

OBJETIVO 6 DE DESARROLLO DEL MILENIO Y EL DERECHO A LA SALUD: ¿CONFLICTIVOS O COMPLEMENTARIOS?

Sarah Zaidi

1 Introducción

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados por 189 gobiernos, son una reafirmación cuidadosa de los desafíos relativos a la pobreza para el desarrollo, a ser alcanzados en 2015. Anunciados con un gran entusiasmo por el Secretario General Kofi Annan, los ODM cubren temas en asuntos sociales y económicos claves: erradicación de la pobreza extrema (reconociendo la proporción de sólo 50 % de las personas que viven con menos de 1U\$S por día), universalización de la educación, promoción de la equidad de género, reducción de la mortalidad infantil, mejoras en la salud materna, lucha contra el VIH/SIDA, malaria y otras enfermedades, promoción de la sostenibilidad ambiental, y elaboración de una asociación mundial para el desarrollo. Se concentran en cómo tratar y mejorar las vidas de 1,2 billones de personas que viven con menos de 1 USD por día. Los ocho objetivos están asociados a 21 metas y a más de 60 indicadores, que representan promedios sociales de los principales resultados; reflejando los clásicos procesos de medición del desarrollo (NELSON, 2007, p. 2041).

Los ODM, que representan la iniciativa del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para establecer una agenda de desarrollo humano, al abordar los asuntos relativos a la pobreza en los países en vías de desarrollo, eluden en su conjunto la visión basada en los derechos, tal como se presenta en el Informe de Derechos Humanos de 2000 del PNUD (NACIONES UNIDAS, 2000); y por el contrario adoptan las principales medidas de monitoreo de la pobreza por ingresos del Banco Mundial (SAITH, 2006). El documento final de ODM elude no solo el Programa para la Reforma de 1997 que tenía en el centro de sus acciones a los derechos humanos (estas reformas fueron diseñadas desde la oficina de Kofi Anan y los derechos humanos estaban

Ver las notas del texto a partir de la página 149.

reflejados en la Declaración del Milenio (NACIONES UNIDAS, 1997, 2000b), sino que también ignoran la lucha proactiva por los derechos económicos, sociales y culturales y el derecho al desarrollo defendidos por la sociedad civil y por Estados del Sur (NORMAND; ZAIDI, 2008, p. 239). La formulación de las metas, resultados, estrategias y políticas de los ODM, no reconoce los derechos sustantivos consagrados en la Carta Internacional de Derechos (Declaración Internacional y los dos Pactos Internacionales sobre Derechos Civiles y Políticos y sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales), así como tampoco reconoce los derechos procesales tales como el derecho a la información, a la no discriminación, y a la participación. En lugar de construirse sobre mecanismos de responsabilidad en el cumplimiento, estándares internacionales reconocidos de derechos humanos, y principios a los cuales los gobiernos están obligados a adherir, los ODM se centraron en metas operativas, indicadores y referencias buscando demostrar a los donantes internacionales como el G8¹ la efectividad de la ayuda externa para la reducción de la pobreza (HULME, 2009). Sin embargo, los ODM han producido hasta la fecha algunos resultados. Cerca de 4 millones de niños más sobreviven cada año, cuatro millones de personas VIH positivas reciben hoy tratamiento comparadas con las 400.000 que lo hacían en 2000, y muchos más niños asisten a la escuela, en muchos países cruzando el umbral del 90% para el año 2000 (NACIONES UNIDAS, 2010a). Sin embargo, el informe sobre ODM (NACIONES UNIDAS, 2009a) indicó que muchos países de bajos ingresos, especialmente en África, continúan rezagados y difícilmente se alcanzarán las metas en 2015. Además, las nefastas repercusiones de la crisis económica, o bien frenaron los avances, o bien revirtieron los logros conseguidos.

¿Los ODM hubieran avanzado mejor en un marco de derechos humanos? ¿Hubiera sido posible que los Estados se responsabilizaran por las fallas para alcanzar las metas establecidas? Los derechos humanos son una demanda normativa por la que la dignidad humana le otorga a cada persona cierto tipo de trato y protección frente a otros, particularmente frente al Estado. Los derechos son universales (iguales para todos, en cualquier lugar), inalienables (no se pueden quitar ni abandonar); e indivisibles (no hay una jerarquía entre diferentes tipos de derechos – civiles, políticos, y socioeconómicos²). La legislación internacional sobre derechos humanos, estableció obligaciones legales para respetar, proteger y satisfacer los derechos de todas las personas bajo su jurisdicción.

En teoría, los derechos humanos son una base lógica sobre la cual construir un mundo más cooperativo y justo, vinculando nociones de libertad con justicia social. Philip Alston comenta que mientras los ODM y la agenda de derechos humanos tienen mucho en común “ni los que trabajan en derechos humanos ni los que trabajan en desarrollo han abordado este vínculo con entusiasmo y convicción”, por el contrario, parece que “sus caminos están cruzados, a pesar de que ambos se dirigen a destinos muy similares” (ALSTON, 2005, p.755). Alston, sin embargo, es optimista en relación al ‘matrimonio’ entre ODM y derechos humanos, al sugerir que quienes trabajan en derechos humanos deben estar más comprometidos en la realización de los ODM ya que es la iniciativa más importante y que ejerce mayor presión en la agenda de desarrollo internacional, y debe notarse que existen varios puntos para un posible fortalecimiento mutuo. Tal vez, los ODM y los derechos humanos sean complementarios, siendo que los primeros diseñan indicadores operativos y metas, mientras que los últimos conforman un marco con una serie de principios y estándares.

A los diez años de su lanzamiento, el informe del Secretario General sobre los ODM menciona las palabras “derechos humanos” siete veces en el texto: como una base para los ODM (NACIONES UNIDAS 2010a,p.2), haciendo referencia a la Declaración del Milenio (NACIONES UNIDAS, 2010^a, p. 3, 15, 28), como el principio que orienta la acción (NACIONES UNIDAS, 2010^a, p.28), y en lo que concierne a la afirmación del derecho al desarrollo y derechos económicos, sociales y culturales (NACIONES UNIDAS, 2010a, p. 32). Pero, en general, en la agenda de acción falta la mención a los derechos humanos. Este artículo explora por qué continúa faltando una conexión entre los ODM y los derechos humanos a través del análisis del ODM 6 que trata sobre la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades infecciosas, y cómo podría verse de otra forma en el contexto de los derechos humanos.

