



**Consejo Económico  
y Social**

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2006/48  
3 de marzo de 2006

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

---

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS  
62º período de sesiones  
Tema 10 del programa provisional

**LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES**

**Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute  
del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt\***

---

\* Este informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.

## Resumen

Este informe refleja las actividades del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ("el derecho a la salud") y sus intereses particulares desde que presentó su informe provisional a la Asamblea General (A/60/348), realizado en cumplimiento de la resolución 2002/31 de la Comisión.

La primera sección explica que el derecho a la salud puede entenderse como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, y que responde a las prioridades nacionales y locales y es accesible para todos.

Refiriéndose a los objetivos de desarrollo del Milenio y a la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, el Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de bajos y medianos ingresos a que preparen programas de salud suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos en materia de salud. Tanto el Norte como el Sur tienen la responsabilidad de adoptar medidas concertadas para desarrollar sistemas de salud eficaces en los países en desarrollo y en las economías en transición.

Sostenido por el derecho a la salud, un sistema de salud eficaz es una institución social fundamental, no menos importante que un sistema judicial o un sistema político.

La segunda parte, y la más sustanciosa, establece un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. A modo de ilustración, el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos se aplica a la estrategia de salud reproductiva que respaldó la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

## ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 3	4
I. EL DERECHO A UN SISTEMA DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ACCESIBLE PARA TODOS .....	4 - 21	5
II. UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD .....	22 - 61	8
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	62 - 78	19
<i>Anexo.</i> Enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores en relación con la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004 .....		23

## INTRODUCCIÓN

1. En la resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos estableció, por un período de tres años, el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ("el derecho a la salud"). En su 61º período de sesiones, la Comisión acogió con satisfacción el informe anual del Relator Especial (E/CN.4/2005/51) y decidió prorrogar el mandato del Relator Especial por otros tres años. En la resolución 2005/24 de la Comisión se articula el mandato del Relator Especial y se le pide que presente un informe provisional sobre sus actividades a la Asamblea General, así como un informe anual a la Comisión. Este informe se presenta de conformidad con la resolución 2005/24.

2. Además de las actividades descritas en su informe provisional a la Asamblea General (A/60/348), en septiembre de 2005 el Relator Especial viajó a la India para pronunciar el discurso de apertura en la reunión anual de la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos titulado "Unir la salud y los derechos humanos: la mortalidad materna como violación del derecho a la salud". En Nueva Delhi pronunció el discurso de despedida en la décima Reunión internacional sobre las mujeres y la salud, y asistió a reuniones con funcionarios del Ministerio de Sanidad, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y una serie de organizaciones no gubernamentales (ONG). Más adelante en septiembre asistió a una reunión en Montreal (Canadá), sobre "Los derechos humanos y el acceso a los medicamentos básicos: el camino hacia el futuro". La reunión de Montreal, que reunió a representantes gubernamentales, representantes del mundo académico, organizaciones internacionales y grupos de la sociedad civil, terminó con la aprobación de una importante declaración sobre el derecho humano a los medicamentos básicos<sup>1</sup>. El Relator Especial tiene la intención, en su próximo informe, de examinar detalladamente los problemas planteados en la Declaración de Montreal sobre el derecho humano a los medicamentos básicos. En octubre, asistió a una reunión en Ginebra organizada por la Iniciativa ética de globalización sobre la responsabilidad empresarial, los derechos humanos y el sector farmacéutico, en la que destacó la importancia de aclarar las responsabilidades de los Estados y el sector farmacéutico en relación con los medicamentos esenciales. Durante su estancia en Nueva York para presentar su informe a la Asamblea General, el Relator Especial participó en una reunión de información sobre su mandato, organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) y el Servicio Internacional pro Derechos Humanos, en cooperación con el Centro François-Xavier Bagnoud para la salud y los derechos humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard. En noviembre, el Relator Especial presentó su trabajo sobre los indicadores del derecho a la salud y el establecimiento de prioridades y el derecho a la salud en la consulta oficiosa sobre salud y derechos humanos para las oficinas regionales y en los países de la OMS.

3. Durante 2005, la Iniciativa ética de globalización y el Relator Especial organizaron una declaración de alto nivel sobre el derecho a la salud. Más de 30 ex Jefes de Estado y de Gobierno, así como otras figuras destacadas de todo el mundo, hicieron suyo el "Llamamiento de los dirigentes a la acción" sobre el derecho a la salud; para más información véase el párrafo 18 *infra*. El 9 de diciembre de 2005, la Asociación Médica Británica acogió en Londres el

---

<sup>1</sup> The statement is available at <http://www.accessmeds.org/Statement.html>.

lanzamiento del Llamamiento a la acción, que ahora está abierto a la firma para todos los que apoyen su contenido<sup>2</sup>. Se prevé que en 2006 haya otras iniciativas para poner en marcha el Llamamiento a la acción. El Relator Especial quiere agradecer de todo corazón a la Iniciativa ética de globalización por su valioso trabajo en relación con este importante proyecto. También quiere dar las gracias a todos los signatarios por su apoyo indispensable.

## I. EL DERECHO A UN SISTEMA DE SALUD EFICAZ E INTEGRADO ACCESIBLE PARA TODOS

4. El derecho a la salud se puede interpretar como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarque la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, que responde a las prioridades nacionales y locales y es accesible para todos.
5. El sistema de salud debe abarcar tanto la atención de la salud *como* los determinantes subyacentes de la salud, tales como el saneamiento adecuado, el agua potable y la educación en materia de salud.
6. Debe ser accesible para todos, no solamente los ricos, sino también para los que viven en la pobreza; no solamente para los grupos étnicos mayoritarios, sino también para las minorías y las poblaciones indígenas; no solamente para los que viven en zonas urbanas, sino también en aldeas remotas; no solamente para los hombres, sino también para las mujeres. El sistema de salud debe ser accesible para todos los particulares y comunidades desfavorecidos.
7. Además, debe ser capaz de responder tanto a las prioridades nacionales como locales. Los trabajadores sanitarios de la comunidad debidamente formados, tales como los equipos sanitarios de aldea, conocen las prioridades de sus comunidades en materia de salud. Asimismo, la participación inclusiva puede contribuir a garantizar que los sistemas de salud respondan a las necesidades especiales de salud de las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores y otros grupos desfavorecidos. Una participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad es un elemento esencial del derecho a la salud.
8. El sistema de salud también debe ser eficaz e integrado; debe ser más que un montón de intervenciones verticales poco coordinadas para las diversas enfermedades.
9. Un sistema de salud no se puede entender simplemente en términos del acceso individual a los médicos, los medicamentos, el agua potable y el saneamiento adecuado. Las condiciones socioeconómicas de la población a la que presta servicios un sistema de salud tienen unas repercusiones enormes sobre la salud de la población. Conocidos como los factores sociales determinantes de la salud, son las condiciones, tales como la pobreza y el desempleo, que hacen enfermar a las personas en primer lugar. Cuando el Relator Especial habla de los determinantes subyacentes de la salud, no se refiere únicamente a determinantes como el agua potable y el saneamiento adecuado, sino también a los factores sociales determinantes de la salud. Estos factores actualmente son el centro de atención de la Comisión sobre Factores Sociales

---

<sup>2</sup> The Leaders' Call to Action can be accessed, and signed, at <http://www.realizingrights.org>.

Determinantes de la Salud de la OMS que el Relator Especial destacó brevemente en su último informe a la Asamblea General<sup>3</sup>.

10. Básicamente, esto es lo que constituye el derecho a la salud: un sistema de salud eficaz, integrado y con capacidad de respuesta, que abarque la atención de la salud y los factores determinantes subyacentes de la salud, accesible para todos.

### **Cumbre Mundial de septiembre de 2005**

11. Una de las características más sobresalientes de los objetivos de desarrollo del Milenio es la importancia que se da a la salud: reducir la mortalidad infantil y materna; luchar contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis; proporcionar acceso al saneamiento y al agua potable; etc.<sup>4</sup>. Además, el primer objetivo -erradicar la extrema pobreza y el hambre- es imposible de conseguir si no se logran los objetivos de salud. Las sociedades oprimidas por grandes números de personas enfermas y moribundas no pueden escapar de la pobreza. Para resumir, los objetivos no se pueden lograr sin sistemas eficaces de salud accesibles para todos.

12. Esta es la razón por la cual en la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, 170 Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a:

Mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015<sup>5</sup>.

