



Asamblea General

Distr. general
30 de julio de 2015
Español
Original: inglés

Septuagésimo período de sesiones

Tema 73 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.**

El 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 los miembros de la Asamblea General el informe preparado por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Puras, de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y 15/22.

* A/70/150.



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

Resumen

La prevención de la mortalidad en la niñez debe seguir siendo una prioridad a nivel mundial. Sin embargo, más allá de la mera supervivencia, los niños tienen derecho a crecer, desarrollarse de forma holística hasta el máximo de sus posibilidades y gozar de buena salud física y mental en un mundo sostenible. En el presente informe se afirma que la primera infancia, un momento crucial para las inversiones eficaces en la salud individual y social, debe recibir una atención mucho mayor y una respuesta más adecuada de todos los agentes pertinentes, incluso en la agenda para el desarrollo después de 2015.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	4
II. Progresos en relación con la supervivencia del niño y el derecho a la salud	5
A. Escala y causas de la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años	5
B. Progresos en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de los niños menores de 5 años	6
C. Enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mortalidad y la morbilidad de los menores de 5 años.	7
III. El desarrollo del niño en la primera infancia y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud	9
A. La salud y la promoción del desarrollo en la primera infancia	9
B. Progresos en el desarrollo en la primera infancia y la salud	10
C. Obligaciones relacionadas con el derecho a la salud para promover el desarrollo del niño en la primera infancia.	11
IV. El desarrollo del niño en la primera infancia en el contexto del derecho a la salud	13
A. Servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud esenciales para el desarrollo en la primera infancia	14
B. Factores básicos determinantes del derecho a la salud	17
C. Igualdad y no discriminación	20
D. Participación	23
E. Rendición de cuentas	24
F. Obligaciones del Estado	25
V. Conclusiones y recomendaciones.	27
A. Conclusiones	27
B. Recomendaciones	27

I. Introducción

1. Unos 6,3 millones de niños menores de 5 años murieron en 2013¹, la mayoría de ellos por causas que se pueden prevenir y enfermedades que se pueden tratar. Las tasas de mortalidad y morbilidad infantil han disminuido considerablemente en los últimos años como resultado del compromiso mundial y nacional con la supervivencia del niño. Sin embargo, las tasas de mortalidad siguen siendo inaceptablemente altas, sobre todo entre los niños de corta edad que viven en la pobreza y los grupos marginados en los países de ingresos bajos.

2. Al menos 200 millones de niños menores de 5 años no alcanzan todo su potencial². Según el Comité de los Derechos del Niño, los primeros años de vida de los niños son la base para su salud y su desarrollo en todo el ciclo vital³. Su estado nutricional y su salud, así como la calidad de sus relaciones e interacciones sociales, tienen consecuencias para su desarrollo y su salud durante toda la vida⁴. La primera infancia es el momento más eficaz y eficiente para asegurar que todos los niños desarrollen su pleno potencial y el rendimiento de las inversiones en el desarrollo del niño en la primera infancia es muy significativo⁵. Lamentablemente, el derecho del niño al desarrollo no ha recibido hasta ahora la misma atención que su derecho a la supervivencia.

3. La salud, la supervivencia y el desarrollo no son consecutivos, están intrínsecamente vinculados y son procesos simultáneos. Los programas para la primera infancia deben seguir persiguiendo objetivos que incluyen la supervivencia y la salud a corto plazo, pero deben ir más allá de manera más sistemática e incluir el desarrollo saludable y la salud a lo largo de toda la vida.

4. El presente informe se centra en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (“derecho a la salud”) y sus relaciones con el derecho de los niños de corta edad a la supervivencia y al desarrollo. Estos derechos están interrelacionados y son indivisibles. Sus relaciones tienen dos dimensiones clave:

a) El derecho a la supervivencia y el desarrollo saludable es fundamental para el disfrute del derecho a la salud física y mental durante toda la vida;

b) El derecho a la salud en la primera infancia incluye libertades y derechos que no solo son esenciales para la supervivencia y la salud inmediatas sino también para el desarrollo saludable de los niños y de los adultos en que se convertirán.

5. La reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad de los niños menores de 5 años ha sido el centro de la atención de la comunidad mundial de la salud durante varios decenios. Más recientemente, la comunidad de los derechos humanos ha venido prestando más atención a la cuestión. En la sección II del presente informe

¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2014* (2014), pág. 1.

² S. Grantham McGregor y otros, “Development potential in the first five years for children in developing countries”, *Lancet*, vol. 369, núm. 9555 (6 de enero de 2007), págs. 60 a 70.

³ Observación general núm. 7 (2005), párr. 6 e).

⁴ S. Maggi y otros, “International Perspectives on Early Child Development”, Organización Mundial de la Salud (OMS), diciembre de 2005. Se puede consultar en www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf.

⁵ A. Lake, “early childhood development – global action is overdue”, *Lancet*, vol. 378, núm. 9799 (8 de octubre de 2011), págs. 1277 y 1278.

se destacan los progresos realizados en la reducción de la morbilidad y mortalidad de los niños menores de 5 años y en la comprensión de las dimensiones de derechos humanos de la cuestión. Si bien la comunidad mundial de la salud se ha centrado cada vez más en el desarrollo saludable de los niños, el tema no ha merecido todavía la debida atención por parte de la comunidad de los derechos humanos. La sección III se centra en los estrechos vínculos existentes entre el derecho a la salud y el desarrollo saludable de los niños menores de 5 años mediante el estudio del significado y los determinantes del desarrollo saludable, incluida una nueva comprensión científica del desarrollo durante los primeros años. La sección IV se centra en la aplicación del marco del derecho a la salud al tema del presente informe.

6. El derecho a la salud proporciona un valioso marco normativo y jurídicamente vinculante para apoyar las dimensiones relacionadas con la salud del desarrollo del niño en la primera infancia. Impone a los Estados una obligación jurídica de garantizar el derecho de los niños al desarrollo saludable; eliminar la discriminación y las desigualdades que impiden un desarrollo saludable equitativo; asegurar la participación de las partes interesadas, incluidos los padres y los niños pequeños, en los esfuerzos pertinentes; dedicar los máximos recursos disponibles al desarrollo saludable de los niños; elaborar leyes y políticas adecuadas, incluido un plan nacional amplio; y garantizar la rendición de cuentas.

7. Las definiciones de la primera infancia varían según los países y las regiones. El Comité de los Derechos del Niño establece el límite de la primera infancia en los 8 años de edad. Esta es una clasificación común de la primera infancia que utilizan, entre otros, la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el presente informe, el Relator Especial se centra en los niños menores de 5 años. Este grupo suele dividirse a su vez en el período neonatal (0 a 28 días), la infancia (el primer año de vida) y la edad preescolar (1 a 5 años).

II. Progresos en relación con la supervivencia del niño y el derecho a la salud

A. Escala y causas de la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años

8. Alrededor de 17.000 niños menores de 5 años mueren cada día, principalmente por causas que pueden prevenirse o tratarse. Además, el 44% de las muertes de menores de 5 años ocurren en lactantes de 0 a 28 días. Estas muertes de recién nacidos obedecen principalmente a complicaciones relacionadas con partos prematuros (35%), asfixia y trauma al nacer (24%), y septicemia (15%)⁶. Desde los 29 días hasta los 5 años de edad, la mayoría de las muertes se deben a enfermedades infecciosas como la neumonía (23%), las enfermedades diarreicas (16%), la malaria (13%) y el VIH/SIDA (3%)⁷.

9. El bajo peso al nacer, la falta de lactancia materna, la nutrición insuficiente, el hacinamiento, la contaminación del aire en locales cerrados, el agua y los alimentos

⁶ UNICEF y otros, págs. 14 y 15.

⁷ OMC, Datos del Observatorio Mundial de la Salud. Puede consultarse en <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWORLD?lang=en>.

no aptos para el consumo y las malas prácticas de higiene son los principales factores inmediatos de riesgo para la neumonía y la diarrea. Sin embargo, aunque esas enfermedades son las causas inmediatas de muerte y se recogen debidamente en las estadísticas, la pobreza y la desigualdad son las causas o los determinantes sociales subyacentes. La pobreza aumenta la exposición de los niños a riesgos como la mala nutrición, la violencia, el saneamiento deficiente, los bajos niveles de educación de la madre, la falta de estímulos adecuados en el hogar, el aumento del estrés y la depresión de la madre, y limita al mismo tiempo el acceso a los servicios de salud y otros servicios⁸. En 2013, las tasas de mortalidad de los menores de 5 años en los países de ingresos bajos eran más de 12 veces superiores a la media en los países de ingresos altos⁹. Hay también disparidades considerables dentro de los países en la morbilidad y mortalidad de los menores de 5 años, atribuibles a la pobreza, el género y otras desigualdades. Los bajos niveles de alfabetización y el acceso deficiente a la educación entre las mujeres están estrechamente relacionados con tasas elevadas de mortalidad de menores de 5 años.

