

El futuro de la humanidad depende del presente de la salud infantil. Reflexiones sobre el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño

*Humanity's future depends on this child health.
Reflections about article 24 of the Convention on the
Rights of the Child*

JOSÉ MARÍA MEDINA REY*



PALABRAS CLAVE

Salud infantil; Derecho a la salud; Determinantes sociales de la salud; Acceso a la salud; Cobertura universal de salud.

RESUMEN La realización del derecho de los niños y niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud es crucial para hacer posible su desarrollo personal. Sin embargo, aunque durante los 25 años de vigencia de la Convención sobre los Derechos del Niño se han logrado avances, sigue siendo un derecho vulnerado para muchos millones de niños y niñas. La futura agenda de desarrollo, posterior a los ODM, debe tomar muy en cuenta este derecho como condición para hacer viable el desarrollo.

KEYWORDS

Child health; Right to health; Social determinants of health; Access to health; Universal health coverage.

ABSTRACT The realization of the child's right to the enjoyment of the highest attainable standard of health is basic for his/her personal development. However, in spite of the achievements since the Child Rights Covenant was in force, many millions children's right to health continues being violated. The future development

* José María Medina Rey es director de PROSALUS. Coordinador de la campaña "Derecho a la alimentación. Urgente". Licenciado en Derecho, Máster en Derechos Humanos, diplomado en diseño, gestión y evaluación de proyectos sociales con participación comunitaria y diplomado en dirección de ONG. Posee 25 años de experiencia en cooperación internacional.

agenda, post-ODM, must take into account seriously this right as a condition for the feasibility of the development processes.

MOTS CLÉS

Santé infantile; Droit à la santé; Déterminants sociaux de la santé; Accès aux soins de santé; Couverture sanitaire universelle.

RÉSUMÉ La réalisation du droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible est essentielle pour permettre son développement personnel. Cependant, malgré les progrès concrets réalisés depuis l'entrée en vigueur de la Convention relative aux droits de l'enfant il y a 25 ans, la violation de ce droit demeure une réalité pour beaucoup d'entre eux. Il doit donc être pleinement pris en compte dans le futur programme post-ODM pour rendre possible le processus de développement.

Introducción

El momento en que he recibido la petición de colaborar en este número extraordinario de la *Revista Española de Desarrollo y Cooperación* con un artículo sobre el derecho de los niños y las niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud coincide con la crisis abierta por un brote especialmente virulento de ébola, con más de 8.000 personas infectadas, principalmente en Liberia, Sierra Leona y Guinea Conakry, y con un balance (oficial) que pasa ya de 4.000 muertos, de los cuales al menos el 15% eran menores de 15 años.

En esta situación resulta difícil hacer una reflexión serena sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Para intentar abordarlo voy a aplicar una versión libre del método dialéctico que se basa en el planteamiento de una tesis, el contraste con una antítesis y la generación de una síntesis.

En este caso, la tesis de la que parto es “lo que debe ser”, es decir, cómo debe entenderse y realizarse el derecho de los niños y las niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud. La antítesis es la realidad que nos viene golpeando en estos 25 años de vigencia de la Convención. Y la síntesis, los desafíos que tenemos por delante para que la realidad futura se parezca cada vez más al ideal de salud infantil planteado por este instrumento de Derechos Humanos focalizado en la niñez.

Tesis: el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Es bastante frecuente que, cuando hablamos de salud, se piense casi exclusivamente en enfermedad y en asistencia médico-sanitaria. Sin embargo, en la doctrina sobre los Derechos Humanos consolidada a partir de la Declaración Universal, el concepto

de salud que se maneja y, por tanto, el de derecho a la salud, es mucho más amplio y positivo. La Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN), en línea con esa corriente del derecho internacional de los Derechos Humanos, consagra una visión integral de la salud.

Si la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada en 1948 se limitó a establecer que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”¹, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 avanzó señalando de forma ejemplificativa algunas de las medidas que los Estados Partes deberán adoptar para asegurar la plena efectividad de este derecho, entre ellas las necesarias para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y para promover el sano desarrollo de los niños².

La CDN dio un paso más en la interpretación del derecho humano a la salud y se adelantó varios años a la interpretación autorizada sobre el contenido de este derecho que en el año 2000 hizo el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a través de su *Observación general n° 14*, en la que consagró una visión del derecho humano a la salud como un derecho estrechamente vinculado con el ejercicio de muchos otros Derechos Humanos (alimentación, agua, vivienda, educación, vida, dignidad humana, no discriminación, etc.) y como un derecho que no se limita a la atención sanitaria sino que abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, haciendo ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, un medio ambiente sano, etc.³.

