de la atención basadas en los derechos mediante la capacitación y la facilitación.

21. Ana Isabel Guerreiro, consultora independiente, expuso su punto de vista sobre la mejora de la calidad de la atención en los hospitales mediante normas basadas en los derechos humanos. Explicó que la Convención sobre los Derechos del Niño podía utilizarse como marco funcional para orientar el desarrollo y la prestación de servicios de atención de la salud basados en los derechos humanos a los niños, y señaló que la igualdad, la participación y la rendición de cuentas eran principios fundamentales a este respecto. Subrayó la necesidad de centrarse también en el entorno propicio más amplio; por ejemplo, un objetivo más amplio de los programas piloto de la OMS para aplicar los instrumentos relativos a la atención de calidad en los sistemas de salud de Georgia, la República de Moldova y Tayikistán, era respaldar la presentación de informes sobre el ejercicio de los derechos vinculados a la salud y otros derechos consagrados en la Convención. Proporcionó ejemplos de normas para evaluar y mejorar los derechos del niño, por ejemplo,

mediante la definición de la mejor calidad posible de la atención que podría prestarse a todos los niños, o la elaboración de planes encaminados a garantizar la igualdad y la no discriminación. La integración de los derechos del niño y de las normas de calidad de la atención en los planes de estudios pertinentes de formación universitaria y de postgrado era fundamental.

22. Raúl Mercer, del Programa de Ciencias Sociales y de la Salud de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) de Buenos Aires, hizo una exposición acerca del fomento de la capacidad y la capacitación sobre los derechos del niño para profesionales de la atención de salud. Señaló que entre los factores determinantes básicos de la salud solo el 10% eran de carácter médico y el 90% correspondía a factores sociales y medioambientales. Para lograr cambios, las pruebas científicas debían traducirse con un enfoque basado en los derechos; debía establecerse un continuo de derechos durante toda la vida, en particular mediante la promoción de los derechos humanos, la prevención de las vulneraciones y la restitución de derechos. Con respecto a la formación del personal de salud, la información epidemiológica podría utilizarse como base de una política nacional basada en los derechos. Deberían abordarse los obstáculos existentes en los sistemas y las intervenciones de salud, en particular los sesgos, la discriminación, las omisiones, la homofobia, los prejuicios y el racismo.

23. Armida Fernández, de Society for Nutrition, Education and Health Action (SNEHA) de Mumbai (India), analizó las formas de afrontar los problemas relativos a la atención de calidad en las zonas de bajos ingresos, por ejemplo, garantizar la sostenibilidad. Su labor se centraba en las mujeres y los niños, ya que eran los grupos más vulnerables en los barrios marginales. Era esencial aplicar un enfoque basado en el ciclo de vida a la prevención de la violencia contra la mujer. Casi la mitad de los 16 millones de habitantes de Mumbai vivía en barrios marginales, donde muchas mujeres daban a luz en sus hogares. El proceso de ganarse la confianza de las comunidades y cambiar los comportamientos de búsqueda de atención sanitaria, teniendo en cuenta al mismo tiempo la diversidad de culturas y tradiciones, había sido un verdadero desafío. A fin de lograr cambios en el comportamiento, la SNEHA había puesto en marcha un programa de fomento de la capacidad y de seguimiento para los trabajadores de salud de la comunidad. La India contaba un sistema de atención de la salud mixto, público y privado, en el que las asociaciones habían desempeñado un papel fundamental, en particular con empresas privadas, instituciones públicas y la comunidad académica mundial. Se había aplicado un enfoque apreciativo a la investigación para compartir las ventajas de los métodos eficaces señalados en los talleres que se habían celebrado en particular con administradores, médicos y enfermeros. El acceso a los más pobres había mejorado mediante la instalación de dispensarios para recién nacidos en los puestos sanitarios locales, donde se había establecido un sistema de remisión a hospitales periféricos y de maternidad. La mejora de la calidad de la atención requería asociaciones, perseverancia y un enfoque participativo.