B. Progresos en la reducción de la morbilidad y la mortalidad de los niños menores de 5 años

10. La reducción de la mortalidad de los menores de 5 años ha sido un elemento central de los programas mundiales de desarrollo y salud pública. En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se pide que se reduzca en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015 (cuarto objetivo). Los compromisos mundiales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio han dado ímpetu a estrategias mundiales y planes nacionales encaminados a acelerar el progreso, en particular la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño¹⁰ de 2010 del Secretario General y *Todos los Recién Nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible*, publicado por la OMS en 2014. Estos documentos han contribuido a galvanizar la acción internacional y nacional y a proporcionar orientación técnica para reducir la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años.

11. Se han hecho progresos considerables en la reducción de las muertes de niños menores de 5 años, de 12,7 millones en 1990 a 6,3 millones en 2013. Sin embargo, estos progresos no han sido suficientes para alcanzar el cuarto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en particular en el África Subsahariana, Oceanía, el Cáucaso y Asia Central y Meridional¹¹.

12. En septiembre de 2015, la Asamblea General deberá aprobar un conjunto de objetivos de desarrollo sostenible, que sustituirá a los Objetivos de Desarrollo del Milenio como elemento central del programa internacional de desarrollo. Al mismo tiempo, se pondrá en marcha una nueva estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. La eliminación de las muertes prevenibles de

⁸ S. Walker y T. Wachs y otros "Child Development: Risk factors for adverse outcomes in developing countries", *Lancet*, vol. 369, núm. 9556 (13 de enero de 2007), págs. 145 a 157.

⁹ UNICEF y otros, pág. 1.

¹⁰ La Estrategia Mundial se actualizará en septiembre de 2015.

¹¹ UNICEF y otros, pág. 1.

los recién nacidos y los niños menores de 5 años es un objetivo del borrador del proyecto de objetivos de desarrollo sostenible¹².

13. No obstante, preocupa al Relator Especial lo que él considera “la tarea incompleta” del cuarto objetivo, especialmente la lentitud de los progresos en la reducción de las muertes de recién nacidos que pueden prevenirse, así como las alarmantes tasas de mortinatalidad.

C. Enfoque basado en los derechos humanos para hacer frente a la mortalidad y la morbilidad de los menores de 5 años

14. La reducción de la mortalidad y morbilidad de los menores de 5 años es un aspecto crucial del derecho a la salud. La Convención sobre los Derechos del Niño establece que la adopción de medidas adecuadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez es un aspecto central de las obligaciones de los Estados partes en relación con el derecho del niño a la salud¹³. El derecho a la salud está así estrechamente vinculado al derecho a la supervivencia de los niños de corta edad.

15. En los últimos años ha quedado en claro la dimensión de derechos humanos de la mortalidad y morbilidad de los menores de 5 años, y las comunidades de la salud y de los derechos humanos han comenzado a abordar el problema a través del lente de los derechos humanos.

16. En 2013, el Comité de los Derechos del Niño aprobó la Observación general núm. 15, en la que se reitera la importancia de la obligación de los Estados de reducir la mortalidad infantil y la necesidad de prestar particular atención a la mortalidad neonatal, que constituye una proporción cada vez mayor de la mortalidad de los menores de 5 años.

17. En su resolución 22/32, el Consejo de Derechos Humanos expresó su grave preocupación por la magnitud de la mortalidad de los niños menores de 5 años e invitó a la OMS a elaborar un estudio sobre la mortalidad de los niños menores de 5 años como problema de derechos humanos. En el estudio (A/HRC/24/60) se identificaban las dimensiones de derechos humanos de la mortalidad de los menores de 5 años y se allanaba así el camino para la aprobación por el Consejo de la resolución 27/14, relativa a la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años como problema de derechos humanos.

18. En esa resolución el Consejo de Derechos Humanos solicitó a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) que, en estrecha colaboración con la OMS y en consulta con otros asociados, preparara un informe acerca de la aplicación práctica de las orientaciones técnicas para la realización de un enfoque basado en los derechos humanos la ejecución de políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años.

19. Las orientaciones técnicas (A/HRC/27/31) aportan una contribución importante. Se exponen en ellas las dimensiones de derechos humanos de la

¹² Puede consultarse en <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7261Post-2015%20Summit%20-%20June%202015.pdf>.

¹³ Artículos 24.1 y 24.2 a).

morbilidad y la mortalidad de los menores de 5 y se explica la forma de aplicar enfoques basados en los derechos humanos para hacer frente al problema. Proporcionan orientación detallada para las medidas legislativas, la gobernanza y la coordinación, la planificación, la presupuestación, ejecución, supervisión y evaluación, las vías de recurso y de reparación, y la cooperación internacional. El Relator Especial hace suyo el enfoque sistemático de las orientaciones técnicas como paso importante hacia la reducción y la eliminación de las muertes prevenibles de los menores de 5 años.

20. La comunidad mundial de la salud también ha prestado atención a la perspectiva de derechos humanos en relación con la mortalidad y la morbilidad de los menores de 5 años y se ha comprometido a basar sus esfuerzos en los derechos humanos. La Estrategia Mundial del Secretario General para la Salud de la Mujer y el Niño se basa en los compromisos mundiales en materia de derechos humanos y en ella se pone de relieve que la legislación y las políticas deben estar en consonancia con los derechos humanos. La nueva estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, que deberá sustituir a la actual Estrategia en los próximos meses, propugnará la integración de los derechos humanos en todas las iniciativas encaminadas a mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes.

21. Los derechos humanos son también uno de los seis principios rectores de *Todos los recién nacidos: un plan de acción para poner fin a la mortalidad prevenible*. En el plan se recalca que todos los planes y programas de salud reproductiva, materna y del recién nacido deben guiarse por principios y normas derivados de los tratados internacionales de derechos humanos. Se han elaborado también una serie de instrumentos operacionales para ayudar a los Estados a aplicar sistemáticamente las normas de derechos humanos en la legislación, las políticas y la prestación de servicios a los niños pequeños y sus cuidadores.

22. En la comunidad de la salud pública se plantea con frecuencia la cuestión de si los derechos humanos aportarán en la práctica una contribución positiva. Las investigaciones recientes realizadas por la OMS han demostrado el impacto positivo que pueden tener los derechos humanos en la salud de la mujer y del niño en la primera infancia en el contexto de las iniciativas de la rama ejecutiva del gobierno¹⁴. Estas investigaciones apoyan el argumento en favor de que los derechos humanos se integren plenamente en los esfuerzos por mejorar la salud, la supervivencia y el desarrollo de los niños.

23. No obstante, hay todavía muy pocos ejemplos concretos de la aplicación práctica de un enfoque basado en los derechos humanos para la supervivencia y el desarrollo de los niños. Para lograr que esto cambie, los Estados deben pronunciarse clara y explícitamente sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en sus leyes, políticas, programas, presupuestos y otras medidas.

¹⁴ F. Bustreo y P. Hunt y otros, *Women's and Children's Health: Evidence of Impact of Human Rights*, (Ginebra, OMS, 2013).

III. El desarrollo del niño en la primera infancia y el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

A. La salud y la promoción del desarrollo en la primera infancia

24. La Constitución de la OMS define la salud como “un estado de completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El desarrollo en la primera infancia consta de aspectos interconectados: físico, lingüístico-cognitivo y socioemocional. La OMS afirma que los tres elementos críticos del desarrollo saludable del niño son una atención estable, adecuada y que fomente el desarrollo; un entorno seguro y propicio; y una nutrición apropiada¹⁵.

25. Estos elementos pueden protegerse mediante prácticas óptimas como el embarazo y el parto planificados y seguros; la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses, seguida de una alimentación complementaria adecuada y una crianza apropiada; intervenciones preventivas como las vacunas para el tratamiento de las enfermedades; la protección contra la violencia, el abandono y el abuso; y la reducción de los riesgos ambientales.

26. Los derechos de los niños pequeños a la salud y el desarrollo están intrínsecamente vinculados entre sí de dos maneras principales. En primer lugar, la mala salud física o mental del niño en la primera infancia es uno de varios factores interrelacionados que pueden limitar el derecho a un desarrollo óptimo. Hay aproximadamente 200 millones de niños que no alcanzan todo su potencial de desarrollo a causa de la pobreza, la desigualdad y la discriminación; la mala salud; la nutrición deficiente, incluidas la malnutrición, la carencia de hierro y yodo y la restricción del crecimiento intrauterino; la falta de un entorno estable y adecuado con oportunidades de aprendizaje; y la falta de entornos físicos seguros y apropiados¹⁶. El VIH/SIDA, la malaria, la violencia y la depresión materna también tienen efectos graves.

27. En segundo lugar, los tres aspectos principales de desarrollo del niño en la primera infancia —físico, socioemocional y lingüístico-cognitivo— afectan a la salud durante toda la vida¹⁷. Es preciso prestar igual atención a los tres para fomentar el desarrollo de manera holística, o el desarrollo saludable. Las investigaciones en el área de la neurociencia muestran la forma en que la calidad de los vínculos emocionales en la primera infancia afecta la salud física y mental, así como la morbilidad, en la adultez. Muestran también el efecto perjudicial del estrés tóxico y de las adversidades en la primera infancia en la calidad de la estructura del cerebro y en la salud durante toda la vida, dado que las etapas de desarrollo se apoyan unas en otras. La salud individual y social se puede mejorar mediante intervenciones eficaces en función del costo y pertinentes desde el punto de vista cultural encaminadas a mejorar el desarrollo emocional y social del niño, la crianza

¹⁵ Véase www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/en/.

