



Asamblea General

Distr. general
8 de agosto de 2007
Español
Original: inglés

Sexagésimo segundo periodo de sesiones

Tema 72 b) del programa provisional*

Promoción y protección de los derechos humanos: cuestiones relativas a los derechos humanos, incluidos distintos criterios para mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y las libertades fundamentales

Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos, en la que el Consejo decidió que los mandatos de los procedimientos especiales se renovarían, en su caso, hasta la fecha en que fueran examinados por el Consejo de acuerdo con su programa de trabajo.

* A/62/150.



Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Resumen

El presente informe, preparado de conformidad con la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos, consta de tres secciones principales.

En primer lugar, habida cuenta de que el presupuesto dedicado a la salud no es ilimitado, cabe preguntar de qué manera puede el Estado establecer esas prioridades de las intervenciones de salud de manera tal que se respeten los derechos humanos. En la sección II se hacen algunas observaciones preliminares sobre esta compleja cuestión y se insta a todas las partes a dedicar más atención al difícil problema de establecer las prioridades de las cuestiones relacionadas con la salud.

La Comisión de Derechos Humanos pidió al Relator Especial que estudiara la posibilidad de realizar evaluaciones de los efectos para la salud. En la sección III del presente informe se esboza un estudio sobre esta cuestión del cual fue coautor el Relator Especial. En ese estudio se expone una metodología para la evaluación de los efectos sobre el derecho a la salud y se afirma que tales evaluaciones constituyen una ayuda para la formulación de políticas equitativas, inclusivas, sólidas y sostenibles.

El derecho al más alto nivel de salud posible abarca la atención médica y factores subyacentes determinantes de la salud como el agua, el saneamiento, la alimentación, la vivienda y la no discriminación. Existe una tendencia lamentable a dedicar excesiva atención a la asistencia médica a expensas de los subyacentes factores determinantes de la salud.

La sección IV del informe se concentra en dos ejemplos de estos factores determinantes de la salud, a saber, el acceso al agua potable y a un adecuado saneamiento. Se consideran el agua y el saneamiento dentro del marco analítico del derecho a la salud y se formulan varias recomendaciones para los Estados y otros agentes.

Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–10	3
II. Establecimiento de prioridades de las intervenciones relacionadas con la salud y respeto de los derechos humanos	11–32	5
III. Evaluaciones de los efectos y derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	33–44	8
IV. El agua, el saneamiento y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	45–102	11
V. Conclusiones y recomendaciones	103–107	25

I. Introducción

1. En su resolución 60/251, de 15 de marzo de 2006, la Asamblea General decidió concluir los trabajos de la Comisión de Derechos Humanos y estableció el Consejo de Derechos Humanos. El mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“derecho al más alto nivel posible de salud” o “derecho a la salud”) figura en las resoluciones 2002/31 y 2004/27 de la Comisión. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 5/1, prorrogó el mandato del Relator Especial. El presente informe se ha preparado de conformidad con esta resolución.

2. En octubre de 2006 el Relator Especial visitó el Perú, donde celebró reuniones de seguimiento de su misión a ese país realizada en junio de 2004 (véase E/CN.4/2005/51/Add.3). Con posterioridad a esa visita, en agosto de 2007 el Relator Especial dirigió al Gobierno del Perú una carta en la que le pedía más información acerca de las medidas de seguimiento adoptadas en respuesta a las recomendaciones que figuraban en el informe de su misión de 2004.

3. En febrero de 2007 el Relator Especial visitó Uganda. Esta misión persiguió dos objetivos principales: comprender el papel desempeñado por Suecia, en particular por el Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional, en relación con el logro del más alto nivel posible de salud en Uganda; y dar seguimiento a la misión del Relator Especial a Uganda efectuada en marzo de 2005 (véase E/CN.4/2006/48/Add.2). En octubre de 2006 el Relator Especial visitó también Washington, D.C. para reunirse con los directores ejecutivos por los países nórdicos y bálticos en el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El Relator Especial presentará un informe al respecto al Consejo de Derechos Humanos.

4. En mayo de 2007 el Relator Especial visitó el Ecuador. La misión al Ecuador se llevó a cabo con objeto de investigar los efectos para la salud de la aspersión aérea con glifosato efectuada a lo largo de la frontera entre el Ecuador y Colombia; se presentará un informe al respecto al Consejo de Derechos Humanos. En el Ecuador, el Relator Especial también celebró consultas con organizaciones de la sociedad civil sobre otras cuestiones relacionadas con el derecho a la salud, y a propósito de ello se propone dirigir una carta al Gobierno. Su correspondencia, al igual que toda respuesta o respuestas que reciba del Gobierno, se darán a conocer públicamente.

5. El Relator Especial visitó Suecia en junio de 2007 con objeto de deliberar sobre el informe de su misión a ese país efectuada en enero de 2006, el cual se presentó al Consejo en su cuarto período de sesiones, celebrado en marzo de 2007 (A/HRC/4/28/Add.2). Durante esta visita, el Relator Especial, entre otras cosas, celebró reuniones con altos funcionarios del Gobierno y con representantes de la sociedad civil.

6. En noviembre de 2006 el Consejo, en su resolución 2/108, pidió al Relator Especial que determinara y estudiara, desde la perspectiva del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, las características principales de un sistema de salud eficaz, integrado y accesible. Entre noviembre de 2006 y julio de 2007, el Relator Especial celebró varias consultas sobre esta cuestión con representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH); organizaciones no gubernamentales, entre ellas Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative,

Save the Children UK y Care-Perú; y con varios académicos, investigadores y trabajadores de la salud. El Relator Especial prosigue las investigaciones y la celebración de consultas sobre esta cuestión y presentara al Consejo un informe al respecto en su próximo período de sesiones.

7. El Relator Especial ha enviado algunos llamamientos urgentes y otras comunicaciones a diferentes gobiernos; además, ha emitido varios comunicados de prensa. Dará cuenta de las comunicaciones en su informe anual al Consejo.

8. Entre enero y julio de 2007, el Relator Especial participó en varias reuniones convocadas por organizaciones internacionales, gobiernos y entidades de la sociedad civil. En enero intervino en una reunión de la Federación Internacional de Planificación de la Familia celebrada en Londres y también sostuvo una reunión con el Presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. En febrero, asistió a la reunión del Grupo de referencia del ONUSIDA celebrada en Ginebra y pronunció un discurso de apertura en la conferencia de la Alianza de la Sanidad Pública celebrada en Belfast. En marzo hizo uso de la palabra en una reunión organizada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Centro de Derechos Reproductivos que se celebró en Nueva York, durante el período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, y dictó una conferencia sobre la mortalidad materna y los derechos humanos en el Trinity College de Dublin. Ese mismo mes visitó los Países Bajos, celebró consultas con representantes de Médicos sin Fronteras y pronunció discursos en las Universidades de Tilburg y Utrecht. En marzo, el Relator Especial asistió al cuarto período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos y pronunció un discurso de apertura en la Conferencia Medsin sobre Salud Global, celebrada en Newcastle (Reino Unido). En abril hizo uso de la palabra en la reunión de la secretaría internacional de la organización Amnistía Internacional, y en mayo asistió a una reunión organizada por Glaxo Smith Kline para examinar el papel de esta organización en el suministro de acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA. En junio participó en la reunión anual de los procedimientos especiales del Consejo, organizada por el ACNUDH. Ese mismo mes pronunció un discurso en una conferencia organizada en Prato (Italia) por la Monash University de Australia y el King College de Londres, y además visitó Polonia para hacer uso de la palabra en una reunión organizada por la Federation for Women and Family Planning. En julio intervino en las reuniones organizadas en Wellington por New Zeland Aid y el Organismo Internacional de Desarrollo y por la organización de la sociedad civil Health Promotion Forum. También impartió un curso sobre la salud, el desarrollo y los derechos humanos organizado por la Iniciativa en favor de la salud y los derechos humanos, de la Universidad de Nueva Gales del Sur (Australia).

9. El Relator Especial sigue preparando proyectos de directrices relativas al acceso a los medicamentos para las empresas farmacéuticas y espera concluir en las próximas semanas un proyecto que someterá a consultas.

10. Todos los documentos de las Naciones Unidas relacionados con la labor del Relator Especial pueden consultarse en el sitio del ACNUDH en la web (www.ohchr.org/english/issues/health/right). Para facilitar su consulta, esos documentos, así como determinados documentos de sesión y otra información, también se encuentran en el sitio en la web de la Dependencia del Derecho a la Salud del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex (www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm).

II. Establecimiento de prioridades de las intervenciones relacionadas con la salud y respeto de los derechos humanos

11. En el transcurso de su mandato el Relator Especial ha reiterado que el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud debe orientar las políticas nacionales e internacionales pertinentes y estar integrado en ellas. Para lograrlo se necesitan nuevas técnicas e instrumentos en materia de derechos humanos. Las técnicas que se emplean tradicionalmente en éste ámbito, a saber, formular denuncias públicas, emprender campañas para promover el envío de cartas y utilizar antecedentes, lemas y otros recursos similares no bastan para el cumplimiento de esta tarea. Si bien todavía pueden desempeñar un papel crucial en la reivindicación del derecho a la salud¹, no bastan por sí solas. Una de las nuevas técnicas que se necesitan consiste en alguna forma de vigilar la realización progresiva del derecho a la salud. De ahí que en 2006 el Relator Especial dedicara un informe a examinar un enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos (E/CN.4/2006/48). Otro instrumento al que debe prestarse más atención es el de las evaluaciones de los efectos; por tal motivo, en el presente informe se incluye una sección al respecto.