24. Tarek Meguid, del Hospital Mnazi Mmoja y la Universidad Estatal de Zanzíbar, expuso su punto de vista sobre la viabilidad de una atención de salud materno-infantil de alta calidad en los hospitales de Zanzíbar. Describió un proyecto destinado a evaluar la preparación de los hospitales locales para integrar un enfoque de la calidad de la atención basado en los derechos humanos que se fundara en las normas de la OMS. En el hospital más grande de Zanzíbar, en el que nacen 13.000 bebés cada año, la infraestructura y los servicios eran insuficientes debido a problemas relativos a los suministros, a la dotación de personal y a unas normas de atención deficientes. Los trabajadores sanitarios no disponían de información sobre los derechos; por lo tanto, era necesario impartir capacitación y proceder al fomento de la capacidad para aplicar unas normas de atención de calidad. Los hombres deberían implicarse más durante el parto y el posparto, pero se les había impedido hacerlo. Los pacientes merecían un trato digno y podrían desempeñar una función decisiva si se les empoderaba para expresar sus necesidades. Señaló que era importante abordar los factores determinantes básicos para fortalecer los sistemas de atención de la salud, así como abordar el contexto político para propiciar la justicia.

25. Sanjay Atreya, del programa Asha Health Care (Child Welfare Scheme Nepal), hizo una exposición sobre la integración de los derechos del niño en el diseño y la prestación de servicios de atención primaria en Nepal occidental. Explicó que la atención primaria era

una oportunidad clave para integrar los derechos humanos y destacó su insuficiencia entre los pobres de las zonas urbanas, lo que daba lugar en particular a vulneraciones de los derechos y a servicios hospitalarios que eran inasequibles y, por consiguiente, eran poco utilizados o demorados. Muchos proveedores privados no estaban regulados, sus servicios tampoco eran asequibles y estaban asociados a una atención de baja calidad. Se había creado una red para mejorar la atención primaria de la salud y hacerla más accesible, con miras a diseñar unos sistemas y una prestación de servicios basados en los derechos humanos, y aumentar el uso de los servicios por los pobres, las personas socialmente excluidas y las castas desfavorecidas. Mediante los esfuerzos realizados se habían conseguido importantes mejoras en la búsqueda de atención sanitaria, como confirmaban los indicadores de calidad. La prestación de atención se centraba en los valores, los cambios de comportamiento, la capacitación, los protocolos y el seguimiento. Los enfoques adoptados en esta iniciativa se habían aplicado en los sistemas municipales locales de atención de la salud en 2016.

26. Durante el debate, los participantes examinaron la forma en que podrían utilizarse los derechos desde la perspectiva de: a) los marcos jurídicos y las instituciones que apoyaban la prestación de atención mediante requisitos que facilitarían la incorporación de los derechos humanos en los sistemas de salud, y b) la rendición de cuentas mediante el uso de parámetros de referencia para la atención de calidad que mostrarán la perspectiva del usuario. Los participantes destacaron que era preciso prestar mayor atención a la discriminación, ya que los obstáculos discriminatorios con que tropezaba la atención de la salud eran un problema esencial que generaba resultados desfavorables en ese ámbito. Reiteraron que debían abordarse los derechos de los proveedores de servicios de salud, y no solo los derechos de los pacientes, dado que, en muchos casos, las condiciones de los trabajadores sanitarios constituían una violación de los derechos humanos. Los mecanismos “sobre el terreno” eran indispensables; los cambios debían ir acompañados por los protocolos correspondientes. La educación y la capacitación desempeñaban un papel fundamental, también para el personal sanitario, en las leyes relativas a la salud. Además, era necesario centrarse en la atención que se prestaba a las mujeres y la enseñanza que se les impartía, a fin de asegurar que las madres dispusieran de los conocimientos y la información pertinentes.

27. Si bien algunos participantes abogaron por ampliar el uso de los ensayos controlados aleatorios, otros señalaron que eran costosos y tal vez no fueran una metodología de investigación adecuada para reunir datos sobre la dimensión de los derechos humanos; en cambio, propusieron que esos fondos se utilizaran para otros tipos de investigación, por ejemplo, la investigación sobre la aplicación, en particular sobre la forma de aplicar mejor las medidas eficaces ya existentes, y la forma de elaborar instrumentos y parámetros adicionales para mejorar los enfoques basados en los derechos humanos de la mortalidad en la niñez. El derecho a la intimidad comenzaba desde el principio; se había demostrado que el pronóstico de los recién nacidos mejoraba cuando se respetaba el derecho a la intimidad en sus unidades de cuidados intensivos.