¹⁶ R. Jolly, “Early child development: the global challenge”, *Lancet*, vol. 369, núm. 9555 (6 de enero de 2007), págs. 8 y 9.

¹⁷ S. Maggi y otros.

competente de los hijos y la calidad de las relaciones entre padres e hijos en la primera infancia.

B. Progresos en el desarrollo en la primera infancia y la salud

28. A pesar del gran número de niños que no alcanzan su potencial de desarrollo, esta situación no ha sido objeto de atención mundial. No se refleja explícitamente en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En los países de ingreso alto, hay numerosos programas destinados a promover el desarrollo saludable del niño en la primera infancia. Sin embargo, en los países de ingreso bajo y mediano, aunque está aumentando la conciencia con respecto al desarrollo de los niños, y también el número de políticas y programas pertinentes¹⁸, el progreso es demasiado lento. Aunque hay un consenso cada vez mayor respecto de que la supervivencia y el desarrollo del niño están profundamente interrelacionados, esto no se refleja todavía en la financiación de programas a nivel internacional.

29. La agenda para el desarrollo después de 2015 señala un cambio al pasar de la concentración en la supervivencia y la salud de los niños menores de 5 años a su supervivencia, salud, bienestar y desarrollo. El desarrollo sostenible requerirá una población saludable, productiva, creativa, emocionalmente competente, segura y capaz, lo que implica que las intervenciones en la primera infancia deben centrarse en el desarrollo a la vez que en la supervivencia¹⁹. El proyecto de objetivos de desarrollo sostenible incluye nuevas metas, muchas de las cuales son pertinentes para el desarrollo del niño en la primera infancia. La equidad es también un objetivo y una consideración multisectorial de los objetivos de desarrollo sostenible con consecuencias importantes para el derecho a la salud y al desarrollo en la primera infancia.

30. El primer borrador de la estrategia mundial para la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes²⁰ refuerza el enfoque de los objetivos de desarrollo sostenible, ya que está estructurado en torno a tres pilares: supervivencia (poner fin a las muertes que pueden prevenirse); progreso (realización de los derechos y la salud); transformación (cambios de gran alcance para las mujeres, los niños y los adolescentes y desarrollo sostenible).

31. El derecho del niño a la salud incluye a la vez su supervivencia y su desarrollo saludable. Aunque es fundamental asegurar la supervivencia de los niños, su desarrollo saludable es esencial para su derecho a la salud, así como para otros derechos humanos y para la dignidad, tanto a corto plazo como durante toda la vida. En segundo lugar, la combinación de estos programas tiene sentido en la práctica porque la mortalidad y la morbilidad y los obstáculos para el desarrollo de los niños menores de 5 años comparten muchas causas, se pueden abordar con las mismas

¹⁸ P. Engle y otros, "Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world", *Lancet*, vol. 369, núm. 9557 (20 de enero de 2007), págs. 229 a 242.

¹⁹ A. Yousafzai y M. Arabi, "Bridging survival and development in the post-2015 agenda: partnerships in nutrition and early child development", *Early Childhood Matters*, junio de 2015, págs. 19 a 27.

²⁰ Se puede consultar en http://everywomaneverychild.org/images/Global-Strategy_Zero-Draft_FINAL_5-May-2015.copy.pdf.

intervenciones o con intervenciones similares y se pueden incorporar en las políticas y programas de salud existentes y en otros programas y políticas pertinentes²¹.

32. Si bien le complace este importante cambio de paradigma en favor de la incorporación del derecho a un desarrollo saludable, preocupa al Relator Especial el hecho de que en el proyecto de objetivos de desarrollo sostenible y en otros documentos se observa una tendencia a abordar la cuestión de los derechos humanos, incluidos los derechos humanos de los niños, de manera selectiva. Por ejemplo, aunque acoge con satisfacción la meta 5.2 propuesta de “eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado”²², el orador desea subrayar que todas las formas de violencia contra los niños, incluidos los niños varones, son inaceptables.

33. Por otra parte, los Estados deben movilizar más voluntad política y recursos y facilitar la participación significativa de todas las partes interesadas pertinentes, en particular los agentes de la sociedad civil, para el cumplimiento de los objetivos y metas de los objetivos de desarrollo sostenible relacionados con la primera infancia.

C. Obligaciones relacionadas con el derecho a la salud para promover el desarrollo del niño en la primera infancia

34. La Observación general núm. 7 (2005) sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia, y la Observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud adoptan un enfoque holístico de la salud, la supervivencia y el desarrollo. Sobre la base de las disposiciones pertinentes de los tratados y de la información de la comunidad de la salud pública y las comunidades científicas, en las siguientes secciones del informe se establece un enfoque basado en el derecho a la salud del desarrollo del niño en la primera infancia.

El niño pequeño como titular de derechos

35. Los lactantes y los niños de corta edad son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como en otros tratados internacionales de derechos humanos. La Convención otorga una protección especial a la primera infancia en reconocimiento de los desafíos importantes y particulares a que hace frente este grupo de edad y, de conformidad con sus capacidades en evolución, al ejercicio progresivo de sus derechos.

36. A este respecto, es preciso abordar los derechos de los recién nacidos como titulares de derechos. Con demasiada frecuencia se considera que los niños recién nacidos no merecen la condición de individuos autónomos y titulares de derechos y tampoco merecen por lo tanto respeto y dignidad. Los niños de corta edad, desde los primeros días de su vida, además de estar expuestos al entorno en que viven, también influyen activamente en la configuración de su entorno mediante su presencia y sus diferentes formas de comunicación. En el párrafo 10 de las

²¹ P. Engle y otros, “Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries”, *Lancet*, vol. 378, núm. 9799 (23 de septiembre de 2011), págs. 1339 a 1353.

²² Véase <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/7261Post-2015%20Summit%20-%20202%20June%202015.pdf>.

recomendaciones aprobadas en su día de debate general sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia, celebrado en septiembre de 2004²³, el Comité de los Derechos del Niño subrayó que el concepto del niño como titular de derechos está “firmemente asentado en la vida diaria del niño desde las primeras etapas” (párr. 10).

Fuente de las obligaciones derivadas del derecho a la salud

37. Además de definir la salud, la Constitución de la OMS reconoció también que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es un derecho humano fundamental. En la Declaración Universal de Derechos Humanos se reconoce 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 que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales (art. 25). Estas fuentes internacionales originales del derecho a la salud hacen hincapié en que la salud es un concepto amplio, que abarca no solo la salud física sino también la salud mental, y no solo las enfermedades sino también el bienestar, todo lo cual está abarcado en el desarrollo saludable de los niños.

38. La Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros tratados internacionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud y dan lugar a obligaciones vinculantes de los Estados partes de respetar, proteger y hacer efectivo ese derecho.

39. Los tratados establecen derechos y libertades, atribuyen obligaciones, proporcionan un marco jurídicamente vinculante y exigen la rendición de cuentas. Requieren esfuerzos especiales, principalmente por parte de los Estados, para hacer frente a la desigualdad y la discriminación, centrándose en los niños pequeños más marginados.

El derecho a la supervivencia y el desarrollo y su relación con la salud y otros derechos humanos

40. En el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se reconocen los vínculos entre la salud, la supervivencia y el desarrollo: el artículo 12 sobre el derecho a la salud obliga a los Estados partes a adoptar las medidas necesarias para, entre otras cosas, “la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”. En otras palabras, en el Pacto se considera que el desarrollo forma parte del derecho a la salud. El artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho del niño a la salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Este enfoque pone de relieve que la gama de servicios de salud esenciales no debe limitarse a los medicamentos y vacunas, sino que también debe incluir intervenciones psicosociales y de salud pública eficaces.

41. En cambio, la Convención separa el derecho a la salud (art. 24) y el derecho a la supervivencia y el desarrollo (art. 6). Sin embargo, no cabe duda de que esos artículos están fundamentalmente vinculados. Por ejemplo, el artículo 24 incluye una serie de obligaciones que son inseparables de la supervivencia y el desarrollo, como la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez, la prestación de asistencia

²³ Puede consultarse en www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRC/Discussions/Recommendations/Recommendations2004.pdf 10.

médica, la lucha contra las enfermedades y la malnutrición, la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada de las madres, el acceso a información sobre la salud de los niños, el desarrollo de la atención preventiva, la orientación a los padres y la eliminación de las prácticas tradicionales nocivas. El derecho a la supervivencia y al desarrollo solo puede aplicarse de manera holística mediante la aplicación de los demás derechos contemplados en la Convención, como el derecho a la salud.

42. Otros derechos pertinentes para la supervivencia y el desarrollo, que también están relacionados entre sí y con el derecho a la salud y la vida, incluyen los derechos de los niños a ser inscritos al nacer; a la educación; a los juegos; a un nivel de vida adecuado para el desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social del niño; a una vivienda adecuada; a una nutrición adecuada; a la seguridad social; al agua y el saneamiento; y el derecho a verse libre de todas las formas de violencia. El presente informe se centra en el derecho a la salud, incluidos los aspectos del desarrollo de los niños que están abarcados en el derecho a la salud.