12. La integración del derecho a la salud en la formulación de políticas nacionales e internacionales también plantea otros problemas. Por ejemplo, los encargados de adoptar decisiones se ven frente a recursos limitados, y por tanto, tienen que escoger entre diferentes políticas y programas relacionados con la salud, todos los cuales contribuyen de una u otra manera a la realización del derecho a la salud. Una de las preguntas más difíciles que se formulan al Relator Especial cuando cumple una misión en un país es la siguiente: “Habida cuenta de que el presupuesto es limitado, ¿cómo puede el Ministro de Salud asignar prioridades entre las intervenciones de salud de una manera compatible con las obligaciones nacionales e internacionales del gobierno en materia de derechos humanos?”

13. A lo largo de muchos años, las entidades que se ocupan de la salud han generado una literatura y una práctica amplias en materia de establecimiento de prioridades o racionalización de las intervenciones de salud. La eficacia en función del costo y la equidad se encuentran entre los principios que aplican los economistas y los éticos del ámbito de la salud para ayudar a orientar a los encargados de formular la política por este difícil terreno. Si bien éstos no han resuelto los dilemas (están lejos de lograrlo), han prestado una atención considerable a estas cuestiones.

14. En cambio, las entidades de defensa de los derechos humanos aún no han dedicado a estas importantes cuestiones la atención consecuente que merecen. Salvo honorables excepciones, es muy escasa la literatura de derechos humanos dedicada a este asunto². Los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados no ofrecen una orientación minuciosa sobre la manera en que los Estados pueden asignar prioridades de una forma compatible con sus obligaciones en materia de derechos humanos.

¹ Por ejemplo, véase el informe del Relator Especial de enero de 2007 (A/HRC/4/28), Secc. III.

² Esta cuestión se aborda en algunas publicaciones y casos judiciales, por ejemplo, Soobramoney contra el Ministro de Salud, Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 32/97, 26 de noviembre de 1997; y F. Alvarez-Castillo, T.K. Sundari Ravindran y H. de Pinho, “Prioritisation”, en T.K. Sundari Ravindran y H. de Pinho, eds, *The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*, (Universidad de Witwatersrand, 2005).

15. Esta es una situación sorprendente dado que el establecimiento de prioridades plantea profundos problemas en relación con los derechos humanos. En la práctica, con frecuencia se han privilegiado las necesidades de salud de poblaciones urbanas acaudaladas en detrimento de los derechos de los pobres de zonas rurales y se han pasado por alto los derechos relativos a la salud de las mujeres, las personas con discapacidad y otros grupos desfavorecidos. Esta repetición y profundización de las pautas de inclusión y exclusión atenta contra el derecho al más alto nivel posible de salud.

16. Con todo, aún hay quienes afirman que la comunidad de derechos humanos no debería involucrarse en lo relativo al establecimiento de prioridades. Su respuesta al problema de las prioridades es sencilla: asignar más recursos para la atención de la salud³. Esta respuesta es correcta en parte. Hay un gran número de países que gastan mucho menos del nivel mínimo de 34 dólares per cápita para los gastos de salud recomendado por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS⁴. De ahí que, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados, en general sea totalmente legítima la exhortación a que se invierta más en el sector de la salud.

17. No obstante, aún cuando se pongan a disposición más recursos, no es probable que alcancen para sufragar todas las necesidades en materia de salud. En otras palabras, de todas maneras habrá que tomar difíciles decisiones en cuanto a la asignación de prioridades, si bien ésta carece de sentido cuando los recursos disponibles no llegan a un umbral mínimo. En consecuencia, quienes desean ver el derecho a la salud integrado en los procesos de formulación de políticas generalmente no se sienten satisfechos con la mera exhortación al aumento de los recursos dedicados a la salud.

18. El modesto propósito de esta sección es instar a todas las partes interesadas a que presten más atención a la compleja y delicada cuestión del establecimiento de prioridades en el ámbito de la salud de una manera compatible con los derechos humanos, incluido el derecho al más alto nivel posible de salud. A fin de estimular el debate de esta cuestión, en los siguientes párrafos se exponen algunas breves observaciones preliminares⁵.

19. El establecimiento de prioridades exige una estrecha colaboración entre los especialistas en derechos humanos y los especialistas del ámbito de la salud, incluidos los epidemiólogos y los economistas.

20. En lo que respecta a derechos humanos, a veces se observa un resultado sustantivo obtenido gracias a la asignación de prioridades, pero lo más frecuente es que surjan diversas consideraciones de procedimiento (por ejemplo, participación, supervisión y rendición de cuentas) que deben tenerse en cuenta al establecer prioridades.

³ Ello está en consonancia con la obligación del Estado, prevista en el párrafo 1) del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de dedicar hasta el máximo de los recursos de que disponga al derecho a la salud.

⁴ Véase Comisión sobre Macroeconomía y Salud, *Macroeconomía y Salud: Invertir en la salud en pro del desarrollo económico*, (OMS, 2001).

⁵ La información se basa en monografías preparadas por Carla Clarke, Gunilla Backman, Rajat Khosla y Stephania Tripodi para un proceso de consultas oficiosas organizado por la Federación Internacional de Organizaciones de Derechos Humanos y Salud (IFHHRO) y la Universidad de Essex en julio de 2005, así como en un proyecto de capítulo preparado por Judith Bueno de Mesquita posteriormente ese mismo año, a raíz de consultas adicionales. A todos expresamos nuestro agradecimiento.

21. Para una autoridad del sector de la salud sería muy difícil, si no imposible, aplicar el derecho a la salud a la cuestión del establecimiento de prioridades a menos que también integrara los derechos humanos en la totalidad de sus responsabilidades. En resumen, una autoridad del sector de la salud no puede aplicar debidamente el derecho a la salud al proceso de establecimiento de prioridades *de forma aislada*.

22. El derecho a la salud incluye el derecho a recibir atención médica y factores determinantes de la salud tales como un nivel adecuado de saneamiento, agua, nutrición y vivienda. Por consiguiente, el establecimiento de prioridades que abarquen una gama de sectores, y no sólo el de la salud, tendrá una profunda repercusión en el derecho a la salud. Esto pone de relieve la importancia decisiva de la colaboración intersectorial para posibilitar el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud.

23. El enfoque basado en los derechos humanos no entraña la demanda excesiva de que todos los derechos humanos deban realizarse de inmediato. En cambio, se reconocen las realidades presentes, incluidas las limitaciones de recursos, y se admite la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período. El establecimiento de prioridades debe llevarse a cabo en el contexto de esta realización progresiva.

24. En consecuencia, el establecimiento de prioridades debe efectuarse dentro del marco de una amplia estrategia nacional de salud en la que se indique detalladamente de qué manera se propone el Estado aplicar progresivamente los diversos elementos del derecho al más alto nivel posible de salud. Esa estrategia, a su vez, debe sustentarse con una amplia y actualizada evaluación de referencia de la situación de salud y con el ejercicio del derecho a la salud en todo el territorio.

25. Toda persona tiene derecho a participar en el proceso de adopción de decisiones relacionadas con la salud que puedan afectarla⁶. El proceso de fijación de prioridades debe incluir la participación activa y con conocimiento de causa de todos los interesados, incluso de grupos marginados, en la elaboración del programa, la adopción de decisiones y las disposiciones relativas a vigilancia y rendición de cuentas.

26. Desde la perspectiva de los derechos humanos, al establecerse las prioridades debe tenerse especialmente en cuenta la mejora de la situación de las poblaciones, comunidades e individuos más desfavorecidos del país de que se trate, incluidas las personas que viven en la pobreza. En otras palabras, la vulnerabilidad y la situación de desventaja figuran entre los criterios razonables y objetivos que es preciso aplicar a la hora de establecer prioridades. Debe tenerse en cuenta la discriminación, tanto directa como indirecta. Por tanto, los datos deben desagregarse en la mayor medida posible.

27. Se necesitan mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas en el proceso de determinación de prioridades y también en la aplicación de las prioridades escogidas. A este efecto, es indispensable contar con indicadores y elementos de referencia apropiados.

28. El derecho a la salud incluye algunas obligaciones de efecto inmediato que no están sujetas a la realización progresiva. Estas obligaciones básicas reflejan los niveles esenciales mínimos del derecho a la salud, tales como la no discriminación, la preparación de una estrategia de salud nacional amplia, una atención primaria de

⁶ E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 54.

la salud integrada (de conformidad con lo expresado en la Declaración de Alma-Ata) y acceso al saneamiento básico. Pese a las importantes ideas formuladas por varios autores, aún queda mucho por hacer para aclarar el contenido de estas obligaciones básicas⁷. No obstante, si se logra determinar con suficiente claridad las obligaciones básicas dimanantes del derecho a la salud, el proceso de establecimiento de prioridades no debe perjudicarlas.

29. Habida cuenta del requisito de realización progresiva, todos los elementos del derecho a la salud deben mantener por lo menos sus actuales niveles de aplicación (el principio de “no regresión”).