En el último cuarto de siglo, el vínculo entre salud y derechos humanos ha quedado más claro gracias a las preocupaciones en relación a la epidemia del VIH/SIDA, la salud reproductiva y sexual, principalmente a través de temas como la discriminación que no permite que un individuo acceda a los servicios de salud, desafiando el sistema legal y la correspondiente reforma legislativa y garantizando la participación y construcción de asociaciones de diferentes sectores de la sociedad civil. Gruskin, Mills y Tarantola (2007) comentan que la acción para combatir el VIH SIDA ha sido la que mejor ha ejemplificado estos vínculos entre salud y derechos humanos a través del lobby, la aplicación de estándares legales, y de programas tales como la distribución de servicios (GRUSKIN; MILLS; TARANTOLA, 2007, p. 451). Este artículo explora el papel de los derechos humanos en relación al ODM 6, analizando explícitamente qué pasos deben dar los Estados desde la perspectiva del derecho a la salud. En la sección dos, se presentan brevemente los marcos del derecho a la salud y de los derechos humanos, y en la sección tres se examina el ODM 6 y su relación con el derecho a la salud. ¿Por ejemplo, los resultados esperados para frenar y revertir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades infecciosas están enraizados en principios y estándares de los derechos humanos? ¿La orientación por resultados de los ODM, sea a través de sus metas o de sus indicadores, considera asuntos como discriminación, participación, remedio efectivo y el derecho a la información? ¿Cuáles son los mecanismos de responsabilización si no se consigue alcanzar el ODM6? En la conclusión, la autora explora si el marco normativo de derechos humanos a nivel internacional puede ser la base para una nueva construcción que aborde la pobreza y la desigualdad, después de 2015.

2 El derecho a la salud

El marco de los derechos humanos está basado en el establecimiento de una Carta Internacional de Derechos que incluye la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y sus Protocolos Optativos (1966), el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), y otros tratados centrales que incluyen pero no se limitan a la Convención Internacional de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación, Convención Internacional de la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer, la Convención Internacional de los Derechos del Niño, y varios protocolos optativos³. Los protocolos optativos buscan fortalecer la

implementación y el monitoreo de la Convención al establecer, primero, mecanismos para comunicaciones individuales a través de peticiones, y segundo, fortalecer los órganos creados en virtud de los tratados, para la realización de investigaciones sobre las violaciones sistemáticas de la Convención. Estos tratados internacionales buscan proteger a los individuos de las violaciones perpetradas por los Estados y también establecen obligaciones para que el Estado respete, promueva y cumpla con los derechos tal como se describen (NACIONES UNIDAS, 2005).

Las raíces del derecho a la salud se encuentran en el movimiento por la salud pública del Siglo XIX (TOEBES, 1999, p.12-13). Las primeras conferencias sobre salud realizadas con auspicio de la Liga de las Naciones identificaron la necesidad de los servicios primarios para el conjunto de la población. La Organización Internacional del Trabajo, establecida en 1919, lidiaba principalmente con temas de salud vinculados al trabajo. Sin embargo, fue a través de la creación de las Naciones Unidas y su sistema de derechos humanos que el derecho a la salud⁴ fue consagrado en tratados legalmente vinculantes. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyas cláusulas fueron luego adoptadas por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), menciona a la salud como parte del derecho a un adecuado nivel de vida (artículo 25⁵), que, sin embargo no está particularmente bien definido. No obstante, la DUDH es bien conocida y representa costumbre internacional, y por lo tanto algunos expertos la consideran vinculante para los Estados (STEINER, ALSTON, GOODMAN, 2007, p. 133).

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR por su sigla en inglés) y el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC por su sigla en inglés) formulan el derecho a la salud de la misma forma que lo hace la constitución de la OMS: *el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*⁶. El Director General de la OMS estuvo profundamente involucrado en la redacción de este artículo de la ICESCR, y señaló que los gobiernos deberían crear sistemas de profesionales de la salud y servicios de salud (TOEBES, 1999, p.43).

El derecho a la salud como parte del marco de los derechos económicos, sociales y culturales, debe ser leído junto a los artículos 2 y 3 del ICESCR. El artículo 2(1) del ICESCR está en *realización progresiva* y dice (NACIONES UNIDAS, 1966):

“Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.”

Dicha cláusula permite que los gobiernos destinen recursos insuficientes como una excusa para no alcanzar las obligaciones del tratado, y además, alegando la realización progresiva pueden posponer sus obligaciones *ad infinitum* (TOEBES, 1999, p. 294). La Observación General número 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR por sus siglas en inglés) intentó tapan esta laguna jurídica sugiriendo que deben adoptarse medidas dentro de un plazo razonable y que, sin

importar su nivel de desarrollo económico, los Estados deben responder a su obligación esencial mínima en relación a estos derechos, el así llamado contenido esencial del derecho (NACIONES UNIDAS, 1990). Aún más, el Artículo 2(1) ya menciona de alguna forma el papel de la asistencia internacional y reconoce que satisfacer estos derechos requiere de la cooperación internacional para el desarrollo (CRAVEN, 1995, p. 144).

El Artículo 2(2) y el Artículo 3 son cláusulas sobre la no discriminación, siendo esta última sobre discriminación sexual. Ambas son consideradas para tener efecto inmediato, y la discriminación de cualquier tipo está prohibida por el Pacto. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (CERD por sus siglas en inglés) incluye una referencia directa al derecho a la salud, al otorgarle a cada persona el derecho (sin discriminación) a la salud pública y a la asistencia médica. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) también obliga a los Estados a poner fin a las prácticas discriminatorias en materia de asistencia médica y a brindar orientación y servicios adecuados de salud. El derecho a la salud también está incluido en las Constituciones de varios Estados (KINNEY; CLARK, 2004). La Constitución de la OMS, la Declaración de Alma-Ata y otros documentos importantes reconocen el derecho a la salud (NACIONES UNIDAS, 2008a).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales continuó trabajando y clarificando sobre el derecho a la salud y sobre cómo el mismo puede ser alcanzado, a través de su Observación General nro. 14. A pesar de no ser legalmente vinculante, algunos conceptos principales de la Observación General incluyen el requerimiento de que los establecimientos y servicios de salud deben estar disponibles, accesibles, ser culturalmente aceptables, y de calidad científica y médica apropiadas. Además, la Observación General señala que el derecho a la salud no sólo requiere que ciertos estándares mínimos de asistencia sean alcanzados o superados, sino que tal como lo define la OMS (NACIONES UNIDAS, 2000c), se deben alcanzar precondiciones básicas como alimento, vivienda y saneamiento, adecuada distribución de agua limpia potable, educación, y medicamentos esenciales.