El interés superior y las opiniones de los niños

43. El artículo 3 de la Convención estipula que en todas las medidas concernientes a los niños una consideración primordial será el interés superior del niño. Esta disposición tiene repercusiones de gran alcance para las políticas, incluida la asignación de recursos, así como para las decisiones relativas a cada niño.

44. Con arreglo al artículo 12, el niño tiene el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que le afecten y a que esta se tenga debidamente en cuenta. Los estudios realizados demuestran que el niño es capaz de formarse opiniones desde muy temprana edad, incluso cuando todavía tal vez no pueda expresarlas verbalmente. Muy poco después del nacimiento, los recién nacidos pueden reconocer a sus padres, participar activamente en diversas formas de comunicación no verbal y desarrollar fuertes vínculos recíprocos con sus padres o cuidadores primarios²⁴. Es preciso asegurar una comunicación adecuada para respetar el derecho del niño a la información y el derecho a ser oído en todo momento.

45. Los Estados y todas las partes interesadas pertinentes deben comprender que los niños pequeños son participantes activos en interacciones con los miembros de su familia y de la comunidad, a la vez que usuarios de los servicios de salud y otros servicios. A este respecto, tienen derecho al mismo respeto y dignidad que todos los demás miembros de la familia, la comunidad y la sociedad.

IV. El desarrollo del niño en la primera infancia en el contexto del derecho a la salud

46. En esta sección se señalan a la atención normas específicas y obligaciones dimanadas del derecho a la salud pertinentes para el desarrollo en la primera infancia. La gran mayoría de esas normas también son pertinentes para las medidas relativas a la supervivencia del niño. Este enfoque pone de relieve las ventajas de abordar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de manera integrada.

²⁴ Observación general núm. 7 (2005), párr. 16.

A. Servicios de salud y otros servicios relacionados con la salud esenciales para el desarrollo en la primera infancia

Sistemas de salud

47. Los sistemas de salud, incluidos los servicios de atención de la salud y los servicios preventivos, deben ofrecer, en cooperación con los servicios sociales, de protección de la infancia, educacionales y de otra índole pertinentes, un conjunto completo de atención para los niños y las familias. Los sistemas de salud son fundamentales para la atención de las mujeres embarazadas, el parto, la atención postnatal de la madre y el niño y el cuidado de los niños pequeños. Son importantes no solo en relación con las intervenciones biomédicas específicas sino también porque constituyen a menudo la única infraestructura que llega a los niños pequeños, en particular a los menores de 3 años, y pueden en consecuencia iniciar y fomentar la promoción de la salud y el apoyo de los servicios sociales para promover el desarrollo en la primera infancia y prevenir los riesgos²⁵. Por ejemplo, las visitas para la atención de la salud o la vigilancia del crecimiento pueden brindar oportunidades de incorporar otras recomendaciones sobre el desarrollo del niño²⁶. El sistema de salud suele estar por lo tanto en buenas condiciones para tomar la iniciativa en la prestación de atención integral a los niños de corta edad.

48. Un sistema de salud sólido, basado en principios de derechos humanos como la igualdad y la no discriminación, la rendición de cuentas y la participación, y que asegura el acceso a los servicios de los niños y los cuidadores, es una parte crucial del derecho a la salud (véase A/HRC/7/11 y Corr.1). El derecho a la salud da lugar a la obligación de los Estados de asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud²⁷. Esto incluye la prevención, la promoción, el tratamiento, la rehabilitación y los servicios de atención paliativa²⁸.

49. Es preciso asegurar que se disponga de una cantidad suficiente de servicios de salud, productos e instalaciones especialmente adaptados a las necesidades de los niños; geográficamente accesibles y económicamente asequibles, así como accesibles en forma no discriminatoria; aceptables desde el punto de vista cultural; y de alta calidad²⁹. Los principios del derecho a la salud de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad deben por lo tanto aplicarse en el contexto de la planificación y ejecución de los componentes principales del sistema de atención de la salud: la prestación de servicios, el personal sanitario, la información, los productos médicos, las vacunas y las tecnologías, la financiación, y el liderazgo y la gobernanza (A/HRC/21/22 y Corr.1 y 2, párr. 38).

50. Es preciso subrayar la importancia de la atención primaria de la salud, conforme se expresa en la Declaración de Alma-Ata, aprobada en 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, y también en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en lo que respecta a la

²⁵ P. Engle y otros, "Strategies to avoid the loss of developmental potential", págs. 229 a 242.

²⁶ *Ibid.*

²⁷ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24 2 b).

²⁸ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 15 (2013), párr. 2.

²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), párr. 12.

promoción de la salud y los servicios de atención de la salud de los niños de corta edad.

51. El derecho internacional de los derechos humanos recalca explícitamente la obligación de los Estados de garantizar una serie de servicios de salud y relacionados con la salud. Por ejemplo, los Estados tienen la obligación de proporcionar servicios de salud apropiados de atención prenatal y postnatal a las madres³⁰, así como servicios adecuados en el parto³¹ y a los recién nacidos. La Convención sobre los Derechos del Niño ha aclarado las intervenciones que deben estar disponibles en este ámbito³² y que son en su mayor parte importantes para optimizar el desarrollo del niño y su supervivencia. Los niños afectados por anomalías congénitas o malnutrición³³, enfermedades crónicas o enfermedades graves que limitan la vida deben ser remitidos a servicios de atención pediátrica especializada, o atención paliativa, que se pueden prestar en centros de atención terciaria, centros de salud de la comunidad y hogares infantiles³⁴.

52. Los cuidados paliativos de los niños de corta edad constituyen una parte obligatoria de los servicios de atención de la salud, que comienzan cuando la condición se diagnostica y continúa independientemente de que el niño reciba o no tratamiento curativo³⁵. Los niños de corta edad que requieren cuidados paliativos tienen derecho a recibir la atención física, social, psicosocial y espiritual que necesitan para su desarrollo y para asegurar la mejor calidad de vida posible³⁶. El tratamiento de los síntomas y el alivio del dolor son una parte esencial de los cuidados paliativos. Los sistemas de salud deben contar con profesionales debidamente capacitados para evaluar y tratar el dolor en los niños de diferentes edades y etapas de desarrollo, y asegurar la disponibilidad de procedimientos pediátricos de diagnóstico y medicamentos en formulaciones pediátricas. La atención paliativa de los niños debe incluir el apoyo a la familia del niño durante todo el tratamiento y también, en el caso de que la enfermedad cause la muerte, en el duelo³⁷.

Más allá de un modelo biomédico de la atención de la salud del niño

53. Los distintos elementos que constituyen el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, en particular los párrafos d), e) y f), incluida la atención prenatal y postnatal de las madres; el acceso a la educación y la información sobre la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento y la prevención de accidentes; y el desarrollo de la atención preventiva, demuestran que durante el proceso de aprobación de la Convención se

³⁰ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24 2 d).

³¹ Comisión sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12 2).

³² Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 15 (2013), párrs. 53 y 54.

³³ Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) y OMS, “*Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*” (Londres, WPCA, 2014), págs. 20 y 42. Puede consultarse en http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf.

³⁴ La definición de la OMS de atención paliativa para los niños puede consultarse en <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ African Palliative Care Association (APCA) y OMS, “*A Handbook of Palliative Care in Africa*”, (Kampala, APCA, 2010), pág. 48. Puede consultarse en [africanpalliative care.org](http://africanpalliativecare.org).

³⁷ *Ibid.*, pág. 10, pág. 10 y nota 34.

adoptó una interpretación más amplia de la manera de promover y proteger la salud de los niños.

54. Desde la aprobación de la Convención en 1989, hay cada vez más datos sobre “nuevas formas de morbilidad” de los niños relacionadas con la comprensión de que la salud física y mental del niño en la primera infancia se ve afectada por el medio ambiente, incluidas las relaciones en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad en general. Esto ha dado lugar a la consideración de las cuestiones de desarrollo y conducta como componentes centrales de la pediatría moderna.

55. Los sistemas de salud y las políticas sanitarias modernas no deben limitarse a un modelo biomédico en que las enfermedades se abordan por separado y se tratan con intervenciones biomédicas avanzadas. El derecho a la salud, incluso en la primera infancia, requiere con arreglo a la ley que se aborden los determinantes sociales y otros determinantes básicos de la salud mediante la aplicación de principios modernos de promoción de la salud, la atención primaria, la salud mental y los servicios sociales y de salud integrados.

56. Los expertos recomiendan cambios fundamentales en los exámenes médicos de rutina de los lactantes para detectar y encarar las dificultades sociales y emocionales, que podrían ser los primeros signos de estrés tóxico, como medio de reducir muchos de los problemas médicos más complejos y costosos de la sociedad, desde las enfermedades cardíacas al alcohol y el uso indebido de drogas³⁸. Además, algunas de las intervenciones basadas en datos comprobados que se incluyen en el primer borrador de la nueva estrategia mundial de salud para las mujeres, los niños y los adolescentes, como el asesoramiento sobre nutrición o el método madre “canguro” de cuidado de los recién nacidos, pueden ser muy útiles para ayudar a los principales agentes a adoptar un enfoque moderno de las intervenciones de salud.