30. En consonancia con sus responsabilidades en cuanto a la asistencia y la cooperación internacionales en materia de derechos humanos, los países donantes deberían ayudar a los países en desarrollo a establecer las prioridades de una manera compatible con el derecho a la salud. Los donantes y las organizaciones internacionales, incluidas las instituciones financieras internacionales, deberían asegurar que sus políticas y programas apoyaran las prioridades nacionales de los países receptores decididas mediante procesos democráticos y de participación.

Conclusiones

31. Si bien los derechos humanos deben hacer una contribución constructiva al establecimiento de prioridades, es poco probable que ofrezcan respuestas claras para cuestiones muy complejas, como tampoco pueden hacerlo la ética, la economía ni las teorías generales de la justicia. Es probable que lleven a descartar algunos procesos y opciones y dejen en pie otras, que serán todas legítimas.

32. Los párrafos precedentes son sólo aspectos preliminares para el examen. Se necesita una labor mucho más amplia para analizar en detalle la contribución filosófica y práctica de los derechos humanos al establecimiento de prioridades en materia de salud. A medida que madura el movimiento en favor de los derechos humanos y del derecho a la salud, es muy importante que responda a este desafío. Además, la aplicación de los derechos humanos al proceso de establecimiento de prioridades aclarará algunas interpretaciones erróneas comunes sobre el derecho al más alto nivel posible de salud y ayudará a establecer un terreno común muy amplio entre la salud pública, la medicina y los derechos humanos.

III. Evaluaciones de los efectos y derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

33. Toda autoridad normativa moderna, a menos que se rija puramente por la ideología, deseará considerar de manera equilibrada, objetiva y racional, el efecto probable de una política nueva propuesta, especialmente para las personas que viven en la pobreza. Además, antes que un Estado ponga en vigor una propuesta nueva deberá cerciorarse de que la iniciativa es compatible con sus obligaciones jurídicas nacionales e internacionales, incluidas las relativas a los derechos humanos.

⁷ Véanse Audrey R. Chapman y Sage Russell, (eds.), *Core obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights* (Amberes, Intersentia, 2002).

34. En tales circunstancias, existe la demanda cada vez mayor de que los gobiernos realicen evaluaciones de los efectos para los derechos humanos antes de aprobar y poner en práctica políticas, programas y proyectos nuevos. Sin embargo, hasta la fecha han sido relativamente escasas las actividades de preparación de metodologías e instrumentos que ayuden a los gobiernos a realizar evaluaciones de los efectos para los derechos humanos.

35. En su informe inicial a la Comisión de Derechos Humanos, presentado en 2003, el Relator Especial explicó que deseaba examinar los análisis de los efectos en el contexto del derecho a la salud (E/CN.4/2003/58, párrs. 82 a 85). En respuesta, la Comisión pidió concretamente al Relator Especial que continuara con su análisis de las evaluaciones de los efectos en la salud⁸. Posteriormente, el Relator Especial ha examinado las evaluaciones de los efectos en relación con las normas y políticas relativas al comercio⁹. Asimismo, durante sus misiones en los países ha planteado la cuestión de las evaluaciones de los efectos en los casos pertinentes¹⁰.

36. En 2006, el Relator Especial fue coautor, junto con Gillian MacNaughton, de un informe sobre las evaluaciones de los efectos, la pobreza y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud¹¹. La investigación fue financiada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)¹². El proyecto perseguía el propósito de contribuir a la formulación de una metodología de evaluación de los efectos para los derechos humanos, con especial hincapié en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. El informe tiene más de 60 páginas e incluye cuatro anexos pormenorizados. La presente sección constituye una breve introducción de ese informe.

37. La evaluación de los efectos para los derechos humanos es el proceso por el cual se predicen las posibles consecuencias para el disfrute de los derechos humanos de una política, un programa, o un proyecto propuesto. El objetivo de la evaluación es informar a los encargados de adoptar decisiones y a las personas que probablemente serán afectadas, a fin de que puedan mejorar la propuesta en el sentido de reducir los posibles efectos negativos y aumentar los positivos. La evaluación de los efectos para los derechos humanos es un concepto relativamente reciente. Sin embargo, otras formas de evaluación de los efectos como, por ejemplo, las evaluaciones de los efectos ambientales y sociales, son actualmente procesos bien establecidos y corrientes que se llevan a cabo en muchos países para evaluar propuestas de políticas, programas y proyectos. De igual modo, antes de aprobar y poner en práctica tales iniciativas es preciso evaluarlas para conocer sus efectos sobre los derechos humanos.

38. En el informe se estudian, para derivar los criterios principales que contienen, tres iniciativas precursoras de la evaluación de los efectos para los derechos humanos: a) el manual titulado *Handbook in Human Rights Assessment* (2001), del

⁸ Véanse *Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2003, Suplemento No. 3* (E/2003/23), Secc. II A, resolución 2003/28, párr. 16.

⁹ E/CN.4/2004/49/Add.1, párrs. 53 a 56.

¹⁰ Véase, por ejemplo, A/HRC/4/28/Add.2, párrs. 122 y 123.

¹¹ Paul Hunt y Gillian MacNaughton, *Impact assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (UNESCO, 2006). El texto del informe aparece íntegramente en la página web de la Essex University, Human Rights Centre, Right to Health Unit (www2.exxes.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.htm).

¹² El Relator Especial expresa su profundo agradecimiento a la UNESCO y a la Sra. MacNaughton.

Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo; b) la iniciativa de Derechos y Democracia relativa a la evaluación de los efectos para los derechos humanos (2007); y c) el Rights of women assesment instrument (2006), del Comité Humanista de Derechos Humanos. El informe se concentra en la obligación de los gobiernos de llevar a cabo evaluaciones de los efectos a fin de cumplir su obligación con respecto a la realización progresiva de los derechos humanos. Por consiguiente, se propone una metodología adaptada concretamente a evaluaciones de las políticas, programas y proyectos gubernamentales¹³. Es importante señalar que la finalidad de la metodología es evaluar iniciativas propuestas: no se prevé realizar evaluaciones de los efectos de iniciativas que ya se han aplicado. Desde luego, la formulación de una metodología de este género es una empresa complicada y requerirá más trabajos y deliberaciones. Se acogerá con sumo agrado toda observación sobre el estudio.

39. Al diseñar una metodología de evaluación de los efectos existen por lo menos dos enfoques definidos. El primero consiste en elaborar una metodología independiente de evaluación de los efectos para los derechos humanos, tal como se ha hecho con respecto a las evaluaciones de los efectos ambientales y sociales. El otro enfoque consiste en elaborar una metodología de integración de los derechos humanos en evaluaciones de los efectos de otro tipo ya existentes. En el informe se propone el segundo enfoque, que es compatible con la integración de los derechos humanos en todos los procesos gubernamentales. La integración de los derechos humanos en metodologías de los efectos ya existentes requerirá una colaboración interdisciplinaria entre los profesionales de los derechos humanos, los expertos en diversos tipos de evaluación de los efectos y otras personas. El estudio contribuye a este proceso proporcionando algunas consideraciones y marcos relacionados con los derechos humanos, así como el esbozo de una metodología.

40. En el informe se presenta una metodología que consta de dos partes. En la primera parte se exponen siete principios generales para la realización de una evaluación de los efectos basada en los derechos. Estos principios son: a) utilizar un marco explícito de derechos humanos; b) establecer como objetivo la realización progresiva de los derechos humanos; c) promover la igualdad y la no discriminación en el proceso y la política; d) asegurar una participación significativa de todos los interesados; e) proporcionar información y proteger el derecho a la libre expresión de las ideas; f) establecer mecanismos para lograr que el Estado rinda cuentas; y g) reconocer la interdependencia de todos los derechos humanos.

41. En la segunda parte de la metodología se proponen seis medidas para la integración del derecho a la salud en las actuales evaluaciones de los efectos, como punto de partida para la integración de todos los derechos humanos. Estas medidas son: a) realizar una comprobación preliminar de la política propuesta para determinar si se necesita o no una evaluación integral de los efectos para el derecho a la salud; b) preparar un plan de evaluación y distribuir información sobre la política y sobre el plan a todos los interesados; c) reunir información sobre los posibles efectos de la política propuesta para el derecho a la salud; d) preparar un proyecto de informe en el que se comparen los posibles efectos con las obligaciones jurídicas del Estado dimanantes del derecho a la salud; e) distribuir el proyecto de informe y pedir a las partes interesadas que evalúen las opciones; y f) preparar el informe final, en el que

¹³ Algunas evaluaciones de los derechos humanos se concentran en agentes no gubernamentales; por ejemplo, véase el reciente estudio sobre las evaluaciones de los efectos y las actividades de las empresas (A/HRC/4/74).

se deberá exponer detalladamente la decisión final, la fundamentación de las selecciones hechas y un marco para la aplicación y la evaluación.

42. En la última sección del informe se proponen actividades de seguimiento. El Relator Especial promueve este informe durante sus misiones a los países, y también ya ha sido presentado en algunos seminarios. Si se obtuviera más financiación, convendría además efectuar una distribución más amplia del informe para su examen. Este año el Relator Especial presentará el informe en la octava Conferencia Internacional sobre la Evaluación de los Efectos para la Salud.