En términos de **disponibilidad**, los gobiernos deben garantizar un sistema y programas de salud para todos los sectores de la población, incluyendo los determinantes subyacentes de la salud (alimento, agua potable, saneamiento, hospitales, clínicas, cuerpo médico entrenado, y medicinas esenciales). Sin embargo, la naturaleza de los establecimientos, bienes y servicios provistos puede variar dependiendo el nivel de desarrollo del Estado parte. La **accesibilidad** requiere que los servicios, bienes y establecimientos de salud sean físicamente accesibles, asequibles, que estén disponibles sin discriminación, incluyendo también el derecho a la información en lo que respecta a temas de salud, así como también confidencialidad en el tratamiento de la información sobre la salud personal. En la Observación General 14 la **aceptabilidad** es definida como una asistencia médica respetuosa de la ética médica, que debe ser también culturalmente apropiada, es decir, respetuosa de las minorías, de las comunidades marginalizadas, sensible a los requisitos de género y del ciclo de vida. La calidad de los servicios de salud, implica contar con un personal médico preparado, drogas científicamente aprobadas y no vencidas, equipamiento hospitalario, agua limpia y potable, y saneamiento adecuado como parte de los servicios de salud.

Sumado a estos elementos sustantivos, existen varios mecanismos de protección procedimentales. Por ejemplo, la discriminación de cualquier tipo – individual o sistémica – es una violación a los derechos humanos y requiere que el Estado intervenga para reparar el abuso, ya sea a través de penas civiles o criminales, o introduciendo cambios en las políticas y en la legislación vigente. Los Estados deben también garantizar la participación de los pacientes y de las comunidades afectadas cuando se trata de decisiones sobre su propia salud. La información sobre la asistencia médica y sobre asuntos de salud debe ser presentada de forma pública y accesible a todos. El Estado no debería retroceder en términos de su obligación una vez que el derecho es reconocido, y, si lo hace, la responsabilidad de demostrar que la regresión era inevitable recae en el Estado.

En las últimas dos décadas, se le ha prestado una atención creciente al derecho a la salud. Desde 1994, la Escuela de Harvard de Salud Pública produjo una revista exclusivamente dedicada a la salud y a los derechos humanos centrada en “desafiar – por medio de análisis conceptual y acción práctica – las ortodoxias entrelazadas que defraudan a las poblaciones pobres en términos de los requisitos mínimos para una vida saludable, a la vez que fortalecen a las minorías privilegiadas en sus formas de vida” (FARMER, 2008, p. 8). La Comisión de Derechos Humanos (ahora reemplazada por el Consejo de Derechos Humanos) creó en 2002 el mandato para el Relator Especial del derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Paul Hunt, la primera persona que ocupó este cargo entre 2002 y 2008 publicó varios documentos clave para comprender el derecho a la salud⁷. En 2004 publicó un informe resaltando la contribución que el derecho a la salud puede hacer para la realización de los ODM relativos a la salud:

El derecho a la salud proporciona un marco normativo explícito que refuerza los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, marco que dimana del derecho internacional relativo a los derechos humanos. Respaldados por valores morales reconocidos universalmente y apuntalados por obligaciones jurídicas, el derecho internacional relativo a los derechos humanos constituye un marco normativo convincente para las políticas nacionales e internacionales encaminadas a la consecución de los Objetivos.

(NACIONES UNIDAS, 2004).

3 ODM 6 y el Derecho a la Salud

3.1 Una mirada sobre el ODM 6

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 es uno de los tres objetivos relativos a la salud, y su foco está puesto en la lucha contra el VIH/SIDA que se amplió para incluir “malaria y otras principales enfermedades infecciosas”, la inclusión parece ser el resultado de un lobby exitoso de defensores de la salud que argumentaban que centrarse exclusivamente en VIH/SIDA generaba el riesgo de distorsionar los presupuestos para la salud, los flujos de ayuda y los planes de salud, pudiendo impactar negativamente en el status de salud (HULME, 2009, p. 30-31). Los otros dos objetivos vinculados a la salud son ODM 4, sobre la reducción de la mortalidad infantil y

ODM 5, sobre la salud materna. Además, debe señalarse que el Objetivo 7, sobre la reducción a la mitad la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable, el Objetivo 1 sobre la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, y los Objetivos 2 y 3, sobre educación y empoderamiento de las mujeres, son determinantes sociales para la salud. Está bien documentado que niñas y mujeres educadas brindan a sus niños y a ellas mismas mejores cuidados y nutrición. Apuntalando el paradigma de los ODM está la asociación global para el desarrollo, que facilita el acceso a recursos financieros, el acceso a los mercados y la restructuración de la deuda, así como el acceso a medicinas básicas. Ocho de las 16 metas y 17 de los 60 indicadores están también vinculados a la salud. Recientes evidencias muestran cuán interdependientes son los ODM 4, 5 y 6. Por ejemplo, un aumento en el acceso al tratamiento para el VIH/SIDA se ha vinculado a la reducción de la mortalidad materna (HOGAN et al., 2010) y de la mortalidad infantil (RAJARATMAN et al, 2010).

El avance global del ODM 6 en la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades, muestra que se ha conseguido bastante, pero que aún no es suficiente para revertir la trayectoria de la epidemia del VIH, siendo que de cada dos personas que han comenzado el tratamiento, hay cinco nuevos infectados con VIH (NACIONES UNIDAS, 2010a, p.7). La carga de la tuberculosis continúa siendo alta, pero es aún mayor la preocupación sobre la epidemia emergente de una tuberculosis resistente y altamente resistente a múltiples medicamentos. Y mientras que se ha progresado bastante en la distribución de mosquiteros para camas para reducir la incidencia de malaria (200 millones de los 340 millones de mosquiteros necesarios fueron distribuidos a países de África entre 2004 y 2009), se necesitan aún 140 millones de mosquiteros para tener una cobertura universal (estableciendo una red para cada dos personas) (NACIONES UNIDAS, 2010a, p 8). Una respuesta efectiva para el ODM 6, va mucho más allá que el propio sector de la salud, siendo que la mayoría de las enfermedades se facilitan y exacerban por las condiciones de pobreza, vulnerabilidad, discriminación y marginalización o exclusión social. Por lo tanto, millones de individuos ya enfrentaban desventajas vinculadas a la salud antes de la introducción del virus de VIH debido a su situación económica y social (MANN; TARANTOLA, 1998, p. 7).

La epidemia de VIH/SIDA generalmente afecta a aquellos que están en el mejor período de su vida económicamente productiva y sexualmente reproductiva, y es por eso que la infección se ha sido visto como una amenaza inminente para el desarrollo social y económico, un desafío formidable para la vida humana y para la dignidad y para el disfrute efectivo de los derechos humanos. La Declaración de Compromiso sobre VIH y SIDA de la ONU, firmada por 189 países, establece metas con plazos temporales para la prevención, tratamiento, asistencia y apoyo para VIH/SIDA, así como derechos humanos por los cuales los gobiernos y la ONU deberían responder (NACIONES UNIDAS, 2001). Estas metas fueron entendidas como un apoyo a los ODM, considerando la preocupación de los gobiernos respecto a que la continuación de la expansión de la infección por VIH/SIDA podría constituir un obstáculo serio para cumplir con los Objetivos.