B. Seguimiento, evaluación y datos para fortalecer la rendición de cuentas y la calidad de la atención

28. Dinesh Poudyal, del Consejo de Desarrollo Integrado de Namuna (Nepal), se refirió a los derechos humanos en la salud pública y a los enfoques sociales para mejorar la salud del niño y la rendición de cuentas. Explicó que la discriminación social y de género era un obstáculo para mejorar la salud en Nepal, agravado por la falta de conocimientos e información, la pobreza, la dificultad para acceder a la atención de la salud y la falta de rendición de cuentas a nivel local. En el marco de un proyecto de tres años de duración, que abarcó a comunidades desfavorecidas debido a las castas donde se registraban tasas más elevadas de mortalidad en la niñez, se habían logrado progresos al abordar el uso poco frecuente de los servicios destinados a la madre, el recién nacido y el niño, y las normas negativas de género, y al promover el empoderamiento de las mujeres embarazadas. Con el tiempo se habían logrado cambios positivos en el sistema de salud de los distritos, en

particular mediante la incorporación de mecanismos de rendición de cuentas y la insistencia en la adopción de un enfoque de la atención de la salud basado en los derechos.

29. Prasanta Tripathy Ekjut, de la India, analizó la función del seguimiento para fortalecer las estrategias de salud neonatal basadas en la comunidad. Su organización puso en práctica el aprendizaje y la acción participativos mediante la movilización comunitaria y la organización de talleres sobre desarrollo de la capacidad para mejorar la salud materna y neonatal, de conformidad con las recomendaciones de la OMS. Tras mantener de 10 a 12 reuniones en grupo, las mujeres se sentían con confianza para acudir a la sociedad y a funcionarios gubernamentales en busca de apoyo para mejorar los resultados. Aunque el proceso de cambio había sido difícil debido a los métodos jerárquicos de trabajo establecidos en el sistema de salud, los datos reunidos mediante un sistema de supervisión reflejaban reducciones importantes de la mortalidad en el segundo año de aplicación. Al analizar los datos desde la perspectiva de la desigualdad, los grupos participativos generaron una mayor repercusión en los más pobres, ya que abordaron los factores determinantes sociales y las actividades se llevaron a cabo en dialectos locales. También determinaron que la mortalidad neonatal solo podría reducirse si los trabajadores de salud de la comunidad llegaban a los hogares rurales más pobres. Las consecuencias de las intervenciones participativas en forma de enseñanza y acciones se habían mantenido durante del proceso, aunque con el tiempo habían cambiado los medios específicos para obtener resultados.

30. Nand Wadhvani, de Mother and Child Health and Education Trust (India), hizo una exposición sobre la oportunidad que ofrecían las nuevas tecnologías para aumentar el acceso a los conocimientos en materia de atención de la salud. Subrayó el hecho de que la mayoría de las muertes de niños menores de 5 años se debía a causas tratables y prevenibles, y que la falta de conocimientos básicos en materia de atención de la salud costaba vidas. Destacó la necesidad de garantizar que las madres tuvieran conocimientos sobre atención sanitaria básica; en la actualidad, las mujeres embarazadas recibían poca o ninguna información sobre la salud. A pesar de la insuficiencia de los presupuestos destinados a la atención de la salud, la aparición de los teléfonos inteligentes y la tecnología móvil permitía actualmente que los conocimientos sobre salud llegaran directamente a quienes más los necesitaban, evitando las complejas estructuras administrativas. El objetivo de Mother and Child Health and Education Trust era autorizar el acceso de todas las mujeres, al registrar su embarazo, a una videoteca en su propio idioma con información sobre la importancia de los primeros 1.000 días desde el inicio del embarazo. La videoteca podría servir como manual de instrucciones para todo el embarazo y ayudar a las madres a estar en contacto con el personal de salud.