43. Es preciso continuar con la labor orientada a determinar si es viable la incorporación de derechos humanos, como el derecho a la salud, en otras evaluaciones de los efectos existentes, incluidos los estudios de caso con diferentes tipos de evaluación de los efectos. También es preciso seguir elaborando instrumentos prácticos como las listas de comprobación, las directrices para entrevista y los gráficos de vinculación de los efectos con las obligaciones en materia de derechos humanos (todos los cuales figuran en el informe). Es necesario alentar a los gobiernos y a los profesionales en este tipo de evaluación a que adopten enfoques de las evaluaciones de los efectos y de la formulación de políticas que se basen en los derechos.

44. Por último, las evaluaciones de los efectos para los derechos humanos son una ayuda para la formulación de políticas equitativas, inclusivas, sólidas y sostenibles. Constituyen una manera de garantizar que se reconozca debidamente el derecho a la salud, especialmente de los grupos marginados, entre ellos los pobres, en todos los procesos de formulación de políticas a nivel nacional e internacional. Desde la perspectiva del derecho a la salud, la metodología de evaluación de los efectos es una característica fundamental de todo sistema de salud. Sin una metodología de esta índole ningún gobierno puede conocer si sus propuestas en cuanto a políticas, programas y proyectos coadyuvarán a la realización progresiva del derecho al más alto nivel posible de salud, conforme a lo establecido en las normas internacionales de derechos humanos.

IV. El agua, el saneamiento y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

45. La salud de las poblaciones, las comunidades y las personas requiere algo más que atención médica. En este sentido son igualmente importantes las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas y de otra índole que determinan en primer lugar si las personas necesitan atención médica¹⁴. Una comisión de la OMS tiene en estudio los factores sociales determinantes de la salud, como el género, la pobreza y la exclusión social¹⁵. Otros factores determinantes de la salud incluyen el acceso al agua, el saneamiento, la nutrición, la vivienda y la educación.

46. En algunos círculos se da una interpretación limitada al derecho al más alto nivel posible de salud, a saber, qué significa el derecho a la atención médica. Este criterio, sin embargo, no es compatible con las normas internacionales de derechos

¹⁴ Véase el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y R. Beaglehole, "Overview and framework", en Roger Detels ed., *Oxford Textbook of Public Health*, cuarta edición (Oxford University Press, 2002).

¹⁵ Puede obtenerse información sobre esta Comisión en el sitio web de la OMS: www.who.int/social_determinants/en.

humanos, que abarcan la medicina y la salud pública. Por ejemplo, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales y en la Convención sobre los Derechos del Niño se afirma claramente que el derecho a la salud es más que el acceso a la atención médica. Concretamente, en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se declara que el derecho a la salud incluye el acceso a alimentos nutritivos y agua potable salubre, al saneamiento ambiental y demás factores de esa índole, así como a la atención médica. Poner el derecho a la salud en pie de igualdad con el derecho a la atención médica constituye una interpretación errónea de las normas internacionales de derechos humanos.

47. El derecho al más alto nivel posible de salud es de un carácter inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también factores subyacentes determinantes de la salud como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, así como la no discriminación¹⁶. En resumen, el derecho a la salud incluye la atención médica y también los factores subyacentes determinantes de la salud.

48. En sus informes, el Relator Especial se ha referido invariablemente a la atención médica y a los factores determinantes de la salud, incluidos los efectos de la pobreza y la discriminación social para la salud. No obstante, ha advertido en algunos gobiernos, organizaciones internacionales y otras entidades la clara tendencia a dedicar un nivel desproporcionado de atención y recursos a la asistencia médica a expensas de los factores subyacentes determinantes de la salud. Esto es muy lamentable puesto que ambos elementos son fundamentales para el derecho al más alto nivel posible de salud.

49. Si bien por limitaciones de espacio no es posible realizar un examen detallado de todas las cuestiones pertinentes, en la presente sección se hace hincapié en dos de los factores subyacentes determinantes de la salud: el acceso al agua potable y el saneamiento adecuado¹⁷. Para su consideración se adopta el marco analítico del derecho a la salud que el Relator Especial ha utilizado en informes anteriores con respecto a otras cuestiones de salud. Aunque el análisis se limita a dos de las condiciones esenciales para la salud, a saber, el agua y el saneamiento, resulta ilustrativo y pertinente para otros factores determinantes de la salud.

Agua, saneamiento y derechos humanos

El agua, el saneamiento y el derecho a la salud

50. El agua potable y el saneamiento adecuado son dos factores determinantes integrales y estrechamente relacionados que tienen una importancia fundamental para la realización del derecho al más alto nivel posible de salud. El acceso

¹⁶ E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, Párr. 11.

¹⁷ En este sentido, a veces se utilizan términos similares pero diferentes, tales como “agua salubre y potable y saneamiento adecuado” y “agua potable segura y servicios básicos de saneamiento”. A los efectos de la presente sección, se utiliza la expresión “agua potable y saneamiento adecuado” para denominar al agua y el saneamiento como factores determinantes de la salud.

inadecuado al agua y al saneamiento puede amenazar la vida, arruinar la salud, destruir las oportunidades, socavar la dignidad humana y causar privaciones¹⁸.

51. Se calcula que 1,8 millones de personas mueren cada año de enfermedades diarreicas, entre ellas el cólera; el 90% de estas personas son niños menores de 5 años y la mayoría vive en países en desarrollo. Según la OMS, el agua no apta para el consumo y el saneamiento inadecuado son las causas del 88% de las enfermedades diarreicas. La mejora del abastecimiento de agua podría reducir la tasa de morbilidad de la diarrea hasta en un 25%, en tanto que la mejora del saneamiento podría reducirla en 32%¹⁹.

52. Aproximadamente 1,3 millones de personas mueren de paludismo cada año; el 90% de ellas son niños menores de 5 años. Los principales factores que contribuyen a esta enfermedad son la irrigación, los embalses y otros proyectos relacionados con el agua. Una mejor ordenación de los recursos hídricos reduciría la transmisión del paludismo y otras enfermedades transmitidas por vectores¹⁹.

53. Asimismo, 160 millones de personas están infectadas con esquistosomiasis, una enfermedad que provoca decenas de miles de muertes todos los años, principalmente en el África subsahariana. Esta enfermedad guarda una evidente relación con la eliminación de excretas en condiciones insalubres y la falta de fuentes de agua potable cercanas. Mediante el saneamiento básico se podría reducir esta enfermedad hasta en un 77%²⁰.

54. Alrededor de 6 millones de personas en todo el mundo están ciegas por padecer de tracoma y más de 150 millones de personas necesitan tratamiento para esta enfermedad. La mejora del acceso a fuentes de agua potable y a una higiene más adecuada podría reducir la tasa de morbilidad del tracoma en 27%¹⁹.

55. El acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado es crucial en el contexto del VIH/SIDA. En relación con esta enfermedad, al igual que con otras dolencias se necesita agua para la toma de los medicamentos, para el baño de los pacientes, para el lavado de la ropa sucia y para garantizar una higiene esencial que reduzca la exposición a infecciones. Cuando a los recién nacidos cuyas madres viven con el VIH/SIDA se les asegura un acceso ininterrumpido a sustitutos de la leche materna nutricionalmente adecuados y preparados con agua potable, se reduce el riesgo de que enfermen o mueran²¹. Como señaló el Secretario General Kofi Annan: “No acabaremos con el SIDA, la tuberculosis, la malaria ni ninguna de las demás enfermedades infecciosas que asolan al mundo en desarrollo hasta tanto no hayamos ganado también la batalla para asegurar la disponibilidad de agua potable, saneamiento y asistencia sanitaria básica”²².

56. En la Declaración del Milenio y en el Plan de Aplicación de las Decisiones de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, la comunidad internacional reconoció la relación entre la pobreza, el agua, el saneamiento, la salud y el desarrollo humano mediante la inclusión del abastecimiento de agua, el saneamiento

¹⁸ Véase PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 2006*, (http://hdr.undp.org/hdr2006/report_sp.cfm).

¹⁹ Véase www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en.

²⁰ Véase www.iwho.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en.

²¹ ONUSIDA/UNICEF/OMS, *El VIH y la alimentación infantil: Pautas para tomadores de decisiones*, 1998.

²² Discurso pronunciado por Kofi Annan en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 17 de mayo de 2001.

y la higiene en los objetivos de desarrollo del Milenio. La meta 10 de los objetivos consiste en reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible a agua potable y servicios de saneamiento básico. No obstante, según el Programa conjunto OMS/UNICEF de vigilancia del abastecimiento de agua y el saneamiento si continúan las tendencias actuales el mundo dejará de cumplir la meta relativa al saneamiento en más de 500 millones de personas. Además, aunque el mundo en general avanza hacia el cumplimiento de la meta relativa al agua potable, parecer que esa tendencia está mermando²³.

57. El cumplimiento de la meta relativa al agua y al saneamiento daría lugar a beneficios económicos sustanciales. De acuerdo con un estudio reciente de la OMS, cada dólar invertido arrojaría de 3 a 34 dólares de dividendo económico según la región de que se tratara. De cumplirse la meta relativa al agua y al saneamiento, la economía de gastos relacionados con la salud ascendería a 7.300 millones de dólares por año²⁴. En otras palabras, la mejora del agua y el saneamiento constituye una inversión que no sólo salva vidas y mejora la salud, sino que además genera enormes economías para los presupuestos de salud nacionales y para los hogares²⁵.

El agua, el saneamiento y otros derechos humanos

58. Además del derecho al más alto nivel posible de salud, el agua y el saneamiento contribuyen a la realización de algunos otros derechos económicos, sociales y culturales.