57. Actualmente es necesario contar en la atención primaria de la salud y la pediatría no solo con vacunas y medicamentos modernos que salvan vidas; es igualmente importante emplear intervenciones modernas que van más allá del modelo biomédico y utilizar métodos psicoeducacionales y psicosociales eficaces basados en nuevas investigaciones en los ámbitos de la neurociencia, la psicología, la pediatría del desarrollo y la psiquiatría pediátrica. Estas intervenciones no son un lujo y no deben considerarse como tales. Deben apoyarse y financiarse como intervenciones eficaces y esenciales, y como componente obligatorio de los sistemas de salud, en pie de igualdad con la biomedicina. Debe darse en consecuencia prioridad a las intervenciones que mejoran la salud emocional y el desarrollo social desde el comienzo mismo de la vida y considerar que son inversiones especialmente valiosas para el desarrollo humano y la salud mundial.

58. Los trabajadores sanitarios y otros profesionales, como los trabajadores sociales, tienen una función importante en el apoyo de una actitud positiva y adecuada en la crianza de los hijos. Los Estados deben asegurar que haya un número suficiente de médicos generalistas, pediatras, enfermeros y otros profesionales sanitarios capacitados para trabajar con niños. El Relator Especial considera preocupante el hecho de que la capacitación y la práctica de los médicos,

³⁸ Véase, por ejemplo, C. Gerwin, “Listening to a baby’s brain: changing the pediatric checkup to reduce toxic stress”, Harvard University Center on the Developing Child. Se puede consultar en http://developingchild.harvard.edu/resources/stories_from_the_field/tackling_toxic_stress/listening_to_a_baby_s_brain/.

enfermeros y otros profesionales sanitarios siguen centrándose predominantemente en los factores biomédicos determinantes de la salud. Los servicios de atención de la salud y todos los profesionales pertinentes deben estar mejor equipados con conocimientos pertinentes y aptitudes prácticas para responder de manera proactiva a los nuevos conocimientos acerca del impacto negativo de determinantes sociales y de adversidades en la primera infancia en la salud física y mental de los niños. Por ejemplo, los enfermeros y los trabajadores sociales que visitan a las familias con niños pequeños deben estar capacitados para tratar cuestiones relacionadas con el desarrollo emocional y cognitivo de los niños y en condiciones de transmitir a los padres conocimientos y aptitudes básicas acerca del cuidado y la crianza de los hijos de manera adecuada y no violenta.

59. Además, los profesionales sanitarios y otros profesionales que trabajan con niños deben tener formación en derechos humanos y desarrollo en la primera infancia y en el impacto de la calidad de las relaciones en la salud física y mental en la niñez y durante toda la vida. Los pediatras, todos los demás médicos y otros profesionales sanitarios pertinentes deben desempeñar un papel más proactivo en la educación de las familias, las personas que cuidan niños, los maestros, los encargados de formular políticas, los dirigentes de la sociedad civil y el público en general acerca de los aspectos relacionados con la salud del desarrollo del niño en la primera infancia.

60. En el presente informe se presta especial atención al papel del sector de la salud. Sin embargo, como se reconoce, entre otras, en la Declaración de Alma-Ata, otros sectores son también muy importantes para la salud y el desarrollo holístico del niño en la primera infancia. El derecho a la salud de los niños de corta edad debe promoverse y protegerse mediante la aplicación sostenible y transparente del principio “La Salud en todas las Políticas”.

B. Factores básicos determinantes del derecho a la salud

61. El derecho a la salud incluye más que los servicios de atención de la salud; es también el derecho a factores determinantes de la salud como la nutrición; la protección contra la violencia; entornos saludables y seguros, en particular en el seno de la familia y la comunidad local; información y educación relacionadas con la salud; agua potable, saneamiento adecuado; y vivienda adecuada³⁹. Estos y otros factores sociales determinantes de la salud repercuten en el desarrollo del niño. De hecho, el medio ambiente es un determinante fundamental de la salud y el bienestar de los niños y los adultos.

Nutrición

62. La nutrición, un factor básico determinante del derecho a la salud, es esencial para la salud, la supervivencia y el desarrollo de los niños. La nutrición adecuada comienza en el útero, dado que el estado nutricional de la mujer poco antes y durante el embarazo puede afectar a la salud y el desarrollo saludable del niño después del nacimiento.

³⁹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.2; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), párr. 11.

63. Después del nacimiento, se puede asegurar una nutrición adecuada mediante el inicio de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva durante seis meses y continuada hasta el segundo año de vida⁴⁰, los suplementos nutricionales, y la disponibilidad y el acceso seguro a una alimentación saludable y culturalmente apropiada para los lactantes y los niños pequeños, en particular mediante la mejora de la seguridad alimentaria. La alimentación de los lactantes y los niños pequeños es fundamental para mejorar la supervivencia del niño y promover el crecimiento saludable y el desarrollo. Los primeros dos años de la vida de un niño son particularmente importantes, ya que la nutrición óptima durante este período disminuye la morbilidad y la mortalidad, reduce el riesgo de enfermedades crónicas y fomenta un mejor desarrollo general⁴¹.

64. Los servicios de atención de la salud y otros servicios también pueden desempeñar un papel importante en el apoyo de una alimentación adecuada mediante el suministro de información a las mujeres embarazadas y a las familias sobre nutrición óptima, exámenes de detección y el suministro de suplementos. La lactancia materna sigue siendo una de las intervenciones más eficaces para reducir la mortalidad y la morbilidad infantil. Es por consiguiente crucial que las madres cuenten con un entorno favorable y propicio para amamantar a sus hijos. Esto incluye una protección adecuada de la maternidad y protección contra la comercialización indebida de sucedáneos de la leche materna en sitios públicos y de atención de la salud.

65. A este respecto, es preciso destacar la importancia del compromiso de los Estados en virtud de los objetivos globales para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Los objetivos son cruciales para establecer esferas prioritarias para la adopción de medidas y la catalización del cambio global⁴².

Protección de los niños contra todas las formas de violencia

66. En los últimos años se han investigado y puesto de relieve los vínculos entre la exposición a la violencia y otras experiencias negativas y los problemas a largo plazo en la salud y el desarrollo⁴³. La violencia incluye “todas las formas de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual”⁴⁴. En la mayoría de los casos la violencia tiene lugar en el seno de la familia, pero también puede producirse en la comunidad⁴⁵. La exposición prolongada a diversas formas de violencia e inseguridad puede dar por resultado el estrés tóxico. En los niños de corta edad, los

⁴⁰ OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (Ginebra, OMS, 2008), pág. 50, puede consultarse en

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf?ua=1.

⁴¹ OMS, “La alimentación del lactante y el niño pequeño”, Folleto informativo núm. 342, febrero de 2014.

⁴² Metas globales 2025 para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. Puede consultarse en <http://www.who.int/nutrition/global-target-2025/en/>.

⁴³ OMS, *Addressing Adverse Childhood Experience to Improve Public Health: Expert Consultation 4-5 de mayo de 2009*. Puede consultarse en http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2009.pdf.

⁴⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 13 (2011), párr. 4.

⁴⁵ G. Darmstadt, “Progress and challenges in ensuring healthy births and babies”, *Early Child Matters*, junio de 2014, pág. 14.

efectos de la violencia en la familia pueden tener consecuencias especialmente negativas debido a su dependencia casi total de los miembros de la familia para su protección y apoyo.

67. La violencia y el estrés tóxico pueden tener efectos graves en la salud de los niños⁴⁶. La lucha contra la violencia tiene beneficios intergeneracionales dado que los niños que no han sufrido violencia tienen menos probabilidades de actuar de manera violenta en la niñez y como adultos⁴⁷.

68. En 2011, el Comité de los Derechos del Niño aprobó la Observación general núm. 13 sobre el derecho del niño a vivir libre de toda forma de violencia, en que se pone de relieve una amplia gama de medidas que los Estados partes deben adoptar para hacer frente a la violencia contra los niños. El Relator Especial hace suyo el enfoque adoptado por el Comité en la Observación general y destaca la importancia de un enfoque de “tolerancia cero” para todas las formas de violencia contra los niños.

69. Los padres u otros cuidadores primarios desempeñan un papel crucial en la promoción del desarrollo saludable del niño e influyen decididamente en su proceso de socialización. El desarrollo del niño en la primera infancia puede resultar influido por la nutrición materna, la salud mental y física de la madre, el estrés de los padres, la depresión y los estilos de crianza de los hijos. Aunque se ha hecho a menudo y con razón hincapié en el papel y los derechos de las madres, el papel y los derechos de los padres son también muy importantes⁴⁸, al igual que los de los abuelos y otros miembros de la familia extensa.

70. Cabe señalar que las familias tienen una diversidad de formas y arreglos (véase A/HRC/29/40)⁴⁹ y el reconocimiento de esa diversidad es fundamental para asegurar la protección y promoción de los derechos de todos los niños y todos los padres, incluido el derecho a la salud, sin discriminación de ningún tipo.

71. El Relator Especial apoya los esfuerzos realizados en todos los niveles de adopción de decisiones y aplicación de políticas para apoyar a las familias, ya que la familia es el mejor lugar para el desarrollo de los niños. Sin embargo, recuerda que, con demasiada frecuencia, los niños están expuestos a violencia psicológica, física y sexual en el seno de la familia.