El derecho de los niños y las niñas a disfrutar del más alto nivel posible de salud está consagrado en el artículo 24 de la CDN⁴. Las referencias del texto de este artículo

- 1 Art. 25.1 de la Declaración. Consultada en fecha 11/10/2014 en la página web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn>
- 2 Art. 12 del Pacto. Consultado en fecha 11/10/2014 en la página web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- 3 Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general n° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, aprobada en su 22º periodo de sesiones, abril-mayo de 2000. Consultada en fecha 11/10/2014 en la página web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en
- 4 Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Consultada en fecha 10/10/2014 en la página web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>

a la atención primaria de salud, a la nutrición adecuada, al acceso a agua potable, al saneamiento ambiental, al medio ambiente libre de contaminación, a la educación nutricional y para la salud, a las medidas de prevención, no dejan lugar a dudas sobre el enfoque de salud que la Convención incorpora.

Cuadro 1. La atención primaria de salud es mucho más que asistencia sanitaria básica

Aunque es bastante habitual que se utilice el término "atención primaria" para referirse al primer nivel de asistencia sanitaria, el enfoque de atención primaria de salud (APS) es mucho más amplio. Fue consagrado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en septiembre de 1978. La APS parte de proponer una distribución más justa y equitativa de los recursos, no solo los recursos sanitarios, sino otros recursos socioeconómicos que tienen una enorme incidencia sobre la salud: educación, agua potable, saneamiento y alimentación. Trata de establecer un sistema sanitario en equilibrio entre el tratamiento curativo y la prevención, entre la atención hospitalaria y los cuidados comunitarios, entre los servicios de salud profesionalizados y unos ambientes favorables para la salud.

Los principios básicos de la APS son los siguientes:

- Distribución equitativa de los recursos: todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud, lo que incluye el acceso económico y geográfico a los servicios.
- Participación comunitaria: alentar y dar oportunidades a las personas de involucrarse de manera activa en las decisiones sobre su propia salud y sobre los servicios de salud para su comunidad.
- Tecnología apropiada: los cuidados primarios de la salud deben estar basados en métodos asequibles, ética y culturalmente aceptables para las personas y para la comunidad, y ser apropiados para las condiciones en que van a ser aplicados.
- Cooperación entre los diferentes sectores: colaborar y seguir estrategias comunes con otros sectores cuyas políticas están relacionadas con la salud, como la agricultura, la educación y la vivienda.
- Énfasis en la prevención sin descuidar los cuidados curativos: incorporar la promoción y la educación sanitaria sobre cómo controlar y prevenir los problemas de salud más habituales.

El mayor porcentaje de problemas de salud se resuelve en este ámbito de la APS (se habla del 80%) que integra varios componentes:

- Educación sanitaria y promoción de la salud.
- Adecuado abastecimiento de alimento y promoción de la buena alimentación.
- Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico.
- Cuidados sanitarios materno-infantiles, incluyendo la salud reproductiva.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades más habituales y de los traumatismos comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Fuente: Elaboración propia.

Por si no estuviera suficientemente claro y explícito en el propio texto del artículo 24 de la CDN, el Comité de los Derechos del Niño, como órgano encargado de velar por la correcta aplicación de la Convención, aprobó en su 62º periodo de sesiones (enero de 2013) su *Observación general nº 15, referida al derecho de los niños y las niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud*⁵. Extraemos a continuación algunas de las características principales de este derecho de acuerdo a la interpretación autorizada del Comité.

Desde la óptica de la CDN, la salud infantil se refiere a las oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y

5 Comité de Derechos del Niño. *Observación general nº 15*. Consultada en fecha 04/10/2014 en la página web de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15&Lang=en

social al máximo de sus posibilidades. Por tanto, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que no solo abarca la prevención oportuna y apropiada, la promoción de la salud y los servicios paliativos, de curación y de rehabilitación, sino también el derecho del niño y la niña a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades y vivir en condiciones que le permitan disfrutar del más alto nivel posible de salud, mediante la ejecución de programas centrados en los factores subyacentes que determinan la salud. Las etapas del desarrollo del niño y la niña son acumulativas; cada una repercute en las etapas posteriores e influye en la salud, el potencial, los riesgos y las oportunidades del niño y la niña.