31. Laura Ferguson, del Programa de Salud Global y Derechos Humanos del Instituto para la Salud Global (Universidad del Sur de California), expuso su punto de vista acerca del uso de datos sobre la salud del niño recolectados de manera rutinaria para hacer el seguimiento de los derechos humanos, y de la necesidad de asegurar enfoques sostenibles en la recopilación de datos de derechos humanos. Presentó una visión general del enfoque basado en los derechos humanos y destacó la importancia de fundarse en datos, y en particular en datos desglosados, para reforzar la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en los sistemas de salud. Señaló que las evaluaciones de los derechos humanos eran complejas, por lo tanto, se necesitaban indicadores provisionales que ayudaran a determinar vías y teorías específicas de cambio. Expuso a grandes rasgos un marco para evaluar en qué medida los indicadores existentes de la salud del niño podían arrojar luz sobre la realización de los derechos humanos, y destacó la forma en que los resultados podían utilizarse para fundamentar las actividades nacionales y subnacionales de reunión de datos. Subrayó la necesidad de asegurar la pertinencia local de todos los datos a fin de ayudar a garantizar que se utilizaran para fundamentar la mejora de la prestación de servicios con miras a promover la salud del niño y la realización de los derechos del niño.

32. Los participantes examinaron la forma en que el seguimiento y la medición de los progresos eran esenciales para hacer frente a la discriminación y las desigualdades, y debatieron la función y las limitaciones de los ensayos controlados aleatorizados. Algunos destacaron la importancia del seguimiento basado en la comunidad y de los datos que captaban elementos ausentes en los datos habituales de los hospitales, que eran fáciles de

reunir pero carecían de información sobre indicadores de derechos humanos, como la accesibilidad y la aceptabilidad. Un participante señaló que, por lo general, los datos no estaban desglosados y podían ser objeto de un doble cómputo, como en el caso de la cobertura de vacunación en Sudáfrica. Los datos de las encuestas de hogares que se recopilaban sistemáticamente tampoco generaban datos cualitativos sobre los derechos humanos, y había límites en cuanto a lo que se podía recopilar mediante esas encuestas. Los participantes agregaron que era preciso aplicar métodos especiales de seguimiento y recopilar datos desglosados en los centros de salud, así como realizar investigaciones cualitativas que reflejaran las dimensiones de los derechos humanos. Los centros de atención primaria y secundaria de la salud deberían estar integrados y habría que invertir más en las intervenciones de salud de la comunidad y en su evaluación. En este contexto, era esencial involucrar a los hombres para combatir las barreras de género y hacer un seguimiento correcto a las mujeres embarazadas.

IV. Fortalecimiento de las medidas destinadas a los niños expuestos a mayor riesgo

A. Lucha contra la mortalidad neonatal y en la niñez en situaciones de conflicto y crisis humanitarias

33. Roberta Petrucci, de Médicos Sin Fronteras (Suiza), expuso un panorama general de los efectos de los conflictos y las situaciones de emergencia en la salud de los niños. Explicó que uno de cada seis niños vivía en países afectados por conflictos, que más de un tercio de las muertes de niños se producía en países afectados por conflictos y situaciones de emergencia, y que el 50% de todos los refugiados eran niños. Los niños desplazados corrían un riesgo mucho mayor de mortalidad, y los niños se veían afectados de manera desproporcionada por los ataques terroristas y eran reclutados activamente por grupos armados. Algunos factores complejos ajenos al ámbito médico habían generado altas tasas de mortalidad en la niñez en conflictos y crisis humanitarias, por ejemplo, la falta de acceso al agua y el saneamiento, la exposición al paludismo u otras enfermedades, y la falta de acceso a los alimentos o a los servicios de atención de la salud. Por lo tanto, la respuesta necesaria no era solo médica. Como se había visto recientemente en la República Árabe Siria y el Yemen, los centros de atención de salud, los hospitales y los convoyes humanitarios eran objeto de ataques cada vez más frecuentes para desestabilizar las zonas, y los niños estaban expuestos a las consecuencias a largo plazo de traumas, como el trastorno de estrés posttraumático, la ansiedad y la depresión, incluso después de finalizar el conflicto.

34. Jérôme Pfaffmann, un especialista en salud del niño del UNICEF, hizo una exposición sobre la salud de la comunidad en situaciones de emergencia. Explicó que las emergencias, los conflictos y las crisis humanitarias eran una de las mayores amenazas para la realización del derecho a la salud del niño. Dijo que era necesaria una comprensión detallada de los problemas que se planteaban en cada emergencia para asegurar una respuesta adecuada. Subrayó la importancia de disponer de trabajadores de salud de la comunidad integrados en la población local y de sistemas integrados de atención primaria de la salud. Se refirió a los estudios de casos del UNICEF basados en la experiencia de Guinea, Liberia y Sudán del Sur, y destacó la forma en que esos trabajadores habían podido continuar su labor incluso cuando se habían interrumpido los servicios oficiales del sistema de salud. Los trabajadores de salud de la comunidad necesitaban apoyo constante para actuar con eficacia durante las crisis y las situaciones de emergencia. Era necesario aumentar las inversiones para prever las crisis y planificar respuestas eficaces, en particular instrumentos para aplicar un enfoque basado en los derechos humanos.