72. Teniendo esto en cuenta, el Relator Especial insta a todas las partes interesadas a que sigan prestando apoyo a las familias con una gama de mecanismos y servicios de apoyo, encaminados a fortalecer su resiliencia, fomentar una crianza competente de los hijos y desarrollar aptitudes para hacer frente a los desafíos que plantea la crianza de los hijos en forma responsable y no violenta. Con este fin, los Estados deben adoptar medidas jurídicas y normativas para eliminar todas las formas de violencia contra los niños, incluida la prohibición de los castigos corporales en todos los ámbitos, y evitar la perpetuación del ciclo de violencia en las familias, las

⁴⁶ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 13 (2011) párr. 15 a).

⁴⁷ *Ibid*, párr. 14: Paulo Sérgio Pinheiro, Experto independiente para el Estudio del Secretario General sobre la violencia contra los niños, *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas* (Ginebra, 2006), págs. 63 a 66.

⁴⁸ G. Barker, Why men’s caregiving matters for young children: lessons from the Men Care campaign, *Early Childhood Matters*, junio de 2015, págs. 51-53.

⁴⁹ Véase también Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 7 (2006), párr. 15.

comunidades y las sociedades, fortaleciendo al mismo tiempo los servicios de apoyo a la familia basados en la comunidad.

73. En este sentido, es especialmente importante que todos comprendan los efectos perjudiciales de la atención institucional en la primera infancia, que constituye una forma de violencia contra los niños pequeños. El Relator Especial insta por eso a todas las partes interesadas a seguir aplicando las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (resolución 64/142 de la Asamblea General, anexo y acelerar el proceso de eliminación del cuidado institucional de los niños menores de 3 años. Hace al mismo tiempo un llamamiento para que se reconozcan los efectos perjudiciales de la atención institucional en la salud y el desarrollo de todos los niños de corta edad y se adopte el criterio común de que no debe aceptarse el cuidado institucional de los niños menores de 5 años.

74. Preocupan también al Relator Especial las familias y los padres en situación de riesgo y situaciones vulnerables que están expuestos a múltiples formas de estrés a causa de la pobreza, la exclusión social y la discriminación, en particular las familias que migran, son desplazadas internamente o refugiadas, o pertenecen a grupos raciales o étnicos marginados, y los padres que consumen drogas o tienen problemas de salud mental. La solución no es culpar a los padres y quitarles sus hijos. La responsabilidad de los Estados es en primer término hacer frente a la discriminación y proporcionar servicios de apoyo adecuados para que se eliminen estos riesgos y se protejan los derechos fundamentales y las necesidades de los niños en el seno de la familia.

75. Por ejemplo, los problemas de salud mental o el consumo de drogas no son por sí mismos indicadores de mala crianza de los hijos sino indicios de una posible situación de riesgo. Los padres con problemas de salud mental o dependencia de drogas que tienen niños pequeños deben tener acceso a servicios apropiados, como intervenciones psicosociales o servicios de reducción del daño, que alienten el desarrollo de relaciones saludables de los padres con sus hijos. Los obstáculos para la realización del derecho a la salud de las familias en situación de riesgo incluyen la penalización de los padres que consumen drogas, así como las políticas que propugnan la revocación de los derechos de custodia de las personas con problemas de salud mental. La tipificación como delito y la penalización empujan a las familias en situación de riesgo, incluidos los padres que son drogodependientes o tienen problemas de salud mental, a apartarse de los servicios sociales y de salud por miedo a ser detenidos y a perder a sus hijos.

C. Igualdad y no discriminación

76. Las desigualdades y la discriminación obstaculizan el desarrollo sano y equitativo y el nivel de instrucción que alcanzan los niños de grupos marginados, incluidas las personas que viven en la pobreza, los grupos minoritarios e indígenas, las niñas, las personas con discapacidad y las que viven en zonas subatendidas, como las poblaciones rurales, los refugiados, los niños internamente desplazados y los que viven en zonas afectadas por conflictos. Las desigualdades y la discriminación contribuyen en última instancia a desigualdades en la salud y otras

desigualdades en etapas posteriores de la vida y a la transmisión intergeneracional de desventajas⁵⁰.

77. Los dos principios fundamentales de los derechos humanos de igualdad y no discriminación significan que los Estados tienen la obligación jurídicamente vinculante de abordar de inmediato el desarrollo saludable de los niños de grupos marginados de manera que puedan disfrutar del derecho a la salud en condiciones de igualdad. Esta obligación guarda una estrecha relación con los tres pilares del proceso encaminado a establecer progresivamente la cobertura sanitaria universal —ampliar los servicios prioritarios, incluir más personas y reducir los pagos en efectivo— y debe abordarse cuando se prestan servicios a los niños pequeños y sus familias pertenecientes a grupos desfavorecidos⁵¹. La reunión y el análisis de datos desglosados son necesarios para determinar qué grupos se ven afectados de manera desproporcionada⁵². Se necesitan programas de divulgación y de otro tipo para velar por que los niños en situación de desventaja gocen del mismo acceso a los servicios de salud y otros servicios pertinentes que los demás niños. (A/HRC/7/11 y Corr.1, párr. 42).

78. Los siguientes párrafos se refieren a algunos de los grupos de niños que están marginados en el contexto del desarrollo del niño en la primera infancia, así como a las obligaciones de derechos humanos de los Estados de hacer frente a la discriminación y sus causas subyacentes.

La niña

79. Los prejuicios basados en el género en el seno de la familia dan lugar a una serie de desigualdades que impiden el desarrollo óptimo de las niñas. En los casos en que persisten las desigualdades entre los géneros, es posible que los niños varones reciban más atención médica y las niñas sean vulnerables a pautas de alimentación discriminatorias.

80. El derecho internacional de los derechos humanos hace especial hincapié en la responsabilidad de los Estados de hacer frente a la discriminación contra las mujeres y las niñas y velar por que gocen de sus derechos en pie de igualdad con los hombres y los niños. Entre otras medidas, los Estados deben garantizar que la legislación nacional proporcione un marco sólido para la igualdad entre los géneros y la no discriminación. En el contexto del desarrollo del niño en la primera infancia, las políticas y los programas deben prestar especial atención a corregir la discriminación y asegurar la igualdad. Por ejemplo, los programas sobre crianza de los hijos deben tener en cuenta las cuestiones de género⁵³, y los Estados deben poner especial empeño en hacer frente a las discrepancias en el nivel de educación de las niñas y los niños.

81. El Relator Especial quiere destacar que el desarrollo saludable de los niños varones es también importante y debe abordarse. En muchas culturas no se permite o no se alienta a los niños varones a expresar sus emociones, lo que da por resultado que la población masculina adulta sea más propensa a conductas violentas y

⁵⁰ OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.

⁵¹ OMS, *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage* (Ginebra, 2014).

⁵² Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 7 (2005), párr. 36.

⁵³ OMS y Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, pág. 56.

autodestructivas. Esta inhibición guarda relación con estereotipos de género que son perjudiciales tanto para las niñas y las mujeres como para los niños y los hombres.

Niños y niñas con discapacidad

82. Pese a que son más vulnerables a riesgos en la salud y el desarrollo, es frecuente que no se tenga en cuenta a los niños pequeños con discapacidad en los programas y servicios destinados a promover la salud y asegurar el desarrollo del niño. En muchos casos no reciben tampoco el apoyo específico que necesitan para satisfacer sus necesidades con arreglo a sus derechos. Los niños con discapacidad y sus familias hacen frente a obstáculos que incluyen la legislación, las políticas y los servicios inadecuados, las actitudes negativas y la falta de entornos accesibles. Los niños con discapacidades de desarrollo, incluidas las discapacidades mentales y los trastornos del espectro autista, siguen sufriendo en muchos países a causa de enfoques anticuados, como la institucionalización y la medicalización excesiva.

83. Los servicios de intervención temprana para los niños con discapacidad deben aplicar un enfoque basado en los derechos humanos, incluidas las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Los gobiernos deben velar por que todos los niños con discapacidad crezcan en el seno de sus familias y ellos y sus familias reciban todos los servicios necesarios para eliminar los obstáculos y promover sus derechos, de la misma manera que se promueven los derechos de los niños sin discapacidad. Es preciso abandonar las prácticas basadas en el cuidado institucional y el uso excesivo de intervenciones biomédicas para los niños con discapacidades de desarrollo, que son obsoletas y a menudo violan los derechos y las libertades fundamentales.

Los niños intersexuales

84. El término intersexual se refiere en general a los aspectos físicos del cuerpo, con inclusión de una amplia gama de variaciones naturales que no se ajustan a los conceptos imperantes acerca del cuerpo de los hombres y las mujeres⁵⁴. Los estereotipos profundamente arraigados acerca de la dicotomía de género y las normas médicas sobre los órganos de hombres y mujeres han dado lugar al establecimiento de una práctica médica consistente en intervenciones y operaciones quirúrgicas de rutina en las personas intersexuales, incluidas la cirugía genital y la esterilización irreversibles. Esas intervenciones no son siempre necesarias por razones médicas y es frecuente que se lleven a cabo sin el consentimiento informado de las personas afectadas. Además, las clasificaciones médicas actualmente incluyen las características intersexuales como patologías o trastornos⁵⁵.