El enfoque de la CDN pone de manifiesto la necesidad de eliminar la exclusión y reducir las disparidades sociales en el ámbito de la salud; organizar los servicios sanitarios en función de las necesidades y expectativas de las personas; incorporar la salud en los sectores conexos; adoptar modelos colaborativos de diálogo sobre políticas; y dar mayor cabida a los interesados, en particular por lo que se refiere a la demanda de servicios y el uso apropiado de estos. El Comité alerta sobre el peligro de que la salud del niño y la niña pueda quedar minada por la discriminación, especialmente por la basada en el género, que está muy extendida y que se manifiesta en una amplia gama de fenómenos.

Desde el punto de vista del acceso a la asistencia sanitaria, el derecho consagrado por la CDN implica que la infancia tiene derecho a servicios sanitarios —incluidos los de prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y atención paliativa— en cantidad y calidad suficientes, que sean funcionales y aceptables para todos y estén al alcance de todos los sectores de la población infantil, para lo cual deberán determinarse y eliminarse los obstáculos financieros, institucionales y culturales que impidan el acceso. Los Estados han de dar prioridad al acceso universal de los niños y las niñas a servicios de atención primaria de salud prestados lo más cerca posible de los lugares de residencia de sus familias, especialmente en contextos comunitarios.

En cuanto a los principales determinantes de la salud, el Comité destaca la importancia de la alimentación, el acceso a agua potable y saneamiento y disponer de viviendas y entornos saludables:

- 1 Los Estados deben cumplir sus obligaciones de garantizar el acceso a alimentos inocuos, nutricionalmente adecuados y culturalmente apropiados, y luchar contra la malnutrición. Esto implica, entre otras cosas, que deben proteger y promover la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida; que deben promover la alimentación escolar para garantizar a todos los alumnos acceso a una comida completa al día; que deben incorporar la educación en materia de nutrición y salud, incluyendo la creación de huertos escolares y la capacitación del personal docente para fomentar la nutrición infantil y los hábitos alimenticios saludables; que deben evitar la exposición de los niños y las niñas a la “comida rápida” de alto contenido en grasas, azúcar o sal, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias de posibles efectos

nocivos, debiendo controlar la comercialización de estas sustancias orientada a la infancia, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares.

- ▶ El agua potable salubre y el saneamiento son esenciales para el pleno disfrute de la vida y los demás Derechos Humanos. Las autoridades deben tener presentes los indicadores infantiles de malnutrición, diarrea y otras enfermedades relacionadas con el agua, así como el tamaño de las familias, al planificar y llevar a cabo obras de expansión de la infraestructura y mantenimiento de los servicios de abastecimiento de agua y al adoptar decisiones con respecto a la asignación mínima gratuita y al corte del suministro.
- ▶ Los Estados deben adoptar medidas para hacer frente a los peligros y riesgos que la contaminación del medio ambiente local plantea a la salud infantil en todos los entornos. Para la crianza y el desarrollo de la infancia en condiciones sanas es fundamental contar con viviendas adecuadas que incluyan instalaciones para preparar alimentos exentas de peligro, un entorno sin humos, ventilación apropiada, la gestión eficaz de los desechos y la eliminación de los desperdicios de las viviendas y sus inmediaciones y la ausencia de sustancias tóxicas. Los Estados han de regular y vigilar el impacto ambiental de las actividades empresariales que puedan poner en peligro el derecho de los niños y las niñas a la salud, su seguridad alimentaria y su acceso a agua potable y saneamiento.

El Comité señala también la importancia que tiene para el niño y la niña la salud de la madre, especialmente durante el embarazo y la lactancia. En este sentido, considera que la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas con la maternidad constituyen graves violaciones de los Derechos Humanos de las mujeres y amenazan gravemente no solo su propio derecho a la salud, sino también el de sus hijos.

La información en materia de salud y la preparación para la vida cotidiana ha de ser accesible físicamente, comprensible y adecuada para la edad y el nivel de estudios de los niños y las niñas y debe abordar una amplia gama de asuntos relativos a la salud, entre ellos los hábitos alimenticios saludables y la promoción de la actividad física, el deporte y el esparcimiento; la prevención de accidentes y lesiones; el saneamiento, lavarse las manos y otras prácticas de higiene personal; y los peligros del consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

El Estado es responsable de la realización del derecho del niño y la niña a la salud, independientemente de si delega la prestación de servicios en agentes no estatales. Debe hacer efectivo el derecho del niño y la niña a la salud con el máximo de recursos de que disponga. Cuando pueda demostrarse que los recursos disponibles son insuficientes, los Estados deberán adoptar medidas selectivas para proceder lo más expedita y eficazmente posible en pro de la plena realización del derecho del niño y la niña a la salud y no podrán adoptar medidas regresivas.