59. Por ejemplo, en el contexto del derecho a una alimentación adecuada, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha hecho hincapié en la importancia de garantizar un abastecimiento sostenible de agua para la agricultura²⁶. El Relator Especial sobre el derecho a la alimentación también ha subrayado la interdependencia del agua y el derecho a la alimentación, y ha señalado que el agua limpia y potable es una parte esencial de una nutrición saludable²⁷. A nivel regional, como parte del derecho a la seguridad alimentaria, en el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer en África se pide a los Estados que garanticen el acceso de las mujeres al agua limpia potable.

60. Tanto el Comité Especial de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como el Relator Especial sobre el derecho a la educación han hecho hincapié en que las escuelas deben contar con abastecimiento de agua potable y con servicios sanitarios privados, seguros y separados para las niñas²⁸.

61. El acceso sostenible al agua potable y a un saneamiento adecuado también constituyen elementos fundamentales del derecho a una vivienda adecuada²⁹. En el principio 2 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), se reconoce que toda persona tiene

²³ OMS/UNICEF, *Meeting the MDG Global Water and Sanitation Target: the Urban and Rural Challenge of the Decade* (2006).

²⁴ B. Evans y otros, *Closing the Sanitation Gap: the Case for Better Public Funding of Sanitation and Hygiene*, (OCDE, 2004).

²⁵ Bartram y otros, *Focusing on improved water and sanitation for health*, Lancet, vol. 365 (2005).

²⁶ E/2000/22-E/C.12/1999/11, anexo V, Observación general No. 12, párrs. 12 y 13.

²⁷ A/56/210, párr. 58 a 71; véase también E/CN.4/2003/54.

²⁸ E/CN.4/2006/45, párr. 129.

²⁹ E/1992/23 – E/C.12/1991/4, anexo III, Observación general No. 4, párr. 8.

derecho a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso agua y saneamiento adecuados (véase A/CONF.171/13, cap. I, resolución 1, anexo). Además, el acceso al agua y al saneamiento es un elemento clave del mandato del Relator Especial sobre la vivienda adecuada como componente del derecho a un nivel de vida adecuado, y a ese respecto el Relator Especial hace hincapié en que el acceso inadecuado al agua tiene consecuencias especialmente devastadoras para las mujeres y los niños³⁰.

62. En resumen, el acceso al agua y al saneamiento constituye una parte integral de varios derechos humanos, incluido el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

El acceso al agua y al saneamiento como derecho humano

63. El derecho humano al agua y al saneamiento se reconoce como un derecho independiente en numerosos documentos internacionales, incluidos tratados y declaraciones, así como por organismos gubernamentales y no gubernamentales y en diversas decisiones de tribunales³¹.

64. Pese a que en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no se hace referencia explícitamente al derecho al agua y el saneamiento, el criterio del Comité Especial de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es que el agua constituye un derecho independiente implícito en el Pacto y estrechamente relacionado con los derechos al disfrute del más alto nivel posible de salud, vivienda adecuada y alimentación.

65. El Comité entiende por derecho al agua el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico³². Señala, además, que el acceso a servicios de saneamiento adecuados constituye uno de los principales mecanismos para proteger la calidad de los recursos de agua potable y que los Estados partes deben ampliar progresivamente unos servicios de saneamiento salubres a las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas³³. En su explicación detallada del contenido normativo del derecho al agua y de las obligaciones jurídicas que de él dimanar, el Comité observa que durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales, las obligaciones de los Estados abarcan el derecho al agua así como las disposiciones del derecho internacional humanitario relativas al agua³⁴.

66. Por su parte, en su resolución 2006/10, la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos confirma el derecho de todas las personas a disponer de agua potable en cantidad suficiente para satisfacer sus necesidades esenciales y a utilizar instalaciones sanitarias aceptables que tengan en cuenta las necesidades de la higiene, la dignidad humana, la salud pública y la protección del medio ambiente (véase A/HRC/2/2, cap. II).

³⁰ Véase E/CN.4/2003/5 y E/CN.4/2002/59.

³¹ Véase OMS, ACNUDH, Centro de Derecho de Vivienda y Desahucios, *Water Aid* y Centro de Derechos Económicos y Sociales, *The Right to Water* (2003) (www.who.int/water_saitation_health/rtwrev.pdf).

³² E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 2.

³³ *Ibíd.*, párr. 29.

³⁴ *Ibíd.*, párr. 22.

67. A nivel regional, el derecho de toda persona a disponer de una cantidad de agua suficiente para atender a sus necesidades básicas es reconocido por el Consejo de Europa en los párrafos 5 y 9 de su recomendación 14 sobre la Carta Europea de Recursos Hídricos (2001). Asimismo, en el documento final de su conferencia cumbre celebrada recientemente, los Jefes de Estado o de Gobierno del Movimiento de los Países No Alineados reconocieron el derecho de todas las personas al agua.

68. A nivel nacional, en las constituciones de determinados países (por ejemplo, Sudáfrica y el Uruguay), figura explícitamente el derecho al agua. Asimismo, varios fallos judiciales se apoyan en este derecho humano. Por ejemplo, en el caso de *Residents of Bon Vista Mansions v Southern Metropolitan Local Council*, el Tribunal Supremo de Sudáfrica dictaminó que la desconexión del abastecimiento de agua representaba una violación prima facie del deber constitucional del Estado con respecto al derecho al agua. Igualmente, en *Subhas Kumar v State of Bihar*, el Tribunal Supremo de la India afirmó que el derecho al agua era un derecho fundamental en virtud del Artículo 21 de la Constitución e incluía el derecho al disfrute de agua y aire puros para el pleno goce de la vida.

69. En el *Informe sobre Desarrollo Humano 2006* se subraya la importancia de adoptar un enfoque del suministro de agua potable y saneamiento adecuado que se base en los derechos humanos y se hace hincapié en que el acceso al agua es una necesidad humana básica al mismo tiempo que un derecho humano fundamental. De acuerdo con el informe, el derecho al agua se ha de corresponder con el derecho a un suministro de agua asequible, accesible y seguro³⁵. Por otra parte, en el informe se pone de relieve la responsabilidad de los gobiernos de reconocer el derecho al agua en una base legislativa y esforzarse por lograr su realización progresiva.

Marco analítico del derecho a la salud

70. En los últimos años, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la OMS, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas y muchas otras entidades han establecido un método para desarrollar o analizar el derecho a la salud con miras a que resulte más fácil de comprender y aplicar en la práctica a las políticas, los programas y los proyectos relacionados con la salud. Por su parte, el Relator Especial ha tratado de aplicar y perfeccionar este marco analítico en sus informes sobre países u otros informes³⁶. Sin embargo, resulta más importante el hecho de que el marco tiene una aplicación general para todos los aspectos del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, incluidos los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable y el saneamiento adecuado.

71. Aunque el marco analítico se detalla en otro lugar, sus elementos claves pueden resumirse muy someramente de la manera siguiente:

- a) Delimitación de las leyes, normas y principios nacionales e internacionales pertinentes relacionados con los derechos humanos;
- b) Reconocimiento de que el derecho a la salud está sujeto a limitaciones de recursos y a una progresiva realización, lo que exige la delimitación de indicadores y puntos de referencia para medir los progresos realizados (o no realizados) a lo largo del tiempo;

³⁵ Véase PNUD, informes sobre Desarrollo Humano 2006.

³⁶ Por ejemplo, véase A/61/338; véase también E/CN.4/2006/48/Add.2.

c) Reconocimiento, no obstante, de que algunas obligaciones dimanantes del derecho a la salud no están supeditadas a limitaciones de recursos ni a una progresiva realización, sino que tienen un efecto inmediato, como la obligación de evitar la discriminación;

d) Reconocimiento de que el derecho a la salud incluye a su vez otros derechos negativos (por ejemplo, el derecho a no ser objeto de discriminación en el acceso al agua) y derechos positivos (por ejemplo, el derecho al suministro de niveles mínimos esenciales de agua y de saneamiento). En su mayor parte, los derechos negativos no tienen consecuencias presupuestarias, pero sí los derechos positivos;

e) Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables y ser de buena calidad (en los párrafos 73 a 76 *infra*, esta consideración se aplicará brevemente al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud);

f) Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y observar el derecho al más alto nivel posible de salud (esto también se aplicará brevemente al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud, en los párrafos 82 y 83 *infra*);

g) Habida cuenta de su importancia crucial, el marco analítico exige que se preste especial atención a las cuestiones de la no discriminación, la igualdad y la vulnerabilidad;

h) El derecho a la salud requiere que las personas y las comunidades tengan la oportunidad de participar de manera activa y con conocimiento de causa en la adopción de decisiones que guarden relación con su salud;

i) Los países en desarrollo tienen la responsabilidad de solicitar asistencia y cooperación internacionales, en tanto que los desarrollados tienen algunas responsabilidades en lo concerniente a la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo; y

j) El derecho a la salud requiere que existan mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de supervisión y rendición de cuentas en los planos nacional e internacional.

72. A título ilustrativo, en la presente sección se aplicarán someramente elementos de este marco analítico al agua y al saneamiento en el contexto del derecho a la salud.