13. La Declaración del Milenio y el Documento Final de la Cumbre Mundial de 2005 son de una claridad diáfana en cuanto a que los países en desarrollo y los países desarrollados tienen una función crucial que desempeñar en el establecimiento de sistemas de salud eficaces e inclusivos en el Norte y en el Sur. El objetivo N° 8: alianza mundial para el desarrollo, tiene importancia vital<sup>6</sup>.

14. En la Cumbre Mundial los dirigentes del mundo acordaron:

---

<sup>3</sup> A/60/348, paras. 5-7.

<sup>4</sup> The Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly explained how the right to health reinforces the Goals and could contribute to their achievement (A/59/422).

<sup>5</sup> See 2005 World Summit Outcome (A/RES/60/1, para. 57 (a), also 68 (i)). Also see the United Nations Millennium Project's "Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals" and the Project's Task Force report "Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children".

<sup>6</sup> See the Special Rapporteur's report of 2004 to the General Assembly, especially paragraphs 32-35 and 42-46.

Adoptar, para 2006, y aplicar estrategias nacionales amplias de desarrollo para alcanzar los objetivos y metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio<sup>7</sup>.

15. A la luz de este compromiso, el Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de bajos y medianos ingresos a que preparen programas nacionales de salud suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos relacionados con la salud. Unos programas nacionales cuidadosamente preparados y financiados deberían reflejar lo que se necesita verdaderamente para desarrollar sistemas de salud eficaces e integrados, accesibles para todos. Los programas no deben reflejar lo que están dispuestos a pagar los donantes, sino que deben indicar las necesidades financieras reales para lograr los objetivos en materia de salud. Estos programas nacionales de salud deben formar una parte central de las estrategias de desarrollo que la Cumbre Mundial de 2005 dispuso que debían adoptarse en 2006.

16. El Relator Especial pide solamente que el mundo cumpla lo que rubricó en 2000 y reafirmó en septiembre de 2005. Es sumamente importante porque en los últimos dos decenios se han descuidado gravemente muchos sistemas de salud. Muchos de ellos han padecido la insuficiencia crónica de las inversiones. Lejos de haber mejorado y haberse fortalecido, muchos sistemas de salud han sido socavados y debilitados.

17. Para resumir, el Norte y el Sur deben, como cuestión de urgencia, adoptar medidas concertadas para establecer sistemas de salud eficaces e inclusivos, accesibles para todos, en los países en desarrollo y en las economías en transición, de acuerdo con la Declaración del Milenio, la alianza mundial para el desarrollo reflejada en el objetivo N° 8 de los objetivos de desarrollo del Milenio y la Cumbre Mundial de 2005.

### **Llamamiento de los dirigentes a la acción para el derecho a la salud**

18. Hoy día, más que nunca, destacadas figuras mundiales y organizaciones de base instan a que se respete el derecho a la salud, así como a que se hagan mayores inversiones en los sistemas de salud. Como ya se dice en el párrafo 3, en diciembre de 2005 en Londres se lanzó el Llamamiento de los dirigentes a la acción sobre el derecho a la salud. Este Llamamiento a la acción ha sido refrendado por Jimmy Carter y Bill Clinton (ex Presidente de los Estados Unidos de América), Fernando Henrique Cardoso (ex Presidente del Brasil), Hong Koo Lee (ex Primer Ministro de Corea), Mary Robinson (ex Presidenta de Irlanda y ex Alta Comisionada para los Derechos Humanos), el Reverendo Desmond Tutu (Arzobispo Anglicano Emérito de Ciudad del Cabo), Su Alteza Real el Príncipe El Hassan bin Talal de Jordania, Gro Harlem Brundtland (ex Primer Ministra de Noruega y ex Directora General de la OMS), Wangari Maathai (Premio Nobel de la Paz de 2004), Vaclav Havel (ex Presidente de Checoslovaquia y de la República Checa) y muchos otros.

19. En su Llamamiento a la acción, los dirigentes instan a los gobiernos, así como a las organizaciones internacionales, a los grupos de la sociedad civil, a las empresas privadas, a las comunidades y los particulares, a cumplir sus responsabilidades en la garantía de la realización

---

<sup>7</sup> Paragraph 22 (a). Also see paragraph 22 (c).

del derecho humano fundamental a la salud para todos y exhortan a que se hagan cambios sistemáticos para crear sistemas de salud sólidos.

20. Cada vez se tiene una idea más clara de que un sistema de salud eficaz es una institución social básica, no menos importante que un sistema judicial o un sistema político<sup>8</sup>. El derecho a un juicio imparcial sostiene un buen sistema judicial. El derecho de voto sostiene un sistema político democrático. Y el derecho a la salud sostiene el llamamiento por un sistema de salud eficaz accesible para todos.

21. En los próximos dos años, trabajando en estrecha cooperación con otros, el Relator Especial tiene la esperanza de tener recursos suficientes para determinar y examinar las características principales de un sistema de salud que refleja el derecho humano internacional a la salud.

## II. UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS DE LOS INDICADORES DE SALUD

22. Durante muchos años, la comunidad de derechos humanos -es decir, las personas que trabajan activamente en la promoción y la protección de los derechos humanos- ha considerado la posible función de los indicadores en relación con los derechos humanos. De acuerdo con el derecho internacional de derechos humanos, los derechos económicos, sociales y culturales se logran progresivamente<sup>9</sup>. Las personas que integran la comunidad internacional de derechos humanos y que se centran en los derechos económicos, sociales y culturales han prestado especial atención a los indicadores porque proporcionan una forma de supervisar la realización progresiva. Es precisamente en este contexto que la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) insiste en la importancia de los indicadores:

Para fortalecer el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales, deberían examinarse otros métodos, como un sistema de indicadores para medir los avances hacia la realización de los derechos enunciados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>10</sup>.

23. Por desgracia, el progreso hacia la formulación de este "sistema de indicadores" ha sido desesperadamente lento. Se ha tropezado con numerosos obstáculos conceptuales y de otro tipo. No obstante, por diversas razones, de las cuales no es la menos importante la renovada atención que el ACNUDH ha dedicado a la cuestión, se ha acelerado el ritmo de los avances en los últimos dos años.

---

<sup>8</sup> See L. Freedman, *Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions*, DEVELOPMENT 2005, pp. 1-6.

<sup>9</sup> See, e.g. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (ICESCR), article 2, paragraph 1.

<sup>10</sup> Paragraph 98.

24. El Relator Especial ya ha dedicado dos capítulos a los indicadores y al derecho a la salud en sus informes<sup>11</sup>. En su primer informe a la Asamblea General (2003), examinó esta cuestión "con miras a elaborar paulatinamente un enfoque práctico, realista y equilibrado"<sup>12</sup>. Al preparar su primer informe, el Relator Especial estaba pensando determinar una serie de indicadores del derecho a la salud. Al año siguiente informó a la Asamblea General del avance de su labor, llegando a la conclusión de que era más útil pensar en términos de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud<sup>13</sup>.

**En términos generales, ¿qué es un enfoque basado en los derechos humanos?**

25. En los últimos años, se ha visto claramente que el enfoque basado en los derechos humanos de cuestiones específicas, tales como el desarrollo, la reducción de la pobreza y el comercio, aporta determinadas perspectivas valiosas que, de otro modo, tienden a pasarse por alto. En pocas palabras, en términos generales un enfoque basado en los derechos humanos requiere que se preste especial atención a los particulares y a las comunidades desfavorecidos; requiere una participación activa y documentada de los particulares y las comunidades en las decisiones normativas que los afectan; y requiere mecanismos de supervisión y de rendición de cuentas eficaces, transparentes y accesibles. El efecto combinado de estos factores -y otras características del enfoque basado en los derechos humanos- es el empoderamiento de los particulares y las comunidades desfavorecidos.

26. Por tanto, un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no solamente supervisa los resultados más importantes de salud, sino también algunos procesos mediante los cuales se logran esos resultados. Es fundamental que muchos indicadores de salud utilizados comúnmente están llamados a desempeñar una importante función en el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud, siempre y cuando reúnan unas pocas condiciones razonables. Por ejemplo, se pueden utilizar muchos indicadores de salud existentes, siempre y cuando estén desagregados por varios motivos, tales como sexo, raza y etnia. Los indicadores desagregados revelan si se está discriminando *de facto* a algunos particulares y comunidades desfavorecidos. En la mayor parte de los casos, los indicadores de salud existentes rara vez están destinados a supervisar cuestiones tales como la participación y la rendición de cuentas, aunque son características esenciales del enfoque de derechos humanos.

27. Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no es un cambio radical en relación con las metodologías existentes para los indicadores. Más bien utiliza muchos indicadores de salud de uso común, los adapta en la medida de lo necesario (por ejemplo, mediante el requisito de desagregación) y añade algunos indicadores nuevos para supervisar las cuestiones (por ejemplo, la participación y la rendición de cuentas) que de otro

---

<sup>11</sup> See A/58/427; A/59/422.

<sup>12</sup> A/58/427, para. 6.

<sup>13</sup> A/59/422, paras. 81 and 83. This approach is informed by the principle confirmed in article 5 of the Vienna Declaration and Programme of Action: "All human rights are universal, indivisible and interdependent and interrelated."

modo tienden a pasarse por alto. Para resumir, un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud refuerza, mejora y complementa los indicadores de uso común.

28. Este es el planteamiento expuesto en este capítulo y resumido en los párrafos 49 y 50. Más adelante en el informe, como ilustración, se aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud a la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

### **No hay alternativa a los indicadores, pero su función no se debe exagerar**

29. Aunque algunos miembros de la comunidad de derechos humanos han dudado en utilizar los indicadores en su trabajo, el Relator Especial quiere destacar que no hay alternativa al uso de indicadores para medir y supervisar la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud. Si bien antes la pregunta principal era "*¿Existe una función para los indicadores en relación con el derecho al más alto nivel posible de salud?*", ahora la pregunta fundamental es "*¿Cómo pueden utilizarse los indicadores de la forma más apropiada para medir y supervisar este derecho humano fundamental?*". El enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se expone en este capítulo proporciona una respuesta a esta pregunta crucial.

30. Además, el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud incluye características, tales como su insistencia en la desagregación, la participación y la rendición de cuentas que, si se integran en las políticas y los programas de salud, probablemente mejorarán su eficacia.

31. Uno de los mensajes principales de este informe es que los indicadores están llamados a desempeñar una función importante en la medición y la supervisión de la realización progresiva del derecho a la salud. No obstante, no se debe exagerar la importancia de su función. Por muy complejos que sean, los indicadores nunca ofrecerán un cuadro completo del disfrute del derecho a la salud en una jurisdicción concreta. En la mayor parte de los casos, proporcionan indicaciones útiles sobre el disfrute del derecho a la salud en un contexto nacional particular. De la misma manera que es una equivocación negar que los indicadores pueden desempeñar una importante función en relación con el derecho a la salud, también está fuera de lugar esperar demasiado de ellos.

32. Este capítulo se basa en el análisis y el debate, aunque no los repite, contenidos en los dos informes precedentes del Relator Especial a la Asamblea General acerca de los indicadores y el derecho a la salud.

33. El Relator Especial ha pedido en repetidas ocasiones, y ha recibido con gratitud, observaciones sobre sus informes. A lo largo de los años ha participado en numerosos cursos prácticos y consultas sobre los indicadores y el derecho a la salud. Está profundamente agradecido a la OMS, el ACNUDH, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y muchos otros expertos que actuaron a título personal y que le ofrecieron desprendidamente los frutos de su experiencia.

## La importancia de los indicadores

34. Como ya se ha observado, el derecho internacional al más alto nivel posible de salud se logra de forma progresiva. Inevitablemente, esto significa que lo que se espera de un Estado irá cambiando con el tiempo. Para supervisar sus progresos, un Estado necesita un método para medir esta dimensión variable del derecho a la salud. El método más apropiado es la aplicación combinada de indicadores y puntos de referencia. Así pues, un Estado selecciona los indicadores apropiados que le ayudarán a supervisar las diferentes dimensiones del derecho a la salud. Estos indicadores podrían incluir, por ejemplo, las tasas de mortalidad materna y las tasas de mortalidad infantil. La mayor parte de los indicadores requerirá desagregación, por ejemplo, por razones de sexo, raza, etnia, población rural/urbana y condición socioeconómica.

A continuación el Estado establece objetivos o puntos de referencia nacionales en relación con cada indicador desagregado<sup>14</sup>.

35. De esta manera, los indicadores y los puntos de referencia cumplen dos importantes funciones en el que se basa gran parte del debate de este capítulo. *En primer lugar*, pueden ayudar al Estado a supervisar su progreso a lo largo del tiempo, permitiendo a las autoridades reconocer cuándo se necesitan ajustes de la política. *En segundo lugar*, pueden ayudar a pedir cuentas al Estado en relación con el cumplimiento de sus responsabilidades derivadas del derecho a la salud, aunque el deterioro de los indicadores no significa necesariamente que el Estado esté incumpliendo sus obligaciones internacionales acerca del derecho a la salud, un factor importante que se examina más adelante. Naturalmente, los indicadores tienen otras funciones valiosas. Por ejemplo, al destacar elementos tales como la desagregación, la participación y la rendición de cuentas, los indicadores pueden mejorar la eficacia de las políticas y de los programas.

36. Se prevé que no solamente los Estados, sino también otros agentes integren los derechos humanos en la formulación de políticas. La confirmación más reciente de ello correspondió a los 170 Jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre Mundial de 2005:

Resolvemos integrar la promoción y protección de los derechos humanos en las políticas nacionales y promover una mayor incorporación de los derechos humanos en la actividad general de todo el sistema de las Naciones Unidas, así como estrechar la cooperación entre la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y todos los órganos pertinentes de las Naciones Unidas<sup>15</sup>.

37. La integración o la incorporación de los derechos humanos en las políticas de salud nacionales e internacionales es una empresa de gran envergadura que requiere una multitud de medidas por parte de diversos agentes. Una de estas medidas es la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. El Relator Especial espera que los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas que trabajan en cuestiones de

---

<sup>14</sup> Progressive realization is also an implicit feature of the Millennium Development Goals. Indicators and benchmarks are needed to monitor progress towards the achievement of the Goals.

<sup>15</sup> 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.

salud encuentren útil este capítulo en su empeño por aumentar su eficacia e integrar los derechos humanos en su labor.

38. En resumen, en el contexto del derecho a la salud, los indicadores pueden ayudar a:
- a) Los funcionarios públicos nacionales que trabajan en cuestiones de salud;
  - b) Los órganos legislativos cuando supervisan el desempeño del ejecutivo;
  - c) Los tribunales, las instituciones de derechos humanos y otros órganos nacionales responsables por determinar si el Estado está cumpliendo sus obligaciones en relación con el derecho a la salud;
  - d) Los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas que trabajan en asociación con los Estados en cuestiones de salud;
  - e) Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos y otros órganos internacionales responsables por supervisar si los Estados cumplen sus obligaciones en relación con el derecho a la salud;
  - f) Las ONG que trabajan en cuestiones de salud.

**Una ilustración: utilizar como indicador la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado**

39. Como ilustración, esta sección muestra cómo un indicador desagregado -la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado- se puede utilizar en relación con el derecho a la salud. En esta sección no se especifica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. Una vez mostrada la función de este indicador (y sus puntos de referencia) en relación con el derecho a la salud, en las secciones subsiguientes se introduce el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.

40. La salud sexual y reproductiva son elementos integrales del derecho a la salud<sup>16</sup>. Por tanto, los Estados necesitan una manera de medir si están logrando progresivamente la salud sexual y reproductiva. Existen muchos indicadores correspondientes, en particular la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado. Un Estado puede seleccionar este indicador como uno de los que utiliza para medir la realización progresiva de los derechos a la salud sexual y reproductiva.

41. Los datos nacionales pueden mostrar que la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado es del 60%. Una vez desagregados sobre la base de la población rural o urbana, los datos pueden revelar que la proporción es del 70% en los centros urbanos, pero solamente del 50% en las zonas rurales. Después de desagregar otra vez los datos sobre la base de la etnia, los datos pueden mostrar también que la cobertura en las zonas rurales es desigual: el grupo étnico dominante disfruta de una cobertura del 70%, mientras que el grupo

---

<sup>16</sup> As confirmed by the Commission on Human Rights in resolution 2003/28, preamble and paragraph 6.

étnico minoritario, solamente del 40%. Esto destaca la importancia crucial de la desagregación como medio de determinar la discriminación de facto. Una vez desagregado, el indicador confirma que las mujeres que son miembros de la minoría étnica en zonas rurales son especialmente desfavorecidas y que requieren atención especial.