85. Esas prácticas, si se realizan sin tener debidamente en cuenta el interés superior y las facultades en desarrollo de los niños de corta edad, pueden tener efectos perjudiciales duraderos en su salud y su bienestar, violan sus derechos básicos a la integridad física, la intimidad y la autonomía, y podrían considerarse malos tratos o incluso tortura⁵⁶. Además, el sexo asignado al nacer se convierte en

⁵⁴ ACNUDH, ficha de datos: “Derechos de las personas LGBT: algunas preguntas frecuentes”, 2013.

⁵⁵ Comisionado para los Derechos Humanos, Consejo de Europa, Issue Paper: “Human Rights and Intersex People”, 2015.

⁵⁶ Declaración conjunta de las Naciones Unidas y un grupo de expertos internacionales en derechos humanos en ocasión del Día Internacional contra la Homofobia, la Bifobia y la

un factor jurídico y social, a menudo permanente o difícil de modificar, que determinará la vida y el desarrollo del niño y afectará su derecho a desarrollar su propia identidad personal.

86. Sobre la base del derecho internacional y las normas internacionales de derechos humanos⁵⁷, los Estados deben prohibir los procedimientos médicos o quirúrgicos innecesarios durante el período neonatal y la primera infancia a fin de garantizar la integridad física, la autonomía y la libre determinación de los niños afectados.

D. Participación

87. Las normas internacionales de derechos humanos reconocen que las personas y los grupos tienen derecho a participar en los procesos de adopción de decisiones que afectan a sus derechos.

88. Los Estados tienen una obligación jurídicamente vinculante de asegurar la participación de los titulares de los derechos en el establecimiento de prioridades, la elaboración y aplicación de políticas y leyes, el seguimiento y la evaluación y la rendición de cuentas para la realización del derecho a la salud y el desarrollo integral del niño pequeño. Todos los sectores de la población, incluidos los más marginados, deben estar facultados para participar (A/HRC/27/31, párrs. 28 a 30). Los Estados deben crear un entorno propicio para esa participación, por ejemplo mediante la mejora de los conocimientos y la conciencia de las partes interesadas, incluidos los padres de niños de corta edad.

89. En el contexto de los niños menores de 5 años, la participación significa dos cosas distintas. En primer lugar, significa garantizar que los padres u otros representantes tengan acceso a la información necesaria para desarrollar una opinión fundamentada sobre la salud del niño y las posibles intervenciones, y para participar plenamente en los procesos de adopción de decisiones que afectan a la salud, la supervivencia y el desarrollo de sus hijos.

90. En segundo lugar, de conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños pequeños, incluidos los lactantes, tienen derecho a expresar sus opiniones libremente en todos los asuntos que les afecten, y a que esas opiniones se tengan en cuenta⁵⁸. Los lactantes y los niños muy pequeños tienen formas de expresión particulares que, en razón de su edad, son a veces no verbales. Los niños pequeños deben ser participantes activos en la promoción, protección y vigilancia de sus derechos en el seno de la familia, la comunidad y la sociedad⁵⁹, de conformidad con sus capacidades en desarrollo. Los Estados deben en consecuencia establecer los arreglos institucionales necesarios para la participación de los niños de corta edad y sus cuidadores.

Transfobia, “Ante la discriminación y vulneración de sus derechos, los jóvenes LGBT e intersex necesitan reconocimiento y protección”, 13 de mayo de 2015.

⁵⁷ Véase, por ejemplo, los documentos CRC/C/CHE/CO/2-4, CAT/C/DEU/CO/5, E/C.12/DEU/CO/5, CEDAW/C/CRI/CO/5-6, CRPD/C/DEU/CO/1, A/HRC/29/23, A/HRC/22/53 y A/64/272.

⁵⁸ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 12.

⁵⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 7 (2005) párr. 14.

E. Rendición de cuentas

91. La rendición de cuentas es esencial para que el derecho a la salud sea algo más que palabras huecas. El derecho internacional de los derechos humanos constituye la base jurídica para la rendición de cuentas. Los tres componentes principales de la rendición de cuentas son la vigilancia, el examen y la reparación. Hay una multiplicidad de procesos administrativos, políticos y jurídicos que deben desempeñar un papel para garantizar el derecho a la salud, incluidas la supervivencia y el desarrollo, en la primera infancia. Estos mecanismos deben asegurar la rendición de cuentas para proteger los derechos a la salud y el desarrollo saludable del niño en la primera infancia en las políticas, programas y planes nacionales y en la prestación de servicios, y permitir que las personas y los grupos obtengan reparación en los casos en que esto no se cumple.

92. Los procesos de rendición de cuentas brindan una oportunidad para que los garantes de derechos expliquen lo que han hecho, y para los ajustes en los casos en que los derechos humanos no han sido respetados y protegidos. Aseguran también que los titulares de los derechos tengan la oportunidad de colaborar con los garantes en la promoción y la protección de sus derechos y a obtener reparación en los casos de violaciones.

93. En los últimos años, la importancia de la rendición de cuentas para la salud de los niños de corta edad ha sido cada vez más reconocida por la comunidad internacional, en particular en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño y en el informe final de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño⁶⁰.

94. El potencial de las personas, las comunidades y la sociedad civil como fuerzas clave para el cambio en los resultados en materia de salud ha merecido una atención cada vez mayor en los últimos años, especialmente en relación con la rendición de cuentas. Las experiencias de rendición de cuentas de los ciudadanos incluyen el uso de planillas de calificación, las auditorías sociales y las nuevas tecnologías de la información para la vigilancia social. Muchos agentes de la sociedad civil informan a los ciudadanos sobre sus derechos y sobre los servicios a que tienen derecho y llevan a cabo seguimientos y análisis a cargo de terceros. Los análisis presupuestarios, los estudios de seguimiento del gasto público y del ausentismo de los proveedores de servicios en los centros de salud son otros ejemplos. Todo esto ha demostrado que la capacidad de respuesta y la transparencia de los gobiernos son mayores cuando la rendición de cuentas por los ciudadanos se lleva a cabo de manera eficaz, y su participación se ha convertido en un elemento central para la aplicación de las recomendaciones de la sociedad civil para el establecimiento de las prioridades de los gobiernos.

95. La rendición de cuentas debe incluir nuevas medidas para supervisar el desarrollo del niño en la primera infancia, tanto a nivel individual como a nivel de la población. Por lo tanto, la selección de indicadores y la recopilación sistemática de datos, desglosados cuando proceda, son esenciales no solo para vigilar los progresos sino también para apoyar la rendición de cuentas.

⁶⁰ *Keeping Promises, Measuring Results*, 2011. Puede consultarse en http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf.

F. Obligaciones del Estado

96. La Convención sobre los Derechos del Niño proporciona un marco normativo amplio y jurídicamente vinculante para abordar el derecho a la salud y el desarrollo integral del niño pequeño. Los Estados tienen la obligación jurídicamente vinculante de adoptar y aplicar leyes, reglamentos, políticas, medidas presupuestarias, programas y otras iniciativas para garantizar el respeto, la protección y el ejercicio del derecho a la salud, incluido un desarrollo saludable, en la primera infancia.

97. El derecho a la salud está sujeto a una realización progresiva y a recursos limitados⁶¹. Esto significa que el derecho a la salud no tiene que lograrse inmediatamente, y los Estados deben en cambio adoptar medidas eficaces y específicas en pro de la realización progresiva del derecho a la salud, en particular para los niños pequeños. Este concepto es similar al concepto de “mejoramiento progresivo” que figura en la Declaración de Alma-Ata. La realización progresiva y la disponibilidad de recursos también reconocen las diferencias entre los países de ingresos altos y bajos.

98. Sin embargo, habida cuenta de la escasa prioridad asignada al desarrollo del niño en la primera infancia que se refleja en los bajos niveles de financiación para los programas, especialmente para los niños menores de 3 años, los Estados deben hacer cuanto esté a su alcance para aumentar las inversiones en salud y desarrollo del niño en la primera infancia.

99. La realización progresiva tiene varias consecuencias. Por ejemplo, los Estados deben tener un plan nacional para el derecho a la salud y el desarrollo del niño en la primera infancia, cuya iniciativa debe estar a cargo de las autoridades sanitarias, especialmente para los niños menores de 3 años. Además, es necesario mejorar la gobernanza coordinada de las políticas, planes y programas de salud, educación y protección social en los planos nacional y local.

100. Otra consecuencia de la realización progresiva es que debe haber indicadores y elementos de comparación apropiados para supervisar los progresos en la realización del derecho a la salud del niño en la primera infancia⁶². Los indicadores deben desglosarse con arreglo a características adecuadas como el sexo, la condición socioeconómica, la edad y el origen étnico, que permitan detectar si el derecho a la salud se realiza en condiciones de igualdad y no discriminación. En los últimos años se han hecho progresos en la elaboración de un conjunto de medidas e indicadores mundialmente aceptados sobre el desarrollo del niño que podrían utilizarse para supervisar los progresos realizados y para la planificación en distintos países⁶³. Es necesario acelerar los progresos a este respecto.

101. Algunas “obligaciones básicas” deben aplicarse de inmediato y no están sujetas a la realización progresiva⁶⁴. Las obligaciones básicas incluyen: a) la elaboración de un plan nacional amplio sobre el derecho a la salud, en particular para el desarrollo en la primera infancia; b) el acceso sin discriminación a los

⁶¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.1; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 4.