La Declaración de Compromiso establece que para el año 2003 los gobiernos deberían promulgar y hacer entrar en vigor leyes, regulaciones y otras medidas que prohíban la discriminación basada en el VIH/SIDA, y asegurar a las personas que viven

con VIH/SIDA y miembros de grupos vulnerables el disfrute pleno de los derechos humanos, incluyendo el acceso a la educación, la herencia y la asistencia médica. Sin embargo, el Objetivo 6, sus metas e indicadores están establecidos en términos neutrales y no se refieren a los principios de derechos humanos o al marco del derecho a la salud.

No hay indicadores sobre discriminación, participación y equidad, derecho a la información, consentimiento informado para pruebas de diagnóstico y tratamiento o legislación que proteja a las víctimas de posibles violaciones. Aún si las metas e indicadores⁸ para alcanzar el Objetivo 6 fueron revisados en 2008, por la Inter-Agencia y Grupo de Expertos sobre los Indicadores de los ODM, lo único que se incluyó fue la necesidad de alcanzar un acceso universal para el tratamiento de VIH/SIDA para aquellos que lo necesiten para el año 2010. No se han redactado obligaciones concretas, incluyendo cómo los gobiernos deberían abordar la discriminación, la exclusión social, la violencia contra las mujeres, y los derechos sociales y económicos en los indicadores de medición y/o monitoreo.

Las metas e indicadores actuales se formulan en términos de promedios sociales, parten del paradigma tradicional del desarrollo que no tiene nada que ver con el marco de derechos humanos (SARELIN, 2007, p. 465). Aún en lo establecido en el objetivo general, no hay ninguna mención a los sistemas de salud o un llamado basado en los derechos al acceso universal a los servicios de salud y a los medicamentos (SAITH, 2006, p. 1189). Los grupos más vulnerables, económicamente marginalizados, discapacitados mental o físicamente, o grupos vulnerables clave como hombres-que-tienen-sexo-con-hombres (HSH), transgénero, usuarios de drogas inyectables (IDUs por sus siglas en inglés) o trabajadores sexuales no se mencionan como grupos que requieren consideración especial. Tomemos por ejemplo las metas e indicadores para la malaria. La malaria es una enfermedad para la cual hay evidencia de que, en presencia de pobreza, su prevalencia es elevada y su acceso al tratamiento disminuye. Además, se sabe que la malaria puede aumentar la pobreza (BRENTLINGER, 2006, p. 17). Sin embargo, en los ODM no hay indicadores específicos sobre facilitación del tratamiento para los grupos de mayor riesgo. El tratamiento más efectivo basado en una combinación de Artemisinín está fuera del alcance para su uso en países pobres. Los temas que se refieren a la disponibilidad y accesibilidad a medicinas esenciales asequibles, podrían ser tratados bajo el ODM 6, pero como Nelson señala (2007, p. 2049), el proceso regulatorio de la Organización Mundial del Comercio contradice las prescripciones basadas en los derechos humanos para mejorar la salud y el acceso a las medicinas. En la próxima sección se discute sobre cómo una perspectiva basada en los derechos humanos puede explícitamente colaborar con las medidas que los Estados deben tomar para abordar el ODM 6.

3.2 ¿Qué podría aportar una perspectiva desde el derecho a la salud al ODM 6?

Como se dijo anteriormente, el marco de los derechos humanos se basa en los derechos del individuo (sujetos del derecho) frente al Estado (garante, portador de obligaciones). Hay varias medidas que un Estado puede tomar para establecer que los ODM se basen en un marco de derechos. Primero, el Estado debe reconocer que los ODM son objetivos basados en derechos con metas sujetas a obligaciones

del Estado. En la actual reafirmación de los ODM por la Asamblea General de la ONU (septiembre 2010) esto debería ser un objetivo clave. ¿Cómo el lenguaje de los derechos humanos o específicamente el marco del derecho a la salud podría cambiar el ODM 6? En esta conexión, discuto sobre sólo tres conceptos de derechos humanos: no discriminación y equidad; participación y responsabilidad. Existen otros conceptos clave como accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios⁹. Los mismos no serán tomados en consideración.

No discriminación y equidad: El abordaje basado en los derechos del ODM6 debería comenzar con abordar asuntos de discriminación y estigmatización¹⁰. Existe evidencia que sugiere que aquellas personas con VIH enfrentan una discriminación que pone en riesgo la realización de pruebas y la aceptación del tratamiento (HORN, 2010; NACIONES UNIDAS, THE WORLD BANK, 2009). Como es común, aquellos grupos que ya están marginalizados tienden a experimentar una discriminación y estigmatización aún mayor. El Índice de Personas que Viven con Estigma, muestra que las personas que viven con VIH en diversos escenarios afirman ser excluidos de eventos sociales y familiares, que se les niega asistencia médica, asistencia médica sexual y reproductiva, servicios de planificación familiar, además son insultados, amenazados o víctimas de ataques físicos. Muchos informan que sus hijos (que no son necesariamente VIH positivos) han sido forzados a dejar la escuela (ICRW; UNAIDS, 2009). Generalmente estos grupos son marginalizados por su orientación sexual, uso de drogas, trabajo sexual, ser prisionero u otros tipos de características de riesgo que los hace vulnerables. Por ejemplo, la conexión próxima entre TB y VIH, muchas veces referidas como co-epidemias, hace que la persona con VIH progrese de una infección de TB a la muerte más frecuentemente y rápidamente que aquellos que no están infectados (HARRINGTON, 2010), esto hace urgente el abordaje de la discriminación y las prácticas discriminatorias para alcanzar el ODM 6.

Como un primer paso, sería importante desagregar la información por género, minorías, clases sociales, y su situación en el contexto de aquellos que están mas en riesgo frente al VIH, grupos vulnerables clave como hombres-que-tienen-sexo-con-otros-hombres (HSH), transgénero, usuarios de drogas inyectables (IDUs por sus siglas en inglés) o trabajadores sexuales, y otros grupos de riesgo como aquellos con co-infecciones (particularmente tuberculosis). Es importante reunir estos conocimientos para que se puedan desarrollar apropiadamente materiales e información para la capacitación y comunicación destinados la comunidad, los legisladores y políticos. Como segundo paso, debe realizarse un análisis y una revisión de las leyes y legislación actual, para proteger de la discriminación, violencia y demonización y de la falta de un debido proceso, a aquellos que viven con o que tienen riesgo de infectarse con VIH u otras enfermedades infecciosas. Las leyes relativas a VIH o a grupos de riesgo de VIH son altamente punitivas. Un informe que será presentado en la Conferencia Internacional sobre SIDA en Viena menciona que 19 de 48 países de la región de Asia Pacífico criminalizan al sexo entre hombres (APCOM, 2010). De hecho, la aplicación de legislación que protegen a los grupos vulnerables clave generalmente quedan atrás de las políticas nacionales de VIH socavando la efectividad de esos programas. Una de las metas clave de ODM 6

podría incluir una agenda de reforma legal para establecer una mejor protección frente a la discriminación para eliminar leyes, políticas y prácticas punitivas.