42. Consciente de la realización progresiva del derecho a la salud, el Estado puede decidir plantearse como objetivo una cobertura nacional uniforme del 70%, tanto en zonas urbanas como rurales y para todos los grupos étnicos, en un plazo de cinco años. Por consiguiente, el indicador es la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado y el punto de referencia o el objetivo, el 70%. El Estado formulará y aplicará políticas y programas destinados a lograr el punto de referencia del 70% en cinco años. Los datos muestran que las políticas y los programas tendrán que estar diseñados especialmente para llegar a los grupos de las minorías étnicas que viven en zonas rurales.

43. Es preciso supervisar el progreso anual hacia el punto de referencia o el objetivo, a la luz de qué ajustes anuales de política se van a necesitar. Al final del período de cinco años, un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas determinará si se ha logrado el punto de referencia del 70% en las zonas urbanas y rurales y para todos los grupos étnicos. De ser así, el Estado fijará un punto de referencia más ambicioso para el próximo período de cinco años, coherente con su obligación de realizar progresivamente el derecho a la salud. Sin embargo, si no se ha logrado el punto de referencia del 70%, habrá que determinar las razones y adoptar medidas correctivas.

44. Es importante observar que la incapacidad de lograr el punto de referencia no significa necesariamente que el Estado esté incumpliendo sus obligaciones internacionales con respecto al derecho a la salud. El Estado puede no haber llegado a su punto de referencia por razones fuera de su control. Sin embargo, si el mecanismo de supervisión y rendición de cuentas revela que el punto de referencia del 70% no se ha logrado porque, por ejemplo, hay corrupción en el sector de salud, probablemente se deducirá que el Estado no ha llegado a cumplir sus obligaciones internacionales con respecto al derecho a la salud.

45. La asistencia y la cooperación internacionales son un elemento importante del derecho a la salud. Los donantes tienen la responsabilidad de proporcionar apoyo financiero y de otro tipo para las políticas y los programas de los países en desarrollo en relación con, entre otras cosas, la salud sexual y reproductiva. Además, hay que pedir cuentas a los donantes acerca del cumplimiento de su responsabilidad. Por tanto, en relación con el ejemplo utilizado en los párrafos precedentes, los indicadores son necesarios para medir qué han hecho los donantes para ayudar al Estado a aplicar políticas cabales de salud sexual y reproductiva. Además, se necesita un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas para responder a la pregunta: ¿ha hecho la comunidad de donantes todo lo razonablemente posible para ayudar al Estado a aplicar políticas cabales de salud sexual y reproductiva, permitiéndole lograr su punto de referencia del 70%?

46. Naturalmente, estas cuestiones -los indicadores y los mecanismos de rendición de cuentas para la comunidad de donantes- plantean problemas complicados. No obstante, los indicadores y los mecanismos de rendición de cuentas que se centran exclusivamente en las responsabilidades de los países en desarrollo y no engloban también las responsabilidades de la comunidad de donantes son injustos, defectuosos y carecen de credibilidad.

47. Para resumir, un indicador desagregado, como la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, al utilizarse con los puntos de referencia, puede ayudar a un Estado a determinar qué políticas están funcionando y cuáles son improductivas. Además, puede ayudar a pedir cuentas a un Estado en relación con su responsabilidad derivada del derecho a la salud. Naturalmente, un indicador, incluso si está desagregado, no puede captar todas las dimensiones que son importantes desde el punto de vista de los derechos humanos. Para ello se necesitan otros indicadores que se describen a continuación. No obstante, esta ilustración muestra cómo un indicador desagregado, utilizado con un punto de referencia, puede proporcionar información útil sobre la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud.

### **Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud**

48. Los profesionales de la salud y los responsables por la formulación de políticas utilizan constantemente una gran cantidad de indicadores de salud, tales como la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, la tasa de mortalidad materna y la tasa de prevalencia del VIH. ¿Cabe preguntarse si es posible apropiarse simplemente de estos indicadores de salud y llamarlos "indicadores de derechos humanos" o "indicadores del derecho a la salud"? O bien, ¿requieren características especiales los indicadores que han de usarse para supervisar los derechos humanos y el derecho a la salud? De ser así, ¿cuáles son estos atributos especiales?

49. Según la conclusión del Relator Especial en su informe a la Asamblea General (2004), los indicadores de salud pueden utilizarse para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho a la salud siempre y cuando:

- a) *Correspondan, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud.* Tiene que haber una correspondencia razonablemente exacta, o vínculo, entre el indicador y la norma del derecho a la salud. En el caso de la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, por ejemplo, hay una correspondencia razonablemente precisa con varias normas de derechos humanos, en particular el derecho a la salud y la vida de la madre y el niño, como en el párrafo 2 a) del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- b) *Estén desagregados al menos por sexo, raza, etnia, población rural o urbana y condición socioeconómica.* Los derechos humanos muestran una preocupación especial por los particulares y los grupos desfavorecidos. Esta preocupación se refleja en numerosas disposiciones del derecho internacional de derechos humanos, y en especial en los que consagran los principios de la no discriminación y la igualdad. Si un indicador de salud puede ser desagregado o no, desde la perspectiva de los derechos humanos es fundamental que todos los indicadores pertinentes se desagreguen. Hay una cuestión todavía más difícil: ¿sobre qué bases deben desagregarse los indicadores? Desde el punto de vista de los derechos humanos, el objetivo es desagregar en relación con la mayor cantidad posible de motivos de

discriminación prohibidos internacionalmente<sup>17</sup>. No obstante, la reunión de datos desagregados sigue siendo un tremendo reto para muchos Estados. Debido a las limitaciones de capacidad, no es frecuente que se disponga de datos fiables desagregados. Hay otra complicación: la vulnerabilidad y la discriminación son contextuales. Aunque un grupo pueda ser especialmente vulnerable en un contexto, puede no serlo en otro. Por tanto, en un contexto nacional particular, tal vez sea conveniente dar prioridad a la reunión de unos datos desagregados en lugar de otros. Asimismo, algunas cuestiones de salud requerirán desagregación sobre bases particulares; por ejemplo, en el contexto de la salud sexual y reproductiva, es crucial la desagregación sobre la base de la edad debido a la importancia de la salud sexual y reproductiva de los *adolescentes*. Aun teniendo en cuenta estas observaciones, el Relator Especial sugiere que los indicadores pertinentes por lo general se desagreguen, como mínimo, por sexo, raza, etnia, población rural o urbana y condición socioeconómica. Sin embargo, estas bases para la desagregación tendrán que examinarse a la luz de: i) la capacidad; ii) el contexto; iii) el problema de salud de que se trate.

- c) *Estén complementados por indicadores adicionales que supervisan las cinco características esenciales e interrelacionadas del derecho a la salud*<sup>18</sup>:
- i) *Una estrategia y un plan nacional de acción que incluyan el derecho a la salud.* Dado que el derecho a la salud requiere que un Estado tenga una estrategia y un plan de acción que abarque el derecho a la salud, incluido el acceso universal, se necesitan indicadores para medir esta característica esencial<sup>19</sup>.
  - ii) *La participación de particulares y grupos, especialmente los más vulnerables y desfavorecidos, en la formulación de las políticas y los programas de salud.* Dado que la participación es una característica esencial del derecho a la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que las políticas y los programas de salud, en particular los servicios de control de calidad, son participatorios<sup>20</sup>.

---

<sup>17</sup> According to the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), the prohibited grounds include “race, colour, sex, language, religion, political or other opinion, national or social origin, property, birth, physical or mental disability, health status (including HIV/AIDS), sexual orientation and civil, political, social or other status”. General comment No. 14, paragraph 18.

<sup>18</sup> The following paragraphs (i)-(v) are intended only to signal the five essential features. While work has been done elsewhere to explore each feature, more is needed.

<sup>19</sup> CESCR, general comment No. 14, paragraph 43 (f).

<sup>20</sup> See, e.g., E/CN.4/2004/49/Add.1, paragraph 27; E/CN.4/2005/51, paragraphs 59-61.