Responsabilidades de los Estados

Disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad

73. El derecho a la salud requiere que el Estado haga todo lo que esté a su alcance para velar por que haya agua potable y servicios de saneamiento adecuados disponibles para todos en su territorio. La cantidad de agua disponible para cada persona debe ajustarse a la cantidad especificada por la OMS³⁷. Puede que algunas personas y grupos necesiten mayores cantidades de agua debido a problemas de salud, características climáticas y condiciones de trabajo, y en esos casos el Estado debe velar por la disponibilidad de cantidades de agua suficientes para satisfacer las necesidades de dichos grupos y personas. Los Estados deben tomar medidas en

³⁷ Véase G. Howard y J. Bartram, Domestic Water Quantity, Service Level and Health, OMS, 2002.

contra del consumo excesivo y a favor del aprovechamiento eficaz del agua. El derecho a la salud requiere que los Estados velen por que haya disponible agua potable para usos personales y domésticos, tales como el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica³⁸.

74. El derecho a la salud requiere también que, además de estar disponibles, el agua y el saneamiento sean accesibles a todos sin discriminación. En el contexto del agua y del saneamiento, el acceso tiene cuatro dimensiones:

a) En todo el país, todos los sectores de la población deben tener acceso seguro al agua y al saneamiento. Por lo tanto, el agua y el saneamiento deben ser físicamente accesibles dentro de los hogares, las instituciones educativas, los lugares de trabajo y las instituciones de salud o de otra índole, o en sus cercanías³⁹. La inaccesibilidad del agua dentro de un entorno físico seguro puede causar graves daños a la salud, especialmente para las mujeres y niños que se ocupan de acarrearla. Cargar recipientes de agua pesados durante largas distancias puede provocar fatiga, dolor y lesiones espinales y pélvicas, lo que a su vez puede causar problemas durante el embarazo y el parto. Asimismo, la falta de servicios sanitarios seguros y privados supone para las mujeres una rutina diaria humillante, estresante y desagradable, que puede dañar su salud⁴⁰. Al diseñar instalaciones de agua y de saneamiento para los campamentos de refugiados y los de desplazados internos, debe prestarse especial atención a prevenir la violencia basada en el género. Por ejemplo, deben construirse las instalaciones en zonas seguras cerca de las viviendas⁴¹;

b) El agua y el saneamiento deben ser económicamente accesibles (vale decir, asequibles), incluso para las personas que viven en la pobreza. La pobreza se traduce en un acceso desigual a los servicios de salud, al agua potable y al saneamiento. Si las personas que viven en la pobreza no tienen acceso al agua potable y a servicios de saneamiento adecuados, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas razonables para garantizar el acceso a todos;

c) El agua y el saneamiento deben ser accesibles a todos sin discriminación por ninguno de los motivos prohibidos, como sexo, raza, grupo étnico, discapacidad y situación socioeconómica;

d) La información fidedigna sobre el agua y el saneamiento debe ser accesible para todos, a fin de que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa.

75. El derecho a la salud requiere que, además de estar disponibles y ser accesibles, las instalaciones de agua y de saneamiento respeten las necesidades en materia de género y edad, y sean culturalmente aceptables. Por ejemplo, deben tomarse medidas para asegurar que en las instalaciones sanitarias se tenga en cuenta la intimidad de mujeres, hombres y niños.

76. El derecho a la salud requiere que los servicios de agua y saneamiento sean de buena calidad. El agua necesaria para el uso personal y doméstico debe ser salubre y no ha de contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan

³⁸ E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 12 a).

³⁹ E/CN.4/Sub.2/2005/25, directriz 1.3.

⁴⁰ Véase el trabajo del Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre recursos hídricos y saneamiento titulado *Health, Dignity and Development: What will it take?*, 2005.

⁴¹ Véase ACNUR, *Access to Water in Refugee Situations*, 2005.

constituir un peligro para la salud de las personas⁴². Los Estados deben establecer reglamentos y normas en materia de calidad del agua con base en las Guías para la calidad del agua potable de la OMS⁴³. Asimismo, las instalaciones sanitarias deben ser de calidad adecuada. Toda persona debe tener acceso a servicios, prestaciones e instalaciones de saneamiento a un precio asequible y que sean adecuados para la promoción y protección de la dignidad humana y de la salud de las personas. La buena salud requiere proteger el medio ambiente de los desechos de origen humano, lo que sólo puede lograrse si todos tienen y utilizan servicios de saneamiento adecuados⁴⁴. La buena calidad del agua y de los servicios de saneamiento reduce la susceptibilidad a la anemia y a otras dolencias que provocan mortalidad y morbilidad materna e infantil.

Lucha contra la discriminación, la desigualdad y la vulnerabilidad

77. En relación con los conceptos de no discriminación e igualdad, las normas internacionales de derechos humanos reflejan una preocupación por la vulnerabilidad y la desventaja. Por ese motivo es que se obliga a los Estados a adoptar medidas a favor de las personas y comunidades desfavorecidas. En el contexto actual, la no discriminación y la igualdad tienen numerosas repercusiones. Por ejemplo, hacen necesario que un Estado establezca una normativa nacional en materia de agua y saneamiento que tenga en cuenta las prioridades sanitarias nacionales y locales e incorpore políticas y programas que atiendan las necesidades de los desfavorecidos. Además, los conceptos de no discriminación e igualdad requieren que el Estado preste atención a personas y grupos con necesidades especiales en materia de agua y saneamiento, debido a problemas de salud, características climáticas, u otras circunstancias.

78. El derecho a la salud requiere, por lo tanto, que el Estado formule una política nacional de agua y saneamiento dirigida a garantizar un acceso equitativo a personas y grupos vulnerables y desfavorecidos, como mujeres y niños, minorías étnicas y poblaciones indígenas, personas que viven en la pobreza, personas que viven con el VIH/SIDA, desplazados internos, ancianos, personas con discapacidad, presos y otros.

Realización progresiva y obligaciones de efecto inmediato

79. Con arreglo al párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho al más alto nivel posible de salud, y por lo tanto los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable y el saneamiento adecuado, están sujetos a la realización progresiva y a la disponibilidad de recursos. En pocas palabras, por realización progresiva se entiende la obligación del Estado de alcanzar en un plazo de dos años resultados mejores que los actuales, mientras que por disponibilidad de recursos se entiende que los niveles previstos son mayores para un país desarrollado que para un país en desarrollo.

80. Lo anterior tiene importantes repercusiones. Por ejemplo, los Estados necesitan indicadores y parámetros adecuados para saber si están o no haciendo efectivo en forma progresiva el derecho a la salud (véase el enfoque de los indicadores de salud basado en los derechos humanos que se expone en el documento E/CN.4/2006/48). Sin embargo, se plantea también una reserva importante: el derecho a la salud comprende algunas obligaciones fundamentales de

⁴² E/2003/22-E/C.12/2002/13, anexo IV, Observación general No. 15, párr. 12 b).

⁴³ Guías para la calidad del agua potable de la OMS, 2006.

⁴⁴ Véase E/CN.4/Sub.2/2004/20, párr. 44.

efecto inmediato que no quedan sujetas a la realización progresiva⁴⁵. Se trata de obligaciones sin las cuales se considera que el derecho perdería su razón de ser⁴⁶. En virtud del derecho a la salud, por ejemplo, los Estados tienen la obligación inmediata de evitar la discriminación y garantizar el acceso a los servicios básicos de saneamiento⁴⁷, así como a la cantidad esencial mínima de agua suficiente y apta para el uso personal y doméstico a fin de prevenir las enfermedades⁴⁸.

81. En resumen, además de exigírsele que haga efectivo progresivamente el acceso al agua y al saneamiento, el Estado tiene una obligación fundamental de efecto inmediato consistente en hacer disponible y accesible una cantidad esencial mínima de agua suficiente y apta para el uso personal y doméstico, así como servicios básicos de saneamiento⁴⁹ en todo su territorio. Sólo se permiten medidas regresivas, las cuales disminuyen el acceso de las personas al agua y al saneamiento, cuando un Estado puede demostrar que dichas medidas se han adoptado tras un examen exhaustivo de las alternativas y que están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte⁵⁰.

Obligaciones de respetar, proteger y hacer cumplir

82. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer cumplir el derecho al más alto nivel posible de salud. Esa obligación es igualmente aplicable a la atención médica y a los factores subyacentes determinantes de la salud. Por ejemplo, en el contexto de estos factores determinantes de la salud como el agua potable y el saneamiento adecuado, en virtud de la obligación de respetar el Estado debe abstenerse de contaminar el agua u obstaculizar arbitrariamente el acceso de una persona al agua o a los servicios de saneamiento. En cumplimiento de su obligación de proteger, el Estado debe tomar medidas eficaces para evitar que terceros obstaculicen el acceso al agua y a los servicios de saneamiento. Por ejemplo, el Estado debe tomar medidas eficaces para asegurarse de que los proveedores de servicios privados no dificulten el acceso al agua potable y al saneamiento adecuados. Con arreglo a la obligación de hacer cumplir, el Estado debe proporcionar a las personas que vivan en la pobreza una cantidad mínima esencial de agua y servicios de saneamiento básicos, si esas personas no estuvieran en condiciones de obtenerlos.

83. En otras palabras, ya sea que el suministro de agua y de servicios de saneamiento se encomiende a una empresa pública o a una privada, el Estado sigue siendo responsable de la correcta reglamentación de los sistemas de abastecimiento

⁴⁵ E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 43.