Los Estados Partes en la Convención tienen la obligación no solo de hacer efectivo en su jurisdicción el derecho del niño y la niña a la salud, sino también de contribuir

al logro de ese objetivo a nivel mundial mediante la cooperación internacional. En este sentido, el Comité recuerda a los Estados que deben cumplir la meta de destinar el 0,7% de su renta nacional bruta a la asistencia internacional para el desarrollo.

Antítesis: la realidad de la salud infantil

Estos 25 años de vigencia de la CDN coinciden en gran medida con el periodo de referencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que fueron propuestos para ser alcanzados en 2015, tomando como referencia (línea de base) indicadores de 1990. Una somera revisión de la evolución de algunos de estos indicadores, en concreto de aquellos relacionados con la salud infantil y con algunos de los principales factores determinantes de la misma, nos permite visualizar la distancia entre el derecho a la salud de niños y niñas, consagrado en el artículo 24 de la CDN, y la realidad presente.

Una de las metas propuestas en esta agenda de los ODM era reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años. Las últimas informaciones de seguimiento hechas públicas por las Naciones Unidas⁶ dan cuenta de los importantes avances logrados ya que, con datos de 2013, se ha reducido de 90 a 46 muertes por cada 1.000 nacidos vivos⁷. Pero este dato positivo implica que, al ritmo actual, la meta programada no se alcanzará. En 2012 se produjeron 6,6 millones de muertes de menores de 5 años, principalmente por causas fácilmente prevenibles. En el caso de África subsahariana, uno de cada diez niños y niñas murió antes de cumplir 5 años. Las diferencias son extremas. Así, entre el país con peor y mejor situación, la diferencia es de 93 a 1; y a nivel regional, la diferencia entre África y Europa es de 8,2 a 1⁸. Otros factores también determinan grandes diferencias: en promedio la tasa de mortalidad de menores de 5 años es un 19/_{1.000} más alta en zonas rurales que en zonas urbanas; y el doble en el quintil más pobre de la población que en el más rico⁹.

Entre las historias de éxito se suele destacar la reducción de muertes por sarampión. Gracias a un gran programa de vacunación se han evitado casi 14 millones de muertes infantiles entre 2000 y 2012. Esta enfermedad puede prevenirse aplicando dos dosis de una vacuna que es segura, eficaz y económica. Entre 2000 y 2009, la cobertura global con MCV1 (primera dosis contra el sarampión) aumentó del 72% al 84%, para luego estancarse en ese porcentaje hasta el año 2012. Se estima que 21,2 millones de

6 Véase Naciones Unidas, *Informe de Seguimiento de los ODM 2014*, pp. 24-27.

7 El mencionado *Informe de Seguimiento de los ODM* aporta datos hasta 2012. El dato de 2013 está tomado de Liu *et al.* (2014): *Global, regional and national causes of child mortality in 2000-2013 with projections to inform post 2015 priorities: an updated systematic analysis*, publicado online en fecha 01/10/2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61698-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61698-6)

8 Véase Organización Mundial de la Salud (2013): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*, Suiza, p. 59.

9 *Ibidem*, p. 153.

bebés (muchos de ellos de las poblaciones más pobres y apartadas o que habitan en áreas difíciles de cubrir) no fueron vacunados con MCV1 en 2012.

Quizás la causa subyacente que más impacto tiene en la mortalidad infantil es la desnutrición, que afecta al 35% de las muertes de menores de 5 años¹⁰. Los ODM recogían un indicador relacionado con la desnutrición infantil: el porcentaje de menores de 5 años con peso por debajo del normal. En 1990 este indicador era del 25% y en 2012 era del 15%¹¹. Sin embargo, el propio informe de las Naciones Unidas señala que el retraso en el crecimiento (definido como una contextura y una altura inadecuadas para la edad) puede reflejar, más que el peso inferior al normal, los efectos acumulativos de una nutrición insuficiente y de infecciones en niños y niñas. En 2012, el retraso del crecimiento afectaba todavía a 1 de cada 4 niños en todo el mundo, es decir, 162 millones de niños y niñas menores de 5 años siguen corriendo el riesgo de tener un menor desarrollo cognitivo y físico asociado con esta forma crónica de nutrición insuficiente.