- iii) *Acceso a la información sobre la salud, así como la confidencialidad de los datos personales sobre la salud.* Dado que el acceso a la información sobre la salud es una característica esencial del derecho a la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que la información sobre la salud está disponible y es accesible para todos. La información sobre la salud permite a las personas, entre otras cosas, promover su propia salud y exigir servicios de calidad al Estado y a otros. Claramente, otras características esenciales del derecho a la salud, tales como la participación cabal, dependen de la posibilidad de acceder a información fiable sobre cuestiones de salud. Además, teniendo en cuenta el requisito de confidencialidad en cuanto a los datos personales sobre la salud, se necesitan indicadores para medir el grado en que se respeta esta condición.
- iv) *La asistencia y cooperación internacionales de los donantes en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo.* El derecho a la salud impone una obligación a los Estados desarrollados de adoptar medidas que ayuden a los países en desarrollo a realizar su derecho a la salud<sup>21</sup>. Por tanto, se necesitan indicadores para medir el grado en que los donantes cumplen esta responsabilidad.
- v) *Mecanismos accesibles y eficaces de supervisión y de rendición de cuentas.* Debido a que el derecho a la salud requiere que todas las personas que tengan responsabilidades en relación con ese derecho rindan cuentas sobre su conducta, se necesitan indicadores para medir el grado en que se dispone de mecanismos accesibles y eficaces de supervisión y rendición de cuentas<sup>22</sup>.

50. Es imposible que un indicador tenga todas estas características. Por tanto, en lugar de buscar indicadores separados del derecho a la salud, es más útil pensar en términos de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. En otras palabras, aunque es imposible que un indicador posea todas las características indicadas en el párrafo precedente, sí es posible determinar *una serie* de indicadores que *juntos* tengan estas características. Una vez combinados, diversos indicadores pueden ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. Para resumir, una combinación de indicadores apropiados puede constituir un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.

### **El problema de la terminología**

51. La literatura especializada contiene una multitud de indicadores de salud. Sin embargo, hay una dificultad más fundamental. No existe una forma acordada comúnmente y coherente de establecer categorías y denominaciones de los diversos tipos de indicadores de salud. Por ejemplo, se pueden encontrar las siguientes categorías y denominaciones: desempeño, estadístico, variable, proceso, conducta, repercusiones, producto, resultado, logro, estructural, preselección, cuantitativo, cualitativo, básico y clasificado. El mismo indicador puede aparecer

---

<sup>21</sup> See, e.g., A/59/422, paragraphs 32-35.

<sup>22</sup> Ibid., paragraphs 36-46.

en varias categorías. Esta multitud de denominaciones que se superponen se presta a la confusión. Lo que es más importante, limita el debate sustantivo a una pequeña élite de expertos de salud. La falta de un planteamiento común de la clasificación de los indicadores de salud representa un reto para aquellos que quieren introducir un sistema sencillo, coherente y racional de los indicadores de salud basado en los derechos humanos.

52. Si se quieren lograr avances, tendrá que haber un cierto grado de claridad y coherencia terminológica. En 2003, el Relator Especial sugirió que se prestara especial atención a las siguientes tres categorías de indicadores: *indicadores estructurales, de proceso y de resultados*. Si bien no hay unanimidad en la literatura especializada de salud, estas categorías y denominaciones se comprenden generalmente. También son relativamente sencillas. Las utilizan algunos departamentos en la OMS, como el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. Desde 2003, el ACNUDH y otros organismos han empezado a utilizar estos tres términos. Eibe Riedel, Vicepresidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha adoptado estos términos y categorías. A juicio del Relator Especial, estas denominaciones servirán igual que otras (si no mejor). Puesto que una terminología coherente será de gran ayuda para los Estados, las ONG, los grupos de la sociedad civil y otros, recomienda que, al formular indicadores de derechos humanos en relación con la salud se establezcan las categorías de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.

53. En los párrafos que vienen a continuación, el Relator Especial ofrece definiciones de los indicadores estructurales, de proceso y de resultados, admitiendo que no es fácil trazar una clara línea divisoria entre estas categorías. Es indudable que las definiciones requerirán un mayor ajuste. No obstante, propone que lo que sigue a continuación sirva de definiciones de trabajo.

54. Los *indicadores estructurales* se ocupan de si existen o no estructuras y mecanismos fundamentales necesarios para la realización del derecho a la salud o conducentes a ello. Con frecuencia (aunque no siempre) se formulan como una pregunta que tiene la respuesta si/no. Por ejemplo, pueden tratar de: la ratificación de los tratados internacionales que incluyen el derecho a la salud; la aprobación de leyes y políticas nacionales que promuevan y protejan expresamente el derecho a la salud; o la existencia de mecanismos institucionales básicos que faciliten la realización del derecho a la salud, en particular organismos reguladores.

55. Los *indicadores de proceso* miden los programas, las actividades y las intervenciones. Se podría decir que miden el esfuerzo del Estado. Por ejemplo, a continuación se incluyen indicadores de proceso: la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado; el número de instalaciones por 500.000 habitantes que ofrecen cuidados básicos de obstetricia; el porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido asesoramiento y han sido objeto de análisis para el VIH; el porcentaje de personas que han recibido información sanitaria sobre la atención a la madre y al recién nacido, los servicios de planificación de la familia y las infecciones de transmisión sexual; el número de programas de formación y campañas públicas sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva organizados por una institución nacional de derechos humanos en los últimos cinco años. Estos indicadores de proceso pueden ayudar a prever los resultados en cuanto a salud.

56. Los *indicadores de resultados* miden las repercusiones de los programas, las actividades y las intervenciones sobre la situación sanitaria y cuestiones conexas. Los indicadores de

resultados incluyen la mortalidad derivada de la maternidad, la mortalidad infantil, las tasas de prevalencia del VIH y el porcentaje de mujeres que conocen los métodos anticonceptivos.

57. Si bien los indicadores estructurales con frecuencia se enmarcan en una pregunta que requiere una respuesta sí/no, los indicadores de proceso y de resultados a menudo se utilizarán junto con puntos de referencia u objetivos para medir los cambios a lo largo del tiempo. Aun así, no hay razón conceptual alguna para que los tres tipos de indicadores no puedan generar *o bien* una respuesta de sí/no *o bien* utilizarse con puntos de referencia para medir los cambios en el tiempo.

58. El Relator Especial está particularmente interesado en los indicadores que pueden utilizar los Estados y otros para medir la realización progresiva del derecho a la salud. Por tanto, está particularmente interesado en los indicadores que, al utilizarse con los puntos de referencia, miden los cambios en el tiempo. No obstante, los indicadores que solamente generan la respuesta sí/no también pueden proporcionar información útil sobre el empeño del Estado de aplicar el derecho a la salud. Estos indicadores tienen la ventaja añadida de que la información necesaria por lo general se puede recopilar rápidamente por medio de un cuestionario de bajo costo.

59. A veces se pueden establecer vínculos plausibles entre un indicador estructural (¿Existe una estrategia y un plan de acción para reducir las defunciones maternas?), un indicador de proceso (la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado) y un indicador de resultados (mortalidad derivada de la maternidad). Sin embargo, los indicadores de resultados con frecuencia reflejan muchos factores complejos relacionados entre sí. Frecuentemente resultará difícil establecer vínculos causales entre los indicadores estructurales, de proceso y de resultados, es decir, entre una política, una intervención y un resultado sobre el estado de salud.

60. Como ya ha destacado el Relator Especial, es equivocado esperar demasiado de los indicadores. Por ejemplo, en el caso de un indicador estructural: ¿Incluye el Estado en la Constitución el derecho a la salud?, si la respuesta es "sí", es un dato útil. Pero si el derecho constitucional a la salud no genera debates que se coronaron con éxito ni se tiene en cuenta en la formulación de políticas nacionales, esta disposición constitucional particular tiene un valor limitado. Teniendo esto en cuenta, el Relator Especial sugiere que la respuesta a cualquier indicador se pueda complementar con una breve nota u observación (una "descripción"). Por ejemplo, en el mencionado ejemplo la respuesta podría ser: "Sí, pero todavía queda por incorporar el derecho en la formulación de políticas en materia de salud". Naturalmente, una breve nota de este tipo no disipa las múltiples limitaciones de los indicadores. Aun así, puede ayudar a proporcionar un cuadro más completo del derecho a la salud en el Estado correspondiente que una breve respuesta de sí/no o numérica.

61. En el anexo<sup>23</sup> se pueden encontrar más ejemplos concretos de indicadores estructurales, de proceso y de resultados.

---

<sup>23</sup> Also see the Special Rapporteur's General Assembly reports of 2003 and 2004 (A/58/427 and A/59/422).