35. David Southall, de Maternal Child Health Advocacy International (Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), hizo una exposición sobre el tema de la protección de los niños frente a las consecuencias de los conflictos armados en la salud. Afirmó que el nexo entre seguridad, inseguridad y salud debía tener prioridad en las situaciones de crisis; sin embargo, en los conflictos se hacía caso omiso del derecho internacional y la situación estaba empeorando en todo el mundo. Los ataques contra los centros de salud y los

trabajadores sanitarios eran endémicos (como en Somalia, por ejemplo); el Consejo de Seguridad, en su resolución 2286 (2016), instó a los Estados a que combatieran esos ataques y adoptaran medidas para garantizar la rendición de cuentas de los autores. Señaló que, en mayo de 2017, la Coalición de Salvaguardia de la Salud en Situaciones de Conflicto publicó un informe en el que se documentaba la situación actual y se mostraba que esos ataques continuaban en todo el mundo, no solo en la República Árabe Siria y el Yemen, sino también en el Afganistán y otros lugares. La proliferación de armas —incluidas las fabricadas por los Estados Miembros del Consejo de Seguridad— era uno de los principales factores que contribuía a los conflictos, y propuso la creación de un sistema mundial de protección de la salud financiado y administrado por las Naciones Unidas.

36. Nour Alnirabia, de Syrian American Medical Society Foundation de Alepo, hizo una exposición sobre su experiencia respecto de la mortalidad neonatal y en la niñez en la República Árabe Siria. Afirmó que las necesidades de los niños en las zonas de conflicto habían aumentado debido a los desplazamientos, las lesiones y la falta de atención de la salud a causa de la destrucción de los centros médicos y de la escasez de personal, instalaciones y equipo adecuados para atender a la población. En la República Árabe Siria, por cada médico había 6.000 niños que necesitaban atención. Los recién nacidos, en particular los bebés prematuros, corrían mayor riesgo de mortalidad; no obstante, cada día nacían 300 niños en zonas en que los hospitales no disponían de medios para prestar atención. Los pacientes no tenían acceso a las instalaciones, que eran blanco de los bombardeos y de las que se retiraba a los niños por razones de seguridad, a pesar de que necesitaban tratamiento. Se cometían ataques químicos en lugares donde los niños no podían recibir tratamiento, y la falta de cobertura de vacunación en las zonas de conflicto sirias había causado recientemente a una epidemia de poliomielitis. Los niños necesitaban recibir apoyo mediante la educación, los orfanatos y los centros para recuperarse del daño psicológico y del estrés que suponía vivir el conflicto, y también escuelas seguras que pudieran ayudar a formar a la próxima generación.

37. Durante el debate, los participantes señalaron que Consejo de Derechos Humanos había recibido el mandato de abordar seis violaciones graves de los derechos del niño, una de las cuales eran los ataques contra los centros de salud en los conflictos. Si bien existían normas mínimas para las respuestas humanitarias, esas normas no existían para los niños en situaciones de emergencia. Era necesario estudiar la forma de dar prioridad a la salud de los niños en la planificación de la respuesta humanitaria; podría considerarse la posibilidad de establecer un subgrupo temático interinstitucional. Era preciso disponer de conocimientos más detallados para dar respuesta a los factores no médicos, incluidos los determinantes básicos, como la malnutrición. Los participantes señalaron el gran número de abortos y de nacimientos prematuros debido a la exposición de las mujeres embarazadas a situaciones de conflicto, y que los conflictos de intereses de los Estados eran un obstáculo para poder dar respuestas eficaces a los conflictos.