Además, mujeres y niñas - como resultado de las dañinas normas de género respecto a expectativas sociales, estereotipos, falta de estatus y poder, falta de recursos – generalmente enfrentan discriminación y políticas discriminatorias que las vuelven más vulnerables frente al VIH. A menudo actitudes estructurales y profundamente enraizadas exponen a mujeres y niñas a un mayor riesgo de violencia, y enfrentan discriminación en el trabajo, en la escuela, en el matrimonio, en la elección reproductiva y en la decisión sexual. A las mujeres que viven con VIH se les aconseja a menudo que eviten el embarazo y son forzadas a terminar con los embarazos o forzadas a la esterilización (ICW, 2009, NACIONES UNIDAS; THE WORLD BANK, 2009, p.16). Además, las trabajadoras sexuales han reportado que al requerir el uso de preservativos enfrentan amenazas crecientes de violencia no sólo de parte sus clientes, sino que han sido violadas por hombres uniformados como la policía local, cuya tarea es protegerlas (HUMAN RIGHTS WATCH, 2003). Por lo tanto, es necesario enfocarse en las mujeres y niñas a la hora de diseñar metas e indicadores.

Las profundas desigualdades de género representan uno de los principales conductores de la epidemia del VIH y contribuyen también a un alto nivel de mortalidad materna, como ha sido señalado por un reciente estudio en *The Lancet* (HOGAN et al., 2010). Abordar la desigualdad de género es una estrategia efectiva para reducir el impacto y transmisión de VIH y mejorar el status de las mujeres. El ODM 5 sobre salud materna puede asociarse con VIH y reforzar mutuamente el beneficio del tratamiento que puede ser visto como una forma de reducir muertes maternas, así como una forma de prolongar la vida y reducir la transmisión. En la arena política, cuantas más mujeres se involucran en el proceso, mayor es el beneficio. Por ejemplo en Ruanda, donde las mujeres ocupan el 56% del parlamento, se ha aprobado una legislación para prevenir la violencia basada en el género, para reconocer el derecho de las mujeres a la herencia y para garantizarle a las mujeres el derecho a trabajar sin la autorización del marido (NACIONES UNIDAS, 2010b, p.15).

Participación: En un marco de derechos, la participación es esencial y necesaria para la expresión de un organismo humano, instrumental para la autodeterminación, y permite a los individuos desafiar la exclusión socio-política, económica y de otra índole particularmente en decisiones y procesos que afectan a la salud (YAMIN, 2009, p. 6). En términos de ODM 6, la participación implicaría no sólo una participación activa de personas viviendo con VIH y comunidades afectadas en el establecimiento de las agendas y en la toma de decisiones sino también desafiar las jerarquías de poder en las comunidades y en las sociedades en general. Sarelín (2007, p. 477) apunta que “el proceso de desafiar y transformar las relaciones de poder y de crear nuevas relaciones es habitualmente descrito como empoderamiento... (que) implica un proceso participativo que compromete a la gente en la reflexión, investigación y acción... (no sólo para) aumentar las oportunidades de la gente, sino un empoderamiento en relación a la posibilidad de reclamar y realizar sus derechos humanos”. La participación de la sociedad civil en la formulación e implementación de las ODM ha sido limitada. En nuestra red sobre preparación para el tratamiento del VIH, la mayoría de los grupos de comunidad no tienen idea de cómo funciona el proceso de los ODM y por qué es

importante. La iniciativa del Desarrollo del Milenio, aún si es muy loable, continua exhibiendo rasgos de un enfoque no participativo para el desarrollo del programa a nivel nacional, en el cual la gente es vista como metas programáticas, y receptores pasivos de ayuda internacional y de los programas nacionales (SAITH, 2006). Se requiere un cambio en la forma de pensar el desarrollo que incluya la participación de individuos y comunidades desfavorecidas, grupos para los cuales estas políticas son formuladas y para los que se prevé como beneficiarios de los programas de desarrollo. En términos del ODM 6, ya existe el Programa Conjunto para Combatir el VIH/SIDA de Naciones Unidas (UNAIDS por sus siglas en inglés), el concepto del Mayor Participación de las Personas que viven con SIDA (GIPA por sus siglas en inglés), que pueden ser traídos para el proceso de formulación e implementación de políticas. Además, el Fondo Global para Combatir el SIDA, TB y Malaria (GFATM por sus siglas en inglés) tiene mecanismos de coordinación a nivel nacional (CCMs) para abordar estas enfermedades y si bien existen delegados de las comunidades para este organismo, podría considerarse sumar representantes del área de derechos humanos y también coordinar sus planes con la estrategia nacional de los ODM.

Rendición de cuentas: Mientras que los principios de empoderamiento y participación han sido parte de la agenda del desarrollo, el valor agregado del enfoque de los derechos humanos es el principio de responsabilidad (*accountability*), que ha estado notablemente ausente. Un marco de derechos enfatiza las obligaciones y requiere que los garantes del derecho respondan por su conducta. Si el sistema no tiene mecanismos de responsabilización se transforma en nada más que una fachada. Al marco de los derechos humanos le ha faltado generalmente obligatoriedad lo que constituye un problema. A nivel nacional, los individuos han utilizado el sistema judicial para conseguir el acceso a asistencia médica o a los medicamentos. En 2004, una persona VIH/SIDA positiva, presentó un recurso de amparo contra el Ministerio de Salud de Perú requiriendo asistencia médica completa, incluyendo el suministro permanente de drogas y el examen médico periódico, así como pruebas de CD4 y de carga viral. El peticionario alegó falta de recursos financieros para afrontar el alto costo del tratamiento. La corte aceptó el pedido de amparo y ordenó a las agencias de gobierno que cumplieran con el Artículo 8 de la Ley 26626 que establece que el Plan para Combatir el SIDA debe tener alta prioridad en el presupuesto. Además, la Corte también señaló a los derechos sociales como verdaderas garantías de protección de los ciudadanos frente al Estado (información sobre este caso junto con otros ejemplos legales sobre VIH/SIDA pueden encontrarse en www.escri-net.org). La Campaña de Acción por el Tratamiento (TAC por sus siglas en inglés) con sede en Sudáfrica presentó un caso contra el Ministro de Salud demandando al gobierno sudafricano por la política de prevención de transmisión de madre a hijo que limita la provisión de una droga, Nevirapine, conocida por prevenir la transmisión, a un pequeño número de lugares piloto. Mientras que la TAC contaba con el litigio, también lanzó una campaña intensa de movilización pública en forma de manifestaciones, vigiliyas y marchas a lo largo del país. Activistas, profesionales de la salud y de los medios se mostraban con el logo de TAC “VIH positivo”, en las camisetas. Cuando el juicio fue transmitido, la gente ya había ganado la demanda a la droga esencial PMTCT (citado en POTTS, 2007, p.31).