Hace años que está identificado como especialmente crítico el periodo de 1.000 días que va desde el embarazo hasta el segundo año de vida. La desnutrición en este periodo conlleva daños irreversibles (menor peso y talla en la edad adulta, menor logro escolar, menor capacidad de generación de ingresos, mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, etc.)¹². A pesar de esta constatación, la realidad es que todavía el 25% de los niños y las niñas sufren retraso en el crecimiento lo que implica otra generación menos productiva de lo que habría podido ser (la desnutrición reduce el desarrollo económico de una nación al menos en un 8%)¹³.

Podríamos seguir señalando multitud de datos que muestran los tremendos déficit en la salud infantil: más de 200.000 muertes infantiles al año por sida; un 38% de mujeres seropositivas embarazadas sin cobertura de tratamiento con antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos e hijas; más de medio millón de muertes infantiles cada año por malaria al mismo tiempo que en ninguno de los países afectados se alcanza la cobertura recomendada por la OMS de mosquiteros impregnados con insecticida para evitar que los niños y las niñas sean infectados mientras duermen; todavía 40 millones de nacimientos cada año sin atención de personal de salud capacitado; casi un 7% de sobrepeso y obesidad en menores de 5 años; alrededor de 750 millones de personas siguen utilizando fuentes de agua no apta para consumo, principalmente en zonas rurales; 2.500 millones de personas

¹⁰ *Ibíd.*, p. 14.

¹¹ Véase Naciones Unidas, *Informe de Seguimiento de los ODM 2014*, pp. 13-14.

¹² Véase Vitoria *et al.*, "Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital", *The Lancet*, Maternal and Child Undernutrition Series 2008, en <http://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>

¹³ *The Lancet*, Maternal and Child Nutrition Series 2013. Executive summary, en <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/nutrition-eng.pdf>

no cuentan con instalaciones sanitarias mejoradas y de ellos, 1.000 millones tienen que defecar al aire libre; en África hay en promedio un médico cada 4.000 habitantes, mientras en Europa tenemos uno cada 300 habitantes; el gasto público en salud promedio en África es de 73 dólares por habitante al año mientras en Europa es casi de 1.700 dólares...

En los 25 años de vigencia de la CDN se han dado importantes avances en la salud infantil, pero la situación sigue siendo tremenda, con grandes carencias y crecientes desigualdades.

Síntesis: desafíos para realizar el ideal de una niñez sana

Probablemente, frente a esta brecha entre lo que debe ser y lo que en realidad está pasando, se puede argumentar que faltan recursos para poder atender todas las necesidades que afectan a la salud de niños y niñas. En realidad lo que falta es voluntad política. Si comparamos las necesidades de financiación para garantizar la salud infantil, la adecuada nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento adecuado, con los recursos públicos que en los últimos años se han destinado a rescatar entidades financieras que habían sido víctimas de su propia voracidad especulativa, el balance es ridículo. El gasto militar mundial de un solo día permitiría financiar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la malaria durante todo un año. Sin embargo, solo cinco países han alcanzado el compromiso del 0,7% del PIB para ayuda al desarrollo.

En estos momentos está en marcha el proceso de construcción de la nueva agenda de desarrollo que deberá sustituir a los ODM después de 2015. La salud está muy presente en este proceso, entendida tanto como un resultado del desarrollo, como una condición previa para el desarrollo y como indicador del desarrollo humano y de la sostenibilidad social, económica y ambiental. Además está presente con un enfoque más amplio que el que tuvo en los ODM, entendiendo que hay que incluir en ella las enfermedades no transmisibles, los determinantes sociales de la salud, la equidad sanitaria, una mayor atención a la salud sexual y reproductiva y la consideración de la salud como derecho fundamental¹⁴.