B. Factores determinantes básicos de la mortalidad en la niñez

38. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Puras, afirmó que, si bien se habían logrado avances notables respecto del derecho a la supervivencia en todo el mundo, el derecho a una salud y un desarrollo integrales era igualmente importante. Unos adultos sanos y responsables, incluidos los padres, eran fundamentales para romper los ciclos de violencia y desesperanza. Señaló las asimetrías en las políticas y los enfoques relacionados con la salud, que a menudo estaban demasiado medicalizados, y añadió que era necesario prestar más atención a los determinantes sociales básicos para hacer efectivo el derecho a la salud. Indicó que las intervenciones no biomédicas, por ejemplo, las intervenciones psicosociales, eran asimismo muy eficaces, y destacó un informe temático que abordaba los derechos humanos de los niños menores de 1 año y de los recién nacidos, que eran también titulares de derechos en condiciones de igualdad y merecían ser tratados con dignidad. Las medidas regresivas en todo el mundo con respecto a los derechos de la mujer eran motivo de gran preocupación. A continuación, el Relator Especial subrayó la importancia de hacer efectivo el derecho a la salud y al mismo tiempo lograr que la realización de los derechos fuera un medio para obtener resultados en materia de salud.

39. El Relator Especial sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento, Léo Heller, subrayó que los factores determinantes básicos eran clave para abordar la mortalidad en la niñez, así como la relación bien documentada entre la mejora del agua y el saneamiento y la salud del niño. Si mejoraran las medidas relativas al agua, el saneamiento y la higiene, la incidencia de la diarrea podría reducirse en un 25% y la mortalidad en la niñez hasta un 65%. Las iniciativas para promover la prestación de los servicios de agua y saneamiento basadas en el marco de los derechos humanos eran las que habían tenido mayor repercusión. El hecho de lavarse las manos con jabón podría reducir hasta en un 50% los casos de diarrea. El acceso regular al agua potable salubre evitaba las prácticas de almacenamiento inseguras, y su suministro a las escuelas y los centros de salud era fundamental para la salud del niño. El Relator Especial había observado que en varios países existían sistemas inasequibles de abastecimiento de agua y saneamiento en las zonas urbanas. Por lo tanto, la asequibilidad era esencial para obtener resultados satisfactorios.

40. Según el Sr. Baskut Tuncak, Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ecológicamente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos, actualmente existía una crisis de derechos humanos debido a la exposición a productos químicos y desechos tóxicos, que generaba elevadas tasas de mortalidad de niños menores de 5 años y tenía graves consecuencias para el desarrollo de los niños de esa edad. Los pediatras se habían referido a una pandemia silenciosa que comenzó antes de que nacieran los bebés. La diabetes, el cáncer, el desarrollo neurológico deficiente y el asma de los niños indicaban en conjunto la exposición a sustancias y desechos peligrosos. En su informe sobre las tendencias a este respecto (A/HRC/33/41), el Relator Especial había explicado que los Estados tenían el deber de prevenir la exposición de los niños, que violaba diferentes derechos en múltiples niveles. Los niños podían verse afectados de forma irreversible por la exposición desde muy temprana edad. Como los encargados de formular políticas no podían determinar con precisión los factores de riesgo que causaban las altas tasas de enfermedad, no se detectaron violaciones de los derechos y, por consiguiente, no se adoptaron medidas al respecto. Los más pobres fueron discriminados porque estuvieron sujetos a un mayor grado de exposición, y no pudieron ejercer sus derechos. Se necesitaba una nueva perspectiva de política, más allá de la evaluación de riesgos, en la que los Estados pudieran: a) evaluar las amenazas tóxicas y prevenir la exposición, b) exigir que las empresas llevaran a cabo evaluaciones de la diligencia debida en materia de derechos humanos, y c) establecer un marco mundial eficaz de tratados sobre sustancias y desechos peligrosos.

41. El debate se centró en cuestiones intersectoriales que influían en los factores determinantes básicos, incluido el cambio de comportamiento mediante el acceso a la información. Todas las personas, incluidos los niños, tenían derecho a disponer de los conocimientos adecuados mediante la educación y la información sobre la salud. Los derechos relativos a los recursos esenciales y un medio ambiente saludable eran una cuestión de igualdad y no discriminación; por lo tanto, los Estados debían proporcionar una protección eficaz a los niños a este sentido. Los participantes preguntaron cómo podía demostrarse el valor de los derechos humanos mediante los datos, instrumentos y argumentos pertinentes, y señalaron que la observación general núm. 24 (2017) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales sería instructiva acerca de las obligaciones de los Estados y las responsabilidades de las empresas privadas.