⁴⁶ E/1991/23-E/C.12/1990/8 y Corr.1, anexo III, Observación general No. 3, párr. 10.

⁴⁷ E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 36.

⁴⁸ Hay una diferencia entre la obligación fundamental en materia de agua contemplada en el párrafo 36 de la Observación general No. 14 y la que se enuncia en el párrafo 37 a) de la Observación general No. 15. Aquí se utiliza la menos estricta de las dos, vale decir, la correspondiente al párrafo 37 a) de la Observación general No. 15.

⁴⁹ El Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre recursos hídricos y saneamiento define a los servicios básicos de saneamiento como la opción más económica para garantizar un acceso sostenible a servicios e instalaciones seguros, higiénicos y adecuados para la eliminación de desperdicios y aguas residuales con privacidad y dignidad, garantizando al mismo tiempo un entorno limpio y sano en el hogar y en la vecindad de los usuarios.

⁵⁰ E/2001/22-E/C.12/2000/21, anexo IV, Observación general No. 14, párr. 32.

de agua y saneamiento, así como de la salud y el bienestar de las personas más desfavorecidas que viven en su territorio.

Participación

84. La participación activa y con conocimiento de causa de las personas y comunidades en la adopción de decisiones en materia de salud es un rasgo importante del derecho al más alto nivel posible de salud. El ejercicio de ese derecho requiere la realización de esfuerzos especiales para asegurar la participación de personas y grupos que tradicionalmente han sido excluidos o marginados. En lo referente al agua y el saneamiento, por ejemplo, aunque las mujeres soportan una carga desproporcionada en la recogida de agua y en la eliminación de las aguas residuales de la familia, suelen ser excluidas de los procesos de adopción de decisiones pertinentes. Por lo tanto, los Estados deben tomar medidas para garantizar que no se excluya a las mujeres de los procesos de adopción de decisiones relativas a la gestión del abastecimiento de agua y el saneamiento.

85. En la mayoría de los casos, las comunidades y los grupos tienen mejor idea de qué clases de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento necesitan y de cómo se deberían gestionar esos servicios. Por lo tanto, al formular su normativa y programas nacionales en materia de abastecimiento de agua y saneamiento, el Estado debe tomar medidas para asegurar la participación activa y con conocimiento de causa de todas las personas que pueden verse afectadas.

Asistencia y cooperación internacionales

86. Los Estados tienen la obligación de tomar medidas por sí mismos o mediante la asistencia y la cooperación internacionales en pro de la plena realización de diversos derechos, entre ellos el derecho a la salud. En función de la disponibilidad de recursos, los países desarrollados deberían proporcionar asistencia financiera y técnica para complementar los recursos de los países en desarrollo, velando por que todos tengan acceso, lo antes posible, al agua potable y a servicios de saneamiento adecuados.

87. Habida cuenta del enorme reto que para la salud pública supone la insuficiencia de agua y de servicios de saneamiento en los países en desarrollo, el Relator Especial recuerda a los Estados los compromisos asumidos en virtud de la Declaración del Milenio y de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social y hace hincapié en la necesidad de una alianza mundial en materia de agua y saneamiento, encaminada a crear un sistema eficaz e integrado de abastecimiento de agua y saneamiento que brinde a todos agua y servicios de saneamiento asequibles y de calidad.

Supervisión y rendición de cuentas

88. El derecho a la salud conlleva la necesidad fundamental de que existan mecanismos de supervisión y rendición de cuentas accesibles, transparentes y eficaces. Quienes tengan responsabilidades en relación con el derecho a la salud deberán rendir cuentas del cumplimiento de sus tareas, a fin de que se determinen los éxitos y las dificultades; de esa manera podrán hacerse ajustes normativos y de otra índole en la medida necesaria. Hay muchos tipos diferentes de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas: judiciales, cuasijudiciales, administrativos y políticos. Si bien cada Estado habrá de decidir cuáles son los más apropiados en su caso particular, todos los mecanismos han de ser eficaces, accesibles y transparentes.

89. Toda normativa nacional en materia de agua y saneamiento debe someterse a mecanismos adecuados de supervisión y rendición de cuentas. Para ello es necesario que en la normativa se establezcan las obligaciones del gobierno en materia de derecho a la salud con respecto al agua y el saneamiento, así como un plan de aplicación en el que se indiquen los objetivos, los plazos, los encargados y sus responsabilidades, los indicadores, los parámetros y los procedimientos para la presentación de informes. Periódicamente, un organismo nacional competente (como por ejemplo un ombudsman de la salud o un regulador en materia de agua y saneamiento) deberá examinar en qué medida han cumplido su cometido los responsables de la aplicación de la normativa nacional sobre agua y saneamiento, no necesariamente con fines de sanción y castigo, sino para determinar cuáles políticas e instituciones están dando resultados y cuáles no con el fin de mejorar el acceso de todos al agua y a los servicios de saneamiento.

Algunas cuestiones clave

90. La garantía del acceso de todos al agua y el saneamiento da lugar a una amplia gama de cuestiones concretas, prácticas e importantes. A título de ejemplo, en la presente sección se hace una breve exposición de algunas de esas cuestiones, teniendo presente el marco analítico descrito en los párrafos precedentes.

Privatización del agua

91. En algunos círculos se ha promovido la privatización como forma de hacer frente a la crisis mundial del agua y garantizar a todos su acceso. Sin embargo, la experiencia muestra que la privatización puede dar lugar a incrementos de precios sin tener en cuenta la capacidad de pago de los consumidores de bajos ingresos. Por ejemplo, se calcula que después de la privatización, los residentes de Cochabamba (Bolivia) gastaban más del 25% del ingreso medio por hogar en agua, lo que dio lugar a violentas protestas a principios de 2000⁵¹. Asimismo, la privatización en Filipinas dio lugar a un aumento de 60% a 65% de las tarifas del agua, motivo por el cual muchas personas no pudieron pagarlas⁵².

92. El elevado costo del agua puede obligar a los hogares a usar fuentes alternativas de agua de menor calidad que suponen un mayor riesgo para la salud. Además, puede reducir el volumen de agua utilizada en los hogares a tal punto que se vean comprometidas la higiene y la salud⁵³.

93. Si bien las normas internacionales de derechos humanos no exigen una forma determinada de prestación de servicios o de política de fijación de precios, los Estados deben velar por que los proveedores privados de agua y de servicios de saneamiento no pongan en peligro el acceso a un abastecimiento de agua y a servicios de saneamiento asequibles y físicamente accesibles⁵⁴. Ya sea que el suministro de agua y de servicios de saneamiento se encomiende a una empresa pública o a una privada, el Estado tiene la obligación de poner en práctica un

⁵¹ G. Dalton, "Private Sector Finance for Water Sector Infrastructure: What does Cochabamba Tell Us About Using This Instrument?" Occasional Paper No. 37 (University of London School of Oriental and African Studies, 2001).

⁵² Marites Sison, "Philippines: awash in water bills after privatization", InterPress Service, 22 de enero de 2003.

⁵³ Véase OMS, loc. cit.

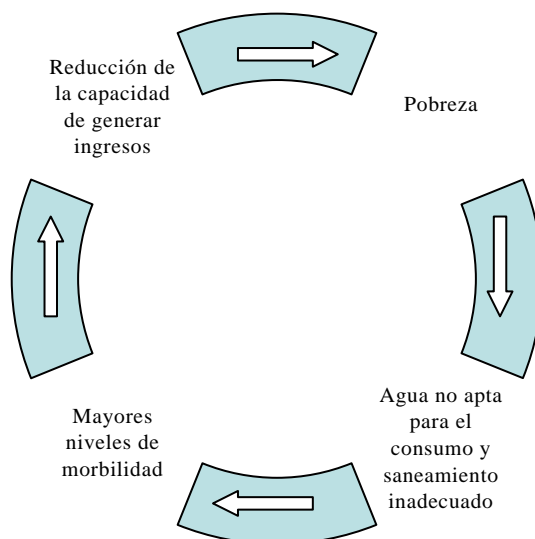
⁵⁴ Véase E/CN.4/2004/49/Add.1, párr. 11.

sistema regulatorio eficaz para velar por que, entre otras cosas, las personas que viven en la pobreza reciban un suministro mínimo de agua potable y de servicios de saneamiento básicos⁵⁵.

Tres obstáculos clave

1. Pobreza

94. Los pobres y otros grupos marginados tienen las mayores dificultades para lograr acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado. Muchos pobres que viven en barrios de tugurios, asentamientos espontáneos y comunidades rurales carecen de conexión al agua corriente, por lo que usan agua de fuentes poco seguras y tienen un saneamiento inadecuado, lo que da lugar a mayores niveles de morbilidad y mortalidad.



95. El aumento de la morbilidad da lugar a una reducción de la capacidad de generación de ingresos, lo que crea un círculo vicioso de pobreza y mala salud que tiene efectos devastadores entre los más pobres (véase el gráfico *supra*). La pobreza pone a mujeres y hombres en malas condiciones para protegerse a sí mismos y a sus hijos de las enfermedades o para obtener tratamiento para sus dolencias. La mala salud y la pérdida de capacidad de trabajo, agravadas por los altos costos de la atención médica, agudizan la pobreza.

96. Aumentar el acceso al agua potable y al saneamiento adecuado no sólo es fundamental para reducir la morbilidad y la mortalidad, sino que es también una estrategia vital en la lucha contra la pobreza.