### III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### El derecho a un sistema de salud eficaz e integrado accesible para todos

62. El derecho a la salud se puede interpretar como un derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que englobe la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud, capaz de responder a las prioridades nacionales y locales y accesible para todos.

63. Una de las características más sobresalientes de los objetivos de desarrollo del Milenio es la importancia que asignan a la salud. Los objetivos no se pueden lograr sin sistemas eficaces de salud accesibles para todos. La Cumbre Mundial de 2005 confirmó que los países en desarrollo y los países desarrollados están llamados a desempeñar una función crucial en el establecimiento de sistemas de salud efectivos e inclusivos tanto en el Norte como en el Sur. Durante la Cumbre Mundial, los dirigentes mundiales acordaron adoptar en 2006 "estrategias nacionales amplias de desarrollo" para lograr, entre otras cosas, los objetivos de desarrollo del Milenio.

64. El Relator Especial insta a los ministros de sanidad de los países de ingresos bajos y medianos a que preparen programas nacionales de salud que sean suficientemente ambiciosos para lograr los objetivos en materia de salud. Al reflejar lo que en realidad se necesita financieramente para desarrollar sistemas eficaces de salud accesibles para todos, estos programas de salud deberían formar una parte central de las "estrategias nacionales amplias de desarrollo" dispuestas en la Cumbre Mundial. El Norte y el Sur deben, como cuestión de urgencia, adoptar medidas concertadas para desarrollar sistemas eficaces de salud en los países en desarrollo y las economías en transición.

#### Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud

65. Muchos indicadores de salud *existentes*, que los ministerios de sanidad y otras entidades ya utilizan comúnmente, tienen una importante función que desempeñar en la medición y la supervisión de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud.

66. Los indicadores de salud se pueden utilizar para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud siempre y cuando:

- a) Correspondan, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud;
- b) Estén desagregados al menos por sexo, raza, etnia, población rural y urbana y situación socioeconómica; las bases para la desagregación deben revisarse teniendo en cuenta la capacidad, el contexto y el problema de salud de que se trate;
- c) Estén complementados por indicadores adicionales que supervisan las cinco características esenciales y relacionados entre sí del derecho a la salud:
  - i) Una estrategia y un plan de acción nacionales que incluyan el derecho a la salud;

- ii) **La participación de particulares y grupos, especialmente los más vulnerables y desfavorecidos, en la formulación de las políticas y los programas de salud;**
- iii) **Acceso a información sobre la salud, así como confidencialidad de los datos personales de salud;**
- iv) **Asistencia y cooperación internacionales de los donantes en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo;**
- v) **Mecanismos de supervisión y rendición de cuentas accesibles y eficaces.**

67. Aunque es imposible que un indicador posea todas las características mencionadas en el párrafo precedente, es posible determinar *una serie* de indicadores que *juntos* tengan esas características. Por tanto, en lugar de buscar indicadores separados del derecho a la salud, es más conveniente pensar en términos de un *enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud*.

68. El enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud no solamente es un instrumento para ayudar a los Estados y a otras entidades, a medir y supervisar la realización progresiva del derecho a la salud. Además, el enfoque incluye características, tales como la desagregación, la participación y la rendición de cuentas que, una vez integradas en las políticas y los programas de salud, mejoren probablemente su eficacia.

69. En la medida de lo necesario, los Estados deberían adaptar los indicadores existentes (por ejemplo, mediante la introducción de una desagregación apropiada), y determinar nuevos indicadores (por ejemplo, sobre participación y rendición de cuentas), para que su práctica se ajuste al enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.

70. Con el fin de ayudar a sus Estados asociados, los organismos especializados y otros órganos de las Naciones Unidas deberían adaptar también sus indicadores existentes, en la medida de lo necesario, y determinar nuevos indicadores, que se ajusten al enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.

71. En sus directrices para la presentación de informes, el "diálogo constructivo", las observaciones finales y otros documentos, se insta a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos a que adopten, y que alienten a los Estados Partes a adoptar, el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo.

72. El ACNUDH debería continuar desempeñando su papel central de dirección en el desarrollo de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores en general, y de los indicadores de salud en particular.

73. Las ONG deberían adoptar el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se describe en este capítulo.

**74. Aunque este capítulo establece una metodología para el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud, es preciso seguir trabajando para que la metodología se vuelva plenamente operacional. En particular, debería prestarse más atención a:**

- **El desarrollo de los indicadores que miden las cinco características esenciales del derecho a la salud: una estrategia y un plan nacionales de acción; la participación; la información sobre la salud, así como la confidencialidad de los datos personales de salud; la asistencia y la cooperación internacionales; y la supervisión y la rendición de cuentas<sup>24</sup>;**
- **La exploración de la manera en que el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud podría reflejar mejor el marco analítico de la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud<sup>25</sup>.**

**75. En toda su labor, en particular cuando se encuentre en misiones en los países, el Relator Especial promoverá el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo. Invita a que se formulen comentarios sobre este enfoque. Teniendo en cuenta la experiencia y los comentarios recibidos, continuará perfeccionando el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud.**

**76. La multitud existente de términos para las diversas categorías de indicadores de salud se presta a una gran confusión y es un obstáculo importante para un enfoque coherente, consistente y racional de la política sanitaria. Con el fin de desarrollar un enfoque común que resulte comprensible para los no especialistas, el Relator Especial recomienda enérgicamente que en el planteamiento basado en los derechos humanos de los indicadores de salud se adopten los siguientes términos y categorías básicos: *indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de resultados*. Admite que la definición de los indicadores estructurales, de proceso y resultados requerirá revisión y perfeccionamiento a la luz de la experiencia. Admite también que podrían darse casos excepcionales en que se necesite categorías adicionales de indicadores. Sin embargo, recomienda enérgicamente que la proliferación oscurantista existente de múltiples términos que se superponen se sustituya, como regla general, por los indicadores estructurales, de proceso y de resultados.**

**77. Por último, durante más de un decenio ha habido debates interminables sobre los derechos humanos y los indicadores. Es fundamental que estos debates avancen constantemente de lo teórico a lo práctico. Gracias a la labor de innumerables expertos en salud y derechos humanos durante muchos años, están cada vez más claras las características esenciales de un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud. Naturalmente, este planteamiento seguirá desarrollándose y madurando.**

---

<sup>24</sup> The starting point for further developing such indicators is to clarify the scope - or normative content - of each of the five essential features.

<sup>25</sup> This framework derives from CESCR's general comment No. 14 and has been elaborated upon and applied by the Special Rapporteur in several of his reports e.g. E/CN.4/2005/51 paragraph 46.

**Sin embargo, el Relator Especial recomienda enérgicamente que todas las Partes empiecen a adoptar el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud descrito en este capítulo, como forma de medir y supervisar la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud y aumentar la eficacia de las políticas y los programas de salud.**

**78. Como ilustración, en el anexo de este informe se ofrece un cuadro que aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores, según se describe en este capítulo, a la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.**

## ANEXO

### **Enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores en relación con la estrategia de salud reproductiva refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004**

1. El cuadro que figura a continuación debe leerse junto con el capítulo titulado "Un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud" que figura en el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (E/CN.4/2006/48, 23 de enero de 2005). El cuadro aplica el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores, descrito en ese capítulo, a la estrategia de salud reproductiva desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y refrendada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.
2. La estrategia de salud reproductiva de la OMS determina cinco aspectos prioritarios o "básicos" de la salud reproductiva y sexual. Cada uno de ellos se trata separadamente en el cuadro. Los derechos humanos, en particular el derecho al más alto nivel posible de salud, es el "principio rector" de la estrategia de la OMS.
3. Si el Relator Especial fuera a preparar una estrategia de salud reproductiva, tendría algunas características que no se encuentran en la estrategia de la OMS (en general, véase su informe E/CN.4/2004/49, 16 de febrero de 2004). No obstante, para los presentes objetivos, utiliza la estrategia de la OMS y trata de proporcionar una respuesta preliminar a la pregunta: "¿Qué indicadores se necesitarían si a la estrategia de salud reproductiva de la OMS se aplicara un enfoque basado en los derechos humanos?".
4. Como ya se explica en el capítulo mencionado, un indicador de salud puede utilizarse para supervisar aspectos de la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud con determinadas condiciones, siendo una de ellas que el indicador corresponda, con cierto grado de precisión, a una norma del derecho a la salud. Todos los indicadores que figuran en el cuadro corresponden con suficiente precisión a una o más normas del derecho a la salud, en particular las siguientes: apartados a), d) y f) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, apartados a), c) y d) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, apartado e) iv) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y el artículo 12 de la Convención para la eliminación de todas esas formas de discriminación contra la mujer.
5. Es importante que un enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores no genere un número excesivo de indicadores. También es fundamental que los indicadores sean relativamente sencillos y estén a la altura de la capacidad de la mayoría de los Estados de reunir datos. No tiene sentido determinar un gran número de indicadores, muchos de los cuales están más allá de la capacidad de la mayoría de los Estados. Por tanto, los indicadores deben estar fácilmente disponibles, o disponibles sin un gasto adicional considerable. Cada indicador puede complementarse con una nota explicativa o un comentario breve.
6. Los indicadores que aparecen en el cuadro no son exhaustivos ni definitivos. Un Estado tal vez quiera añadir al cuadro o restarle indicadores. No obstante, el Relator Especial tiene la

esperanza de que los siguientes indicadores ayuden a los Estados y otras entidades que están decididos a supervisar la realización del derecho a la salud.