V. Conclusiones y recomendaciones

42. **La mayoría de las muertes de niños se produce en las comunidades y regiones más marginadas. Por lo tanto, para prevenir la mortalidad en la niñez es necesario hacer frente de forma eficaz a la desigualdad en materia de salud y superar los obstáculos y las múltiples formas de discriminación que existen en los sistemas de salud y las comunidades. Los niños están expuestos a mayores riesgos en determinadas circunstancias, como la migración o el desplazamiento, así como en las etapas críticas de la vida, en particular cuando son recién nacidos. La mortalidad en la niñez aumenta drásticamente en situaciones de conflicto y crisis humanitaria, y**

algunos factores determinantes básicos, como la exposición a sustancias y desechos peligrosos o la falta de acceso al agua potable y al saneamiento, pueden causar un aumento esencial de las tasas de mortalidad.

43. Cada vez existen más pruebas de que un enfoque de la atención de la salud basado en los derechos humanos, además de ser una obligación de los Estados en virtud del derecho internacional, contribuye a mejorar los resultados relativos a la mortalidad en la niñez. Los estudios de casos presentados en la reunión indicaban que ese enfoque podía orientar a los planificadores de salud y ayudar a los trabajadores sanitarios a mejorar la calidad de la atención. Sin embargo, el conocimiento de los derechos humanos o de su aplicación por parte de los profesionales de la atención de la salud es limitado. Se necesita una base de datos más sólida a fin de transmitir el valor de un enfoque basado en los derechos humanos para prevenir la mortalidad en la niñez. Es necesario hacer el seguimiento de los resultados en materia de salud fundándose en datos desglosados, incluidos datos cualitativos sobre indicadores de derechos humanos, por ejemplo, la accesibilidad y la aceptabilidad de la atención. Es fundamental adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida en cuyo marco se pueda lograr la participación y la habilitación de las mujeres en todas las etapas y se aborde la violencia de género como una prioridad.

44. Los vínculos entre los marcos jurídicos y los planes de políticas deben fortalecerse, y también debe aumentar la inversión en la salud del niño. Los recursos de salud existentes pueden aprovecharse al máximo mediante la lucha contra la corrupción y el apoyo de la rendición de cuentas social. Dado que la voluntad política, los incentivos y las estructuras de poder —incluidos los intereses comerciales— son factores clave, la acción jurídica y política debe llevarse a cabo en paralelo para lograr resultados transformadores.

45. La adopción de medidas concretas para garantizar la rendición de cuentas y la participación mejoran la calidad de la atención. Los parámetros de referencia de la calidad de la atención en los sistemas de salud, una mayor participación de los pacientes, en particular de las mujeres, y unos mecanismos accesibles y eficaces de reparación contribuyen en conjunto a la rendición de cuentas. Los instrumentos para mejorar la calidad de la atención materna, neonatal y pediátrica elaborados recientemente por la OMS integran principios y normas relativos a los derechos del niño; se espera que su aplicación permita comprender cómo los derechos humanos y los derechos del niño pueden contribuir de forma positiva a una atención respetuosa y digna de los niños y de sus cuidadores.

46. Todo ataque contra centros de salud en los conflictos constituye una grave violación de los derechos del niño, y el aumento de esos ataques viola el derecho a la vida y el derecho a la salud de los niños. Debe establecerse un sistema de protección internacional para los trabajadores sanitarios y los centros de salud en situaciones de conflicto y de crisis humanitarias.

47. Los factores no médicos pueden tener una repercusión importante en el aumento de las tasas de mortalidad en la niñez; por lo tanto, es esencial centrarse en los factores determinantes básicos de la salud, incluidas las normas sociales. En ciertas circunstancias, para abordar los factores determinantes básicos es necesario hacer frente a las prácticas adoptadas por el sector privado, por ejemplo, en la comercialización de sucedáneos de la leche materna, la privatización del acceso al agua potable y la gestión de sustancias peligrosas y desechos tóxicos. A este respecto, los Estados tienen la obligación de velar por que los agentes privados cumplan su responsabilidad de respetar los derechos del niño.

48. Los Estados podrían considerar la posibilidad de establecer un grupo de trabajo interinstitucional de las Naciones Unidas a fin de impulsar las principales recomendaciones formuladas en la reunión con respecto a la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos y los niños menores de 5 años de edad.