Sumado a los mecanismos legales o judiciales para la rendición de cuentas, existen una serie de medidas no judiciales como ombudsman, órganos creados en virtud de tratados, procesos parlamentarios u organismos de control (NACIONES UNIDAS, 2008b, p.15). Además, existe la estrategia tradicional de “denunciar públicamente” las violaciones a los derechos humanos. Se han usado también mecanismos de monitoreo y evaluación para determinar el desempeño del sector de la salud. Aún más, la sociedad civil ha demandado mejores servicios tanto a actores privados como estatales. Potts (2007, p. 4-5) discute los mecanismos de responsabilización para el derecho a la salud, señalando que:

Rendición de cuentas, en el contexto del derecho a la salud es un proceso que le da a los individuos y a las comunidades la oportunidad para saber cómo el gobierno ha cumplido con sus obligaciones en relación al derecho a la salud. Igualmente, le brinda al gobierno la oportunidad de explicar lo que ha hecho y por qué. Donde se hayan cometido errores, “accountability” implica reparación. Es un proceso que ayuda a identificar lo que funciona, para que pueda repetirse y lo que no funciona para que sea revisado.

En el marco de los ODM, los mecanismos de responsabilización son débiles, pero la acumulación de evidencia sobre metas e indicadores en relación a cada objetivo puede ser usada para algo más que para fines de monitoreo (FUKUDAPARR, 2004, p. 394). Los indicadores de las metas pueden ser aplicados para un marco de responsabilización que sujete al garante de derechos, en este caso el Estado y donantes internacionales, quienes son responsables por alcanzar estos objetivos. Lo que queda poco claro es cómo (o a través qué mecanismos) pueden los ciudadanos o comunidades nacionales responsabilizar a un Estado y por extensión a los Estados donantes, por el fracaso en la consecución de las metas de los ODM o por una regresión en los logros obtenidos. Aun más, es necesario determinar cómo los Estados y ciudadanos pueden responsabilizar a actores no estatales bajo este marco. A pesar de las deficiencias, hay formas innovadoras para garantizar algunos niveles de responsabilización. Actualmente, hay más de 60 informes a nivel nacional, basados en los cuales se podría discernir y evaluar qué políticas e instituciones de salud están funcionando y cuáles no y por qué, con el objetivo de mejorar la realización del derecho universal a la salud (NACIONES UNIDAS, 2004, p. 9). El Consejo de Derechos Humanos o los órganos de tratados podrían evaluar estos informes con el criterio de estándares esenciales de respeto de los derechos humanos. Se podría invitar a Relatores Especiales a realizar visitas para monitorear la situación. Adicionalmente, los organismos de vigilancia de VIH/SIDA o los ciudadanos, podrían participar en el monitoreo de los ODM. No obstante esas medidas, el problema de la prestación de cuentas y la necesidad de definir un remedio o reparación efectiva en caso de violación o incapacidad para cumplir las metas del Objetivo 6 permanecerían. La reciente crisis económica global presenta un desafío para el cumplimiento de los ODM, así como ya afecta la ampliación de la prevención y el tratamiento del VIH, ya que comienzan a escasear los donantes (NACIONES UNIDAS, WHO, 2009). UNAIDS indica que los hogares pueden experimentar una mortalidad y morbilidad creciente si los compromisos

prometidos por la comunidad internacional para mantener y aumentar el acceso a los antiretrovirales no son honrados o si los gobiernos reducen sus gastos para VIH/SIDA. Ligeras interrupciones en el acceso al tratamiento o una suspensión en la inclusión de nuevos pacientes de SIDA en el tratamiento tendrán devastadores y costosos efectos que van a resultar en pérdidas innecesarias de vidas y contribuir para la resistencia a los antiretrovirales.

Los últimos dos puntos en esta sección se refieren a la importancia del ODM 8 sobre una asociación global y otros ODM vinculados al ODM 6.

Relación con otros ODM: El ODM 6 se vincula a otros ODM como se ha dicho anteriormente, y es una relación que se refuerza mutuamente con otros ODM de salud. Estudios recientes publicados por *The Lancet* han demostrado una fuerte asociación entre mortalidad materna y VIH, ODM 5 (HOGAN et al., 2010). Aún más, Rajaratman y al. (2010) demuestran una brusca disminución en la mortalidad infantil atribuible a la inmunización, tratamiento con insecticidas, mosquiteros para la malaria, tratamiento de mujeres VIH positivas en la prevención de la transmisión vertical, y la disponibilidad de drogas antiretrovirales. Además, el hambre y la malnutrición incluidos en el Objetivo 1 están fuertemente vinculados al ODM 6, en particular para aquellos que tienen VIH y TB. Aquellos que están enfermos necesitan una mejor nutrición y los impedimentos para acceder a los alimentos afectan su enfermedad. Sarelin (2007) observa la importancia de un marco de derechos en la coyuntura de Malawi, un país con elevados índices endémicos de VIH/SIDA con una prevalencia en los ciudadanos adultos de 15 a 18 %, con 81 % de la población clasificada como agricultores de subsistencia. En ese caso, el gobierno nacional, bajo un marco de derechos humanos, ha tomado medidas para proteger a los más desfavorecidos. Mientras que estos vínculos van apareciendo en la literatura, no se ven reflejados en los ODM, que continúan existiendo con independencia unos de otros en términos de estrategias y políticas.

A pesar de que los ODM relativos a la salud no mencionan específicamente los sistemas de salud, se tornan claras las sinergias entre la respuesta a estos objetivos y los programas y políticas de salud en sentido amplio. En 2009, el Fondo Global solicitó propuestas amplias para el fortalecimiento de los sistemas de salud. Además, los sistemas educativos también necesitan ser fortalecidos, y en particular el ODM 3 sobre el acceso equitativo para mujeres y niñas a la educación, a beneficios económicos, a asuntos de salud reproductiva y sexual. Políticos y planificadores están fracasando a la hora de establecer vínculos entre los 8 ODM poniendo en riesgo su consecución así como la de sus metas e indicadores.