7. El Relator Especial recibirá con gratitud observaciones sobre la forma de fortalecer el enfoque basado en los derechos humanos de los indicadores de salud que se expone en el capítulo correspondiente y se aplica en el cuadro que figura continuación. Está sumamente agradecido a todos aquellos -especialmente el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS- que le ofrecieron asesoramiento indispensable en relación con este anexo. Al preparar el cuadro, el Relator Especial se ha basado, y recomienda enérgicamente, *Using Human Rights for Maternal and Neonatal Health: A tool for strengthening laws, policies and standards of care*, publicación conjunta del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (Organización Mundial de la Salud) y el Programa de salud internacional y derechos humanos del Centro François-Xavier Bagnoud para la salud y los derechos humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard (2005). Acogerá con especial satisfacción sugerencias sobre la forma de fortalecer los indicadores relacionados con las cinco características esenciales del derecho a la salud determinadas en el párrafo 49 c) del capítulo correspondiente.

**Cuadro**

**Indicadores del derecho a la salud**

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Contexto jurídico básico</b>	<p>S1. ¿Ha ratificado el Estado los siguientes tratados internacionales que reconocen el derecho a la salud:</p> <p>a) PIDESC? (<i>Sí/No</i>)                      b) CDN? (<i>Sí/No</i>)                      c) CEDAW? (<i>Sí/No</i>)                      d) CIEDR? (<i>Sí/No</i>)</p> <p>S2. ¿Incluye la Constitución del Estado el derecho a la salud? (<i>Sí/No</i>)</p> <p>S3. ¿Reconoce expresamente la legislación del Estado el derecho a la salud, en particular los derechos a la salud sexual y reproductiva? (<i>Sí/No</i>)</p>	<p>P1. Número de informes que el Estado ha presentado a los órganos creados en virtud de tratados que supervisan los siguientes tratados:</p> <p>a) PIDESC;                      b) CDN;                      c) CEDAW;                      d) CIERD.</p> <p>P2. Número de decisiones judiciales nacionales que se refirieron a los derechos a la salud sexual y reproductiva en los últimos cinco años.</p>	Contexto jurídico básico.
<b>Contexto financiero básico</b>	<p>S4. ¿Tiene el Estado una ley para garantizar el <i>acceso universal</i> a los cuidados de la salud sexual y reproductiva? (<i>Sí/No</i>)</p>	<p>P3. Porcentaje del presupuesto gubernamental asignado a la salud.</p> <p>P4. Porcentaje del <i>presupuesto de salud</i> gubernamental asignado a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>P5. Porcentaje de los <i>gastos de salud</i> gubernamentales asignados a la salud sexual y reproductiva.</p> <p>P6. <i>Gasto</i> per cápita en salud sexual reproductiva.</p>	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Contexto financiero básico</b>	S4. ¿Tiene el Estado una ley para garantizar el <i>acceso universal</i> a los cuidados de la salud sexual y reproductiva? (Sí/No)	P3. Porcentaje del presupuesto gubernamental asignado a la salud. P4. Porcentaje del <i>presupuesto de salud</i> gubernamental asignado a la salud sexual y reproductiva. P5. Porcentaje de los <i>gastos de salud</i> gubernamentales asignados a la salud sexual y reproductiva. P6. <i>Gasto</i> per cápita en salud sexual reproductiva.	
<b>Estrategia y plan de acción nacionales</b>	S5. ¿Tiene el Estado una estrategia y un plan de acción nacionales de salud sexual y reproductiva? (Sí/No) S6. ¿Proporciona la estrategia/plan de acción <i>acceso universal</i> a la atención de la salud sexual y reproductiva? (Sí/No) S7. La estrategia/el plan de acción: a) ¿Reconoce expresamente los derechos a la salud sexual y reproductiva? (Sí/No) b) ¿Determina claramente: i) los objetivos? (Sí/No) ii) los marcos cronológicos? (Sí/No) iii) los responsables y sus obligaciones? (Sí/No) iv) los procedimientos de presentación de informes? (Sí/No) c) ¿Incluye expresamente medidas para beneficiar a los grupos vulnerables? (Sí/No)	P7. ¿Reúne el Estado datos suficientes para evaluar el rendimiento de la estrategia/plan de acción, en particular en relación con los grupos vulnerables? (Sí/No)	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Participación</b>	<p>S8. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para el Estado para consultar periódicamente a una amplia gama de representantes de los siguientes grupos, al formular, aplicar y supervisar la política de salud sexual y reproductiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) organizaciones de profesionales de la salud? <i>(Sí/No)</i></li> <li>c) gobiernos locales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>d) dirigentes de la comunidad? <i>(Sí/No)</i></li> <li>e) grupos vulnerables? <i>(Sí/No)</i></li> <li>f) el sector privado? <i>(Sí/No)</i></li> </ul>	<p>P8. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para el Estado para consultar periódicamente a una amplia gama?</p>	

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Información</b>	<p>S9. ¿Protege la legislación del Estado el derecho a buscar, recibir e impartir información sobre la salud sexual y reproductiva? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S10. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción para difundir información sobre salud sexual y reproductiva entre el público? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S11. ¿Establece la estrategia/plan de acción un procedimiento para que el Estado difunda periódicamente información sobre sus políticas de salud sexual y reproductiva entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) organizaciones de profesionales de salud? <i>(Sí/No)</i></li> <li>c) gobiernos locales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>d) medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? <i>(Sí/No)</i></li> </ul> <p>S12. ¿Protege la legislación del Estado la confidencialidad de la información personal de la salud?</p> <p>S13. ¿Requiere la legislación del Estado el consentimiento de la persona para aceptar o rechazar un tratamiento?</p>	<p>P9. Porcentaje de personas expuestas a información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención materna y del recién nacido;</li> <li>b) Servicios de planificación de la familia;</li> <li>c) Aborto/atención posterior al aborto;</li> <li>d) Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual;</li> <li>e) Prevención y tratamiento del cáncer cervical y otros trastornos ecológicos.</li> </ul> <p>P10. ¿Difunde el Estado periódicamente información sobre sus políticas de salud sexual y reproductiva entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) organizaciones no gubernamentales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) organizaciones de profesionales de salud? <i>(Sí/No)</i></li> <li>c) gobiernos locales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>d) medios de comunicación accesibles en las zonas rurales? <i>(Sí/No)</i></li> </ul> <p>P11. Porcentaje de instalaciones médicas con protocolos sobre la confidencialidad de la información personal de salud.</p> <p>P12. Porcentaje de profesionales de la salud que han recibido formación sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La confidencialidad de la información personal de salud;</li> <li>b) El requisito del consentimiento fundamentado para aceptar/rechazar un tratamiento.</li> </ul>	<p>O1. Porcentaje de mujeres que tienen conocimientos sobre los métodos anticonceptivos (tradicionales o modernos). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O2. Porcentaje de personas entre los 15 y los 24 años que saben cómo prevenir la infección por VIH. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O3. Porcentaje de personas que creen que la información personal revelada a los profesionales de salud se convierte en confidencial. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Instituciones nacionales de derechos humanos</b>	S14. ¿Tiene el Estado Parte una institución nacional de derechos humanos con un mandato que incluya los derechos a la salud sexual y reproductiva? <i>(Sí/No)</i>	P13. Número de actividades que ha celebrado la institución sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en los últimos cinco años: a) Programas de formación; b) Campañas públicas.  P14. Número de denuncias relativas a los derechos a la salud sexual y reproductiva examinado por la institución en los últimos cinco años.	
<b>Asistencia y cooperación internacionales (estos indicadores son para los donantes)</b>	S15. ¿Está basada en los derechos la política estatal de asistencia al desarrollo de otros países? <i>(Sí/No)</i>  S16. ¿Tiene la política del Estado sobre el desarrollo de otros países disposiciones específicas para promover y proteger los derechos a la salud sexual reproductiva? <i>(Sí/No)</i>	P15. Porcentaje de la asistencia al desarrollo de otros países dirigido a la salud sexual y reproductiva.  P16. ¿Incluyen los informes del Estado a los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos una relación detallada de la asistencia y la cooperación internacionales que ofrece, en particular en relación con la salud sexual y reproductiva? <i>(Sí/No/No se aplica)</i>  P17. ¿Proporciona el Estado un informe anual relativo a los países concretos sobre su asistencia y cooperación internacionales, en particular en relación con la salud sexual y reproductiva: a) al Gobierno del país receptor? <i>(Sí/No)</i> b) al público del país receptor? <i>(Sí/No)</i>	