Al intentar dar forma a un objetivo de salud global, ha surgido la idea de la cobertura universal de salud¹⁵, que se entiende como un medio para lograr el objetivo último de mejorar al máximo posible la salud en todas las etapas de la vida, pero también como un fin deseable en sí mismo, además de como un elemento central del desarrollo humano y sostenible y como una expresión práctica de la materialización

¹⁴ Véase Open Working Group on Sustainable Development Goals, *Outcome Document*, 2014. Consultado en la web de las Naciones Unidas: <http://sustainabledevelopment.un.org/focussdgs.html>

¹⁵ Amplia información sobre el concepto de cobertura sanitaria universal en el *Informe sobre Salud Mundial 2010*, de la OMS.

progresiva del derecho a la salud. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas reciban los servicios sanitarios de calidad que necesitan sin que ello les suponga dificultades económicas. Por tanto, hay tres dimensiones que determinan la cobertura sanitaria: la población, los servicios y la financiación.

Para que la cobertura sanitaria se pueda calificar de universal TODAS las personas deben estar cubiertas. Esto es coherente con la consideración de la salud como derecho humano. Y, por tanto, cualquier estrategia que explícitamente deje fuera de la cobertura a una parte de la población —especialmente a las personas más vulnerables, y entre ellos a los niños y a las niñas— debería considerarse inaceptable.

Por lo que respecta a los servicios de salud, la cobertura universal debería permitir acceder a un abanico completo de servicios de salud de buena calidad, que incluyan promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo a lo que cada persona necesite en cada etapa de la vida.

La cobertura sanitaria universal, además de alcanzar a todas las personas y a un amplio abanico de servicios, debe hacerlo de manera que las personas que utilicen los servicios sanitarios no incurran en gastos catastróficos, por lo que la forma en que se financien estos servicios debe responder al criterio de protección financiera de la población.

Alcanzar la cobertura sanitaria universal requiere crecer en estas tres dimensiones: más población cubierta, más servicios provistos, más protección financiera de los usuarios.

Aunque el acceso a servicios sanitarios de calidad es crítico, hay muchos aspectos de la prevención y de promoción la salud de los niños y las niñas que se encuentran fuera de los servicios sanitarios. La salud está muy condicionada por las circunstancias en que los niños y las niñas nacen y crecen: el acceso a agua y saneamiento, la buena alimentación, la vivienda adecuada, el entorno saludable, la educación, etc. Los determinantes sociales de la salud están fuera del sistema sanitario pero pueden tener mayor impacto en salud que el acceso a este. Por ello, la forma en que se enfoquen los diferentes objetivos de la agenda post-2015 puede tener una repercusión muy grande en términos de salud. En este sentido, es muy importante tener bien presente el enfoque de *Salud en todas las políticas*¹⁶.

El punto crítico estará, nuevamente, en la “universalidad” del compromiso. Alcanzar la cobertura sanitaria universal y la garantía del derecho a la salud de los niños y las niñas requiere un compromiso global; esto implica que los países con más recursos deberán reforzar su compromiso de cooperación con los países menos desarrollados.

¹⁶ OMS, *Declaración de Adelaida*, 2010, en http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

Probablemente la Conferencia Internacional de Financiación del Desarrollo que se celebrará en julio 2015 en Addis Abeba nos dará pistas de si habrá un mayor compromiso, con mayores dosis de predictibilidad.

La universalidad del derecho a la salud de los niños y las niñas será difícil de conseguir en un contexto de responsabilidades ceñidas al nivel estatal. La cooperación internacional, con un compromiso serio y sostenido, será fundamental para su realización. Sin avanzar en la garantía de este derecho, será muy difícil consolidar avances en los procesos de desarrollo humano.

Bibliografía

- LIU, L. *et al.* (2014): “Global, regional and national causes of child mortality in 2000-2013 with projections to inform post 2015 priorities: an updated systematic analysis”, *The Lancet*.
- NACIONES UNIDAS (1948): *Declaración Universal de Derechos Humanos*.
- (1966): *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- (1989): *Convención sobre los Derechos del Niño*.
- (2014): *Informe de Seguimiento de los ODM*.
- NACIONES UNIDAS-COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (2000): *Observación general n° 14, sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- NACIONES UNIDAS-COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2013): *Observación general n° 15, referida al derecho de los niños y las niñas al disfrute del más alto nivel posible de salud*.
- NACIONES UNIDAS-OPEN WORKING GROUP ON SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS (2014): *Outcome Document*.
- NACIONES UNIDAS-ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1978): *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*.
- (2010a): *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*.
- (2010b): *Informe sobre la salud mundial*.
- (2013): *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*, Suiza.
- THE LANCET (2013): *Maternal and Child Nutrition Series 2013 Executive summary*.
- VITORIA, C. *et al.* (2008): “Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital”, *The Lancet*, Maternal and Child Undernutrition Series 2008.