ODM 8: El ODM 8 que llama a una asociación global para el desarrollo suena fuertemente al concepto de derechos humanos de asistencia y cooperación internacional. Mientras que los parámetros para el ODM 8 aún no están claramente diseñados, está claro que este ODM es clave para los pobres en términos de realizar su derecho a la salud. Para el ODM 8, existe una lección a ser aprendida de la respuesta global al VIH que ocasionó las alianzas pioneras en salud, a través de la Declaración de Compromiso de 2001 y llevó al establecimiento de un Fondo Global para Combatir el SIDA, Tuberculosis y Malaria, una fuente innovadora de financiamiento. El Fondo Global apoyado por los países del G8 prometió donar \$10 billones por año pero hasta

ahora sólo ha distribuido \$3 billones al año (GLOBAL FUND, 2010a). En marzo de 2010 el Fondo Global estimó que se necesitaban \$20 millones para tres años (2011-2013) para ayudar a cumplir con los ODM relativos a la salud (GLOBAL FUND, 2010b), pero los donantes están dando marcha atrás para recaudar incluso lo mínimo necesario de \$13 billones para tres años, usando a la crisis económica como una excusa. Sin embargo, el Fondo Global surgió como un canal efectivo para el financiamiento de la asistencia médica y su inversión en esas tres enfermedades específicas y brindó recursos sustantivos para evitar muertes (GLOBAL FUND, 2010c). Otro ejemplo interesante de asociación global es el financiamiento que parte del impuesto internacional de las líneas aéreas destinado a UNITAD, que apoya el tratamiento de VIH para más de 226.000 niños y provee drogas de segunda línea retrovirales para 59.000 pacientes de 25 países (NACIONES UNIDAS, 2010a, p.17)

Los mecanismos de rendición de cuentas en relación al Objetivo 8 son particularmente débiles. Por mucho tiempo no hubo metas ni indicadores, y muy pocos países informaban sobre el ODM 8. Unos pocos Estados desarrollados, incluyendo Holanda, Dinamarca y Suecia, publicaron informes sobre sus avances hacia el Objetivo 8, y aunque los informes particulares son un paso en la dirección correcta no constituyen una forma adecuada de rendición de cuentas. Mientras que la asistencia oficial para el desarrollo aumentó en cerca de 0.30 por ciento del ingreso combinado de países desarrollados, aún está muy por debajo de la meta de la ONU del 0,7 por ciento del Producto Nacional Bruto (HISTORY..., 2002; FUKUDA-PARR, 2006, p. 966). En 2008, los únicos países que alcanzaron las metas de la ONU fueron Dinamarca, Luxemburgo, Holanda, Noruega, y Suecia. Las disposiciones para la rendición de cuentas para todos los ODM y particularmente para ODM 8 son altamente importantes. De otro modo los ODM corren el riesgo de ser clasificados como otro intento frustrado para abordar la pobreza. Desafortunadamente, la forma en que la historia de los ODM se ha venido desarrollando confirma la percepción que existe hace bastante tiempo entre las naciones en desarrollo de que las disposiciones de rendición de cuentas son desbalanceadas y sólo aplicables a ellos, mientras que los países desarrollados pueden escapar a las medidas que los responsabilizan cuando fracasan en cumplir con sus propios compromisos internacionales (NACIONES UNIDAS, 2009c).

3.3 Consideraciones complementarias

Cumplir con las obligaciones esenciales mínimas y no retroceder son otros dos conceptos clave del marco de los derechos humanos. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 3, en relación a la interpretación del artículo 2(1) sobre realización progresiva apunta que hay una obligación mínima para proteger a los más vulnerables en la sociedad, y que hay una obligación adicional que recae sobre los Estados de no retroceder en los progresos que ya han sido alcanzados (NACIONES UNIDAS, 1990). Una de las metas clave del ODM 6 es el “acceso universal” al tratamiento para el VIH. El compromiso sobre el acceso universal fue establecido en la Declaración Política de 2006 y establecía un vínculo de fortalecimiento mutuo con el ODM 6 (NACIONES UNIDAS, 2006a). Por lo tanto,

cualquier desviación de esta meta es una violación que necesita ser inmediatamente tratada por el garante del derecho (es decir Estado o partes involucradas). La jurisprudencia de derechos humanos puede asistir a profesionales y políticos en la planificación y evaluación de iniciativas de los ODM según los estándares de derechos humanos a nivel nacional, a través de comités especiales o tribunales o a través del Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos (CDH), establecido no sólo para medir los progresos sino para brindar soluciones. El CDH podría hasta convocar a una sesión especial en cinco años.

La Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos ha ido más allá en su idea y desarrolló cuatro indicadores explícitamente denominados indicadores de derechos humanos para el ODM 6, para establecer si los países tienen: leyes para proteger contra la discriminación a personas que viven con VIH/SIDA; leyes para proteger contra la discriminación a grupos de personas identificados como “especialmente vulnerables al VIH/SIDA”; políticas para garantizar igual acceso para hombres y mujeres a la prevención y asistencia, con énfasis en los “grupos vulnerables”, y políticas para garantizar que los protocolos de investigación sobre VIH/SIDA sean revisados y aprobados por un comité de ética. Adicionalmente, el género debería ser una prioridad para todo el Objetivo 6, sus metas e indicadores, y los asuntos de discriminación y exclusión particularmente de grupos vulnerables clave deberían ser abordados inmediatamente, garantizando que los indicadores existentes sean sensibles a los derechos. Aunque son amplios en cuanto a su alcance, estos indicadores tienen limitaciones. Por ejemplo, miden si las políticas están o no en su lugar pero no intentan explorar la calidad o grado de implementación.

La pregunta básica permanece: Los países que han formulado los ODM y que se reunirán en septiembre de 2010 en New York en la Cumbre de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹¹ con el objetivo de dirigir estrategias concretas ¿incorporarán a los derechos humanos en su plan de acción para los próximos cinco años?