⁶² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), párrs. 57 y 58.

⁶³ P. Engle y otros, “Strategies for reducing inequalities”.

⁶⁴ Observación general núm. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrs. 43 a 45.

servicios de salud y otros servicios pertinentes; c) la distribución equitativa de los servicios de salud y otros servicios para el derecho a la salud del niño en la primera infancia; d) el acceso a una “canasta básica” de servicios e instalaciones relacionados con la salud (A/HRC/7/11, párr. 52).

Cooperación y asistencia internacionales

102. El derecho a la salud da lugar a una obligación de cooperación y asistencia internacionales⁶⁵. Los Estados de ingresos altos tienen la obligación de ofrecer cooperación y asistencia en relación con el derecho a la salud a los países de ingresos bajos. Es especialmente obligatorio prestar asistencia con respecto a las obligaciones básicas. Los países de ingresos bajos también tienen la obligación de solicitar formas adecuadas de cooperación y asistencia.

103. A medida que el programa mundial de salud pasa de ser un programa supervivencia a ser un programa de supervivencia y desarrollo, el Relator Especial insta a los Estados de ingresos altos a apoyar a los Estados de ingresos bajos en sus esfuerzos por mejorar la promoción y protección del derecho a la salud del niño en la primera infancia, incluidas sus dimensiones de desarrollo.

Obligaciones del Estado en relación con terceros y responsabilidades de los terceros

104. Los Estados, como principales garantes del derecho internacional de los derechos humanos, tienen la obligación de proteger el derecho a la salud asegurando que las acciones de terceros contribuyan a su logro y no lo pongan en peligro⁶⁶. Por ejemplo, los Estados deben apoyar y prestar asistencia, de conformidad con el máximo de sus recursos disponibles⁶⁷, a los padres y cuidadores de los niños y garantizar condiciones de vida adecuadas para su salud y desarrollo óptimos; y proteger a los niños que son víctimas y testigos de violencia e investigar y sancionar a los responsables.

105. Los Estados también deben “adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros”⁶⁸. En lo que respecta a la supervivencia y el desarrollo del niño en la primera infancia, los Estados deben introducir en la legislación nacional, aplicar y hacer cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna⁶⁹.

⁶⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.1; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 4.

⁶⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), párr. 51.

⁶⁷ Convención sobre los Derechos del Niño, art. 4.

⁶⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general núm. 14 (2000), párr.35.

⁶⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación general núm. 15 (2013), párr. 44.

V. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

106. La salud, la supervivencia y el desarrollo saludable de los niños de corta edad deben ser un componente central en la aplicación de la agenda para el desarrollo después de 2015 y otros compromisos y medidas a nivel mundial, regional y nacional.

107. El derecho a la supervivencia, como elemento central de la salud de los niños, se reconoce en la actualidad ampliamente como una cuestión de derechos humanos y de salud pública, y los esfuerzos concertados de todas las partes interesadas han dado por resultado una reducción considerable de la mortalidad prevenible de los lactantes y los menores de 5 años. Pese a estos progresos, en muchos países y entre los grupos desfavorecidos de la población, las tasas de mortalidad y morbilidad en la primera infancia siguen siendo inaceptablemente altas. Es necesario hacer más para eliminar las muertes por causas que pueden prevenirse en la primera infancia.

108. Más allá de la mera supervivencia, los niños tienen derecho a crecer, desarrollarse de forma holística hasta el máximo de sus posibilidades y gozar de buena salud física y mental en un mundo sostenible. El derecho de los niños pequeños a un desarrollo saludable es fundamental para promover y proteger el derecho a la salud durante toda la vida y fomentar a la vez el desarrollo humano sostenible. Sin embargo, todavía no ha recibido una atención adecuada.

109. Las inversiones en el desarrollo saludable, la buena salud mental y el bienestar emocional del niño en la primera infancia mediante intervenciones efectivas de salud pública, psicosociales y psicoeducacionales no constituyen un lujo. El valor de estas intervenciones puede ser igual al de medicamentos y vacunas esenciales que salvan vidas, ya que protegen a los niños de los efectos perjudiciales de la violencia y otras adversidades en la primera infancia.

110. Hay actualmente un impulso tendiente a avanzar hacia un nuevo decenio de concentración en el desarrollo del niño, que se basa en los progresos realizados en la supervivencia del niño y avanza hacia una nueva etapa de modo que los niños puedan crecer, desarrollar al máximo su potencial y contribuir de ese modo a sociedades más saludables y al desarrollo sostenible.

B. Recomendaciones

111. Los Estados deben pronunciarse más clara y explícitamente sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos en sus leyes, políticas, programas, presupuestos y otras medidas. Las buenas prácticas en la aplicación de los principios de derechos humanos para encarar la supervivencia y el desarrollo del niño deben pasar de ser excepciones a ser la norma en todo el mundo.

112. A este respecto, el Relator Especial insta a los gobiernos:

a) A considerar a los niños más pequeños, especialmente los recién nacidos y los lactantes, como titulares de derechos y a aunar fuerzas con todas

las partes interesadas pertinentes para lograr un avance decisivo mediante la reducción significativa de las tasas de mortalidad y morbilidad de los recién nacidos;

b) A adoptar un enfoque más amplio en las inversiones en la salud de los niños y hacer frente con eficacia a los efectos perjudiciales de la violencia y las adversidades en la primera infancia;

c) A introducir medidas jurídicas y normativas que promuevan iniciativas eficaces para mejorar la calidad de las relaciones entre los niños pequeños y los padres, promover la competencia en la crianza de los hijos y equipar y apoyar a los padres con técnicas de crianza de los niños pequeños en forma no violenta;

d) A prohibir los castigos corporales de los niños en todos los entornos, incluidas las familias, y a seguir informando a los padres, los encargados de la formulación de políticas y el público en general de que el castigo corporal de los niños, así como todas las demás formas de violencia, son contrarios a los derechos humanos y tienen graves efectos perjudiciales para la salud y el desarrollo del niño en la primera infancia;

e) A iniciar, apoyar y mantener cambios en las políticas y los servicios de atención de la salud de los niños a fin de que se reconozca plenamente el derecho de los niños de corta edad a un desarrollo saludable;

f) A promover la elaboración y la aplicación práctica de indicadores y parámetros de referencia apropiados para vigilar los progresos en la realización del derecho a la salud del niño en la primera infancia, en particular en la esfera del desarrollo emocional y social;

g) A dotar a los servicios de atención primaria de la salud y los servicios pediátricos no solo de vacunas y medicamentos modernos que salvan vidas sino también de conocimientos e intervenciones eficaces y culturalmente apropiadas, basadas en investigaciones en los ámbitos de la neurociencia, la psicología, la pediatría del desarrollo y la psiquiatría pediátrica;

h) A capacitar a los profesionales sanitarios y otros profesionales que trabajan con niños en aspectos relativos a los derechos humanos, incluidos el desarrollo en la primera infancia y el impacto de la calidad de las relaciones en la salud física y mental en la infancia y durante toda la vida;

i) A difundir las orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los menores de 5 años en todos los sectores gubernamentales pertinentes, y a asegurar su aplicación sistemática en la formulación, aplicación y revisión de las leyes, las normas, los presupuestos y los programas;

j) A seguir aplicando las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños y a eliminar la colocación a largo plazo de los niños de corta edad en instituciones;

k) A poner fin al cuidado en instituciones de los niños durante los cinco primeros años de vida y a promover las inversiones en servicios basados en la comunidad para las familias en situación de riesgo, en particular las que viven

en la pobreza y las que tienen niños pequeños con discapacidades de desarrollo y de otra índole;

l) **A cumplir plenamente lo dispuesto en las normas contenidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y a eliminar las prácticas anticuadas basadas en el cuidado institucional y la medicalización excesiva de los niños pequeños con discapacidades de desarrollo y de otra índole;**

m) **A prohibir la discriminación contra las personas intersexuales, incluso mediante la prohibición del tratamiento médico o quirúrgico innecesario, y a adoptar medidas para superar las actitudes y prácticas discriminatorias mediante la concienciación, la capacitación de los funcionarios públicos y los profesionales sanitarios y la elaboración de normas éticas y profesionales que respeten los derechos de las personas intersexuales, en consulta con las personas intersexuales y sus organizaciones;**

n) **A poner fin a la criminalización y la penalización de los padres en situaciones de riesgo, y a garantizar su acceso a servicios apropiados y a tratamientos adaptados a las necesidades de los niños.**

113. Además, el Relator Especial recomienda que otras partes interesadas:

a) **Intensifiquen los esfuerzos encaminados a reducir significativamente las tasas de mortalidad y morbilidad de los recién nacidos;**

b) **Ayuden a difundir las orientaciones técnicas para reducir y eliminar la mortalidad prevenible de los niños menores de 5 años y presten la asistencia técnica necesaria a los Estados para su aplicación.**

114. El Relator Especial recomienda también que los pediatras y otros médicos y profesionales sanitarios desempeñen un papel más proactivo en la educación de las familias y otros agentes clave en los aspectos relacionados con la salud de los derechos humanos de los niños de corta edad, incluido su derecho a un desarrollo saludable.