2. Desigualdad entre los géneros

97. Es bien conocida la relación entre la pobreza y la desigualdad entre los géneros. A causa de los papeles y tareas tradicionales que se asignan a las mujeres,

⁵⁵ E/2003/22-E/C.12/2002/13, párr. 24 de la Observación general No. 15.

como ir a buscar agua para las necesidades de la familia y cuidar a niños, ancianos y enfermos, a menudo ellas no pueden asistir a instituciones educativas y se les niegan oportunidades de trabajo, lo que puede llevar a la pobreza y a problemas de salud. En algunas sociedades, las mujeres soportan también la carga de deshacerse de las aguas residuales y los excrementos de la familia, lo que las expone a graves peligros para la salud. Por tanto, las mujeres son las más afectadas por la insuficiente disponibilidad de agua y de servicios de saneamiento.

98. Las necesidades de las mujeres en materia de agua y saneamiento son diferentes a las de los hombres. Por ejemplo, las mujeres tienden a asignar más importancia que los hombres a la existencia de retretes en el hogar, y sin embargo, generalmente no participan en los procesos de toma de decisiones y fijación de prioridades. A causa de ello, al tomarse decisiones sobre saneamiento e higiene a menudo no se tienen en cuenta las necesidades particulares de las mujeres y las niñas (por ejemplo, durante la menstruación y durante el embarazo y después).

99. El abastecimiento de agua y el saneamiento inadecuados perjudican gravemente la salud, la productividad, la capacidad de generación de ingresos, la seguridad física y la dignidad de las mujeres que viven en la pobreza. El Relator Especial hace hincapié en la necesidad de garantizar la participación de la mujer en los procesos de toma de decisiones y establecimiento de prioridades y alienta a los Estados a adoptar una perspectiva de género en todas las instancias pertinentes de toma de decisiones. Además, hacer participar a las mujeres en la toma de decisiones generará beneficios de salud para toda la comunidad.

3. *Calentamiento del planeta*

100. Las personas que viven en la pobreza se ven desproporcionadamente afectadas por el calentamiento del planeta. Este fenómeno no sólo ha dado lugar a un descenso en el acceso fiable al agua, sino también a alteraciones en los ecosistemas naturales. Los aumentos de temperaturas y precipitaciones resultantes del cambio climático están incrementando el alcance y la temporada de aparición de vectores como mosquitos y moscas tsetsé, que propagan enfermedades como el paludismo, el dengue, la fiebre amarilla y la encefalitis⁵⁶.

101. El calentamiento del planeta afecta negativamente el ciclo hidrológico mundial y causa más sequías e inundaciones. La sequía supone amenazas graves para la salud⁵⁷. Al evaporarse las fuentes de agua limpia, las personas recurren a alternativas más contaminadas, que pueden dar lugar a epidemias de enfermedades transmitidas por el agua. Igualmente, las inundaciones no sólo aumentan el riesgo de muertes por ahogamiento y destrucción de las cosechas, sino que también propagan enfermedades al extender el alcance de los vectores y arrastrar contaminantes agrícolas a los suministros de agua potable⁵⁷.

102. A pesar de esas inquietantes tendencias, la comunidad internacional aún no ha afrontado las amenazas a la salud que plantea el calentamiento del planeta. Si la comunidad internacional no toma en serio las repercusiones sobre la salud del calentamiento del planeta, se estará poniendo en peligro las vidas de millones de personas en todo el mundo.

⁵⁶ A. J. McMichael y otros, "Climate change and human health" (OMS/PNUMA/OMM, 2003).

⁵⁷ New Economics Foundation, *The End of Development* (2006).

V. Conclusiones y recomendaciones

103. Las conclusiones y recomendaciones que se exponen a continuación se centran en la sección IV.

104. El derecho al más alto nivel posible de salud no sólo comprende la atención médica sino también los factores subyacentes determinantes de la salud, como el agua potable, el saneamiento adecuado, condiciones laborales y ambientales sanas y la no discriminación. Con demasiada frecuencia se dedica una atención excesiva a la existencia médica, a expensas de los factores subyacentes determinantes de la salud.

105. Si bien en el presente informe se presta especial atención al agua y al saneamiento, debe entenderse que el derecho a la salud comprende muchos otros factores determinantes. El marco analítico expuesto en este informe puede aplicarse a otros factores subyacentes determinantes de la salud.

106. Aunque el agua y el saneamiento son fundamentales para la supervivencia, el desarrollo, el crecimiento económico y el derecho a la salud, pocas veces reciben la atención debida. Numerosos Estados dedican insuficientes recursos presupuestarios al agua y al saneamiento y no elaboran planes, políticas, programas y leyes adecuados. Tradicionalmente, las organizaciones internacionales han desatendido el agua y el saneamiento, aunque tanto la OMS como el ACNUDH están tomando importantes medidas para corregir ese desequilibrio. Además, los donantes no han apoyado suficientemente las iniciativas a favor del agua potable y el saneamiento adecuado, aunque hay indicios de que esa tendencia comienza a cambiar. Las organizaciones de la sociedad civil han hecho encomiables progresos a la hora de promover debates sobre las cuestiones del agua, el saneamiento y los derechos humanos⁵⁸.

107. A fin de subsanar esa situación, el Relator Especial formula las siguientes recomendaciones:

a) *Reconocimiento formal.* Todos los Estados deberían reconocer formalmente que el derecho al más alto nivel posible de salud comprende el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado;

b) *Leyes, planes, políticas, programas y proyectos.* Mediante procesos participativos, los Estados deberían formular y poner en práctica leyes, planes, políticas, programas y proyectos que mejoren el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado para todos;

c) *Presupuestos nacionales y asistencia internacional.* La importancia crucial que para la salud y para el derecho a la salud tienen el agua potable y el saneamiento adecuado debe reflejarse en los presupuestos nacionales y en la asistencia y la cooperación internacionales;

d) *Personas y grupos desfavorecidos.* De conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, en las medidas (tanto del ámbito nacional como internacional) dirigidas a aumentar el acceso al agua potable y a un saneamiento adecuado debe prestarse especial atención a las personas y grupos desfavorecidos,

⁵⁸ Véase, por ejemplo, The Right to Water Programme, Centro de Derechos de Vivienda y Desahucios (www.cohre.org); Water Law Research Programme (www.ielrc.org); y Water Aid (www.wateraid.org).

como los pobres, así como a las personas que viven en comunidades rurales y en asentamientos espontáneos urbanos, independientemente de su situación en cuanto a la tenencia de la tierra;

e) *Género*. En lo referente al agua, el saneamiento y el derecho a la salud, es de fundamental importancia que los Estados, las organizaciones internacionales y otras entidades adopten una perspectiva de género en todos los procesos de formulación de política pertinentes;

f) *Un enfoque integrado*. El derecho al más alto nivel posible de salud requiere un enfoque integrado conforme al cual los programas de suministro de agua incluyan un saneamiento e higiene adecuados;

g) *Campañas de información pública*. Deben ponerse en marcha amplias campañas de sensibilización pública sobre la salud que brinden información relativa al agua y al saneamiento, por ejemplo, sobre higiene, almacenamiento seguro de agua potable y control de la calidad del agua. Ello resulta particularmente importante para los hogares de bajos ingresos que dependen de instalaciones de agua y saneamiento de pequeña escala;

h) *Año Internacional del Saneamiento (2008)*. La Asamblea General declaró recientemente el 2008 Año Internacional del Saneamiento, a fin de crear más conciencia sobre la importancia del saneamiento⁵⁹. El Relator Especial insta a los Estados a aprovechar esta oportunidad para desplegar esfuerzos conjuntos y concertados en pro de la consecución del objetivo de desarrollo del Milenio relativo al agua potable y el saneamiento;

i) *Supervisión y rendición de cuentas*. Una de las medidas más importantes que numerosos Estados deben tomar en pro de la realización del derecho a la salud en general, y del acceso al agua y al saneamiento en particular, consiste en establecer un mecanismo de supervisión y rendición de cuentas eficaz, transparente y accesible. Podrá tratarse, por ejemplo, de una institución nacional de derechos humanos, un ombudsman de la salud o un regulador del agua y del saneamiento. Este mecanismo se ocuparía de supervisar y exigir responsabilidades a todos los agentes públicos y privados pertinentes en relación con la política nacional de agua y de saneamiento, así como con el acceso de todos al agua y al saneamiento;

j) *Cambio climático*. El Relator Especial pide al Consejo de Derechos Humanos que estudie con carácter urgente las repercusiones del cambio climático sobre los derechos humanos en general y sobre el derecho al más alto nivel posible de salud en particular;

k) *El derecho humano al agua y el saneamiento*. Cabe reconocer que el Consejo de Derechos Humanos ha comenzado a estudiar la cuestión de los derechos humanos y el acceso al agua⁶⁰. Se recomienda que el Consejo nombre a un relator especial sobre el derecho al agua y el saneamiento para ayudar a los Estados a comprender sus obligaciones jurídicas, determinar y divulgar las mejores prácticas y supervisar la realización progresiva de este importante derecho humano. Por su parte, todos los Estados deberían reconocer el derecho humano al agua y el saneamiento.

⁵⁹ Resolución 61/192 de la Asamblea General.

⁶⁰ Véase A/HRC/L.3/Rev.3.