	Indicadores estructurales	Indicadores de proceso	Indicadores de resultados
<p><b>Aspecto prioritario 1:                      Mejorar la asistencia                      antenatal, en el                      parto, después del                      parto y al recién                      nacido</b></p>	<p>S17. ¿Tiene el Estado una estrategia o plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) para reducir las defunciones maternas y sus causas? (Sí/No)</li> <li>b) para garantizar un sistema universal de remisión de las emergencias obstétricas? (Sí/No)</li> <li>c) para el acceso y la atención, el tratamiento y el apoyo de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH? (Sí/No)</li> </ul>	<p>P18. Número de instalaciones por 500.000 habitantes que proporcionan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención básica de obstetricia;</li> <li>b) Atención obstétrica completa.</li> </ul> <p>P19. Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P20. Porcentaje de mujeres embarazadas que han recibido asesoramiento y se les han practicado análisis para el VIH/SIDA. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P21. Porcentaje de mujeres embarazadas sometidas a un análisis para detectar la sífilis. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>	<p>O4. Porcentaje de mujeres con acceso a atención antenatal, de parto, después del parto y del recién nacido. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O5. Tasa de mortalidad materna (número de defunciones de madres por 100.000 nacidos vivos)*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O6. Incidencia del VIH entre las mujeres embarazadas (de 15 a 24 años)*. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O7. Incidencia de la sífilis entre las mujeres embarazadas (de 15 a 24 años). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O8. Tasa de mortalidad neonatal (número de niños que mueren durante el primer mes de vida por 1.000 nacidos vivos). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 2: Prestación de servicios de planificación de la familia de alta calidad</b>	<p>S18. ¿La legislación del Estado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) requiere la autorización de terceros para que las mujeres reciban servicios de planificación de la familia? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) especifica que solamente las mujeres casadas pueden recibir servicios de planificación de la familia? <i>(Sí/No)</i></li> </ul> <p>S19. ¿Incluye la lista nacional de medicamentos esenciales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) los preservativos? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) los anticonceptivos hormonales, en particular los anticonceptivos de emergencia? <i>(Sí/No)</i></li> </ul>	<p>P22. Porcentaje de servicios de atención primaria de la salud que proporcionan servicios completos de planificación de la familia (la gama completa de información sobre anticonceptivos, asesoramiento y suministros para al menos seis métodos, en particular masculinos y femeninos, temporales, permanentes y anticonceptivos de emergencia).</p>	<p>O9. Porcentaje de personas con <i>acceso</i> a servicios completos de planificación de la familia. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O10. Porcentaje de mujeres que corren el riesgo de embarazo y que están utilizando (o su pareja está utilizando) un método anticonceptivo (todos los métodos) . <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O11. Porcentaje de mujeres que pueden quedarse embarazadas y quieren evitar el embarazo, pero que no están utilizando (y cuya pareja no está utilizando) un método anticonceptivo. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 3: Eliminar el aborto no seguro</b>	S20. ¿Permite la legislación del Estado el aborto: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) a solicitud de la interesada? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) por razones económicas o sociales? <i>(Sí/No)</i></li> <li>c) por la salud física y/o mental de la mujer? <i>(Sí/No)</i></li> <li>d) para salvar la vida de la mujer? <i>(Sí/No)</i></li> <li>e) en los casos de violación o incesto? <i>(Sí/No)</i></li> <li>f) por defecto del feto? <i>(Sí/No)</i></li> <li>g) en ninguna circunstancia? <i>(Sí/No)</i></li> </ul>	P23. Porcentaje de los centros de servicios de parto que ofrecen abortos y/o atención posterior al aborto.  P24. Porcentaje de facultativos médicos formados para la atención durante el aborto y después del aborto.	O12. Porcentaje de mujeres con acceso al aborto y/o la atención posterior al aborto. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i>  O13. Tasa de abortos (número de abortos por 1.000 mujeres en edad fértil). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i>  O14. Porcentaje de defunciones maternas atribuidas a abortos no seguros. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 4: Luchar contra las infecciones de transmisión sexual, el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas</b>	<p>S23. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH? <i>(Sí/No)</i></li> <li>b) para tratar las infecciones de transmisión sexual? <i>(Sí/No)</i></li> <li>c) para proporcionar tratamiento antirretroviral a las personas que viven con el VIH? <i>(Sí/No)</i></li> <li>d) para prevenir el cáncer cervicouterino? <i>(Sí/No)</i></li> </ul>	<p>P25. Número de preservativos disponibles para la distribución en todo el país (durante los 12 meses precedentes) y por población de 15 a 49 años de edad.</p> <p>P26. Porcentaje de centros de servicios de planificación de la familia que ofrecen asesoramiento sobre la protección doble de las infecciones de transmisión sexual/VIH y los embarazos no deseados.</p> <p>P27. Porcentaje de mujeres a las que se han practicado análisis para el cáncer cervicouterino durante los últimos cinco años. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>	<p>O15. Porcentaje de personas con acceso a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Atención sanitaria para las infecciones de transmisión sexual;</li> <li>b) Cuidados preventivos para el cáncer cervicouterino y otras enfermedades ginecológicas.</li> </ul> <p><i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O16. Porcentaje de personas con síntomas de infecciones de transmisión sexual que hayan declarado ellos mismos o que se les hayan diagnosticado, clasificados por trastorno. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O17. Prevalencia del VIH en grupos de población con conductas de alto riesgo. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O18. Porcentaje de mujeres con cáncer cervicouterino. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

	<b>Indicadores estructurales</b>	<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Indicadores de resultados</b>
<b>Aspecto prioritario 5: Promover la salud sexual, en particular entre los adolescentes</b>	<p>S24. ¿Requiere la legislación del Estado educación amplia de salud sexual durante los años obligatorios de escuela? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S25. ¿Tiene el Estado una estrategia/plan de acción para promover la salud sexual y reproductiva de los adolescentes? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S26. ¿Prohíbe la legislación del Estado la violencia sexual, en particular la violación marital? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S27. ¿Prohíbe la legislación del Estado la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales perjudiciales? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S28. ¿Prohíbe la legislación del Estado el matrimonio tanto de hombres como de mujeres antes de los 18 años? <i>(Sí/No)</i></p> <p>S29. ¿Requiere la legislación del Estado el consentimiento pleno y libre de las partes respecto del matrimonio? <i>(Sí/No)</i></p>	<p>P28. Porcentaje de personas de 15 a 19 años que han recibido educación amplia de salud sexual en la escuela. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>P29. Número de incidentes de violencia sexual, incluida la violación marital, denunciados a los agentes de orden público y/o a los profesionales de salud en los últimos cinco años.</p>	<p>O19. Porcentaje de personas de 15 a 19 años que saben cómo prevenir la infección por VIH.</p> <p>O20. Tasa de fecundidad por edad (15 a 19 y 20 a 24 años). <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>O21. Edad al contraer matrimonio. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p> <p>Q22. Porcentaje de mujeres que han sido objeto de la mutilación genital femenina. <i>Desagregado al menos por edad, raza, etnia, situación socioeconómica y población rural/urbana.</i></p>

**Clave**

PIDESC - Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

CDN - Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

CEDAW - Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

CIEDR - Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

\* Señala un indicador del objetivo de desarrollo del Milenio.

-----