4 Conclusión

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio implican resultados que son claramente comunicables. Son ideológicamente neutros y orientados por resultados. Establecen una visión estratégica para que las Naciones Unidas aborden la pobreza y ofrecen una oportunidad para realizar las promesas hechas a través de una serie de conferencias mundiales sobre medioambiente, nutrición, mujeres, población y desarrollo social de las últimas décadas. Los ODM también brindan un vehículo para reunir a varias organizaciones de las Naciones Unidas, incluyendo el Banco Mundial bajo un solo slogan, permite a los gobiernos que prioricen las políticas nacionales para el desarrollo protegiendo a los más vulnerables de la sociedad, y brinda medios para canalizar la ayuda internacional para el sector social con una evaluación sobre sus impactos. Mientras esta es una visión favorable de los ODM, con 10 años ya en la agenda, la realidad es contradictoria (NACIONES UNIDAS, 2009a). Aún más, el *Global Monitoring Report* co-publicado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional observa que con la reciente crisis financiera la situación empeorará

para 53 millones más de personas que caerán en la extrema pobreza, sobre todo en el África Sub-Sahariana, un continente que ya está lejos de alcanzar los ODM. Los autores notan que la recesión global combinada con la crisis de alimentos y energética de 2008 tendrá un impacto duradero negativo sobre indicadores clave del desarrollo humano y a menos que se redoblen los esfuerzos internacionales para mitigar los efectos negativos, es probable que muchos países, en particular aquellos con las mayores necesidades, no consigan realizar ningún progreso significativo para alcanzar los ODM (WORLD BANK, 2010).

Ha habido un tímido progreso hacia la consecución del ODM 6, mayormente para tuberculosis y malaria (NACIONES UNIDAS, 2009a, p. 32). Para TB un mejor diagnóstico de la enfermedad ayudó a que las personas inicien el tratamiento tempranamente, pero continúan apareciendo nuevos casos de TB resistentes a la multi-droga lo que coloca un desafío enorme para la co-infección de TB con VIH que desencadena en una muerte temprana.

Para malaria ha habido un buen progreso gracias al incremento del uso de mosquiteros. Los avances en VIH/SIDA han sido insuficientes para alcanzar las metas en todas las regiones. El número de nuevas personas infectadas con VIH alcanzó un pico en 1996 y desde ese momento ha declinado a 2,7 millones en 2007, pero los niveles de infección continúan creciendo en Europa del Este y Asia Central, donde el número de personas viviendo con VIH se ha duplicado desde 2001 a 1.6 millones en seis años (NACIONES UNIDAS, THE WORLD BANK, 2009, p. 48). El continente africano, particularmente, la parte sur de África, continúa siendo la más afectada con un tercio del total de los nuevos infectados por VIH y 38 % de las muertes por SIDA. Las desigualdades de género continúan poniendo a las mujeres en riesgo de infección y muerte. Las mujeres comprenden el 60 % del total de los infectados en el África Sub-Sahariana y más de la mitad de las personas viviendo con VIH en todo el mundo. Los huérfanos por SIDA, específicamente mencionados en la Declaración del Milenio y ni siquiera están incluidos en los ODM, y continúan siendo un enorme desafío para las familias, comunidades y Estados. Muchos niños afectados por SIDA enfrentan la discriminación y muerte prematura impactando sobre los ODM, como el ODM 2 sobre educación y el ODM 4 sobre mortalidad infantil. En el África Sub-Sahariana menos de un tercio de los hombres jóvenes y sólo un quinto de las mujeres jóvenes demuestran un conocimiento comprensivo y correcto del VIH (NACIONES UNIDAS, 2007a, p. 20). El uso de antirretrovirales (ARVs) en los últimos cinco años resultó en una importante disminución del número de muertes por SIDA. A pesar de que un número estimado de 4 millones de personas reciben ARVs, los mismos son necesarios para aproximadamente 10-12 millones (aproximadamente 69% de las personas que necesitan tratamiento no tienen acceso a las drogas necesarias). Un nuevo estudio del Proyecto de Cabildeo y Monitoreo del Tratamiento informa que los fondos de los principales donantes tales como el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del Sida (PEPFAR por sus siglas en inglés) y el Fondo Global están agonizando, lo que resulta en recortes para los fondos nacionales y para los programas de tratamiento y prevención de los países en desarrollo (ITPC, 2000). Una paralización en el combate al SIDA impactará no sólo en el ODM 6 sino en otros ODM relacionados, y también afectará la construcción de sistemas de salud más fuertes.

En *Pathologies of Power*, Farmer argumenta que las flagrantes desigualdades sociales que devastan a comunidades y países crean un padrón de salud enferma y de discapacidad que también limita la capacidad de las personas para participar activamente en la sociedad (FARMER, 2008). La salud no es sólo un reflejo de factores biológicos o comportamentales de la persona, sino también está contextualizada en la sociedad, en las normas prevalecientes y en las relaciones de poder. Enfermedades como VIH/SIDA o TB conllevan unas características adicionales de discriminación y estigmatización tales que los individuos y grupos que son percibidos como enfermos son aún más vulnerables – en otras palabras, tener VIH o TB es en sí un factor importante de vulnerabilidad en la sociedad. Por lo tanto, una respuesta desde los derechos humanos y una inclusión de los mismos en el marco de los ODM no sólo es fundamental sino que es éticamente necesario. Un marco de derechos humanos brinda por un lado un estándar global, a la vez que le da lugar a las particularidades de los Estados a través de la realización progresiva con el máximo disponible de recursos. A su vez, no permite una regresión. Finalmente no deja que los países de altos – o medios – ingresos, estén libres de culpa en relación a su obligación para una asociación global de cooperación. La agenda de los ODM está nuevamente en el centro, y a menos que se tome esta oportunidad para cambiar la dirección de los ODM hacia una aproximación más matizada por los derechos humanos, el mundo continuará su camino de abordar la pobreza en una forma más bien *ad hoc* y sin sustentos morales o normativos.

REFERENCIAS

Bibliografía e otras fuentes

- ALSTON, P. 2005. Ships passing in the night: the current state of human rights and development debate seen through the lens of the millennium development goals. *Human Rights Quarterly*, Maryland, v. 27, n. 3, p. 755-829.
- ASIA-PACIFIC COALITION ON MALE SEXUAL HEALTH (APCOM); UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). 2010. **Legal environments, human rights, and resource concerns among men who have sex with men and transgender people in the Asia-Pacific Region**. Disponible en: <<http://www.msasia.org/>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- BRENTLINGER, P. 2006. Health, human rights, and malaria control: historical background and current challenges. *Health and Human Rights*, v. 9, n. 2, p. 10-38.
- CRAVEN, M. 1995. **The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development**. London: Clarendon Press.
- FARMER, P. 2008. **Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor**. Los Angeles: University of California Press.

- FUKUDA-PARR, S. 2004. Millennium Development Goals: Why They Matter. **Global Governance**, v. 10, n. 4, p. 359-402.
- _____. 2006. Millennium Development Goal 8 for International Human Rights Obligation. **Human Rights Quarterly**, Maryland, v. 28, n. 4, p. 966-997.
- GLOBAL FUND. 2010a. **Elimination of HIV Transmission from Mother to Child by 2015 Within Reach**. Press Release, Mar. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/en/pressreleases/?pr=pr_100308>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2010b. **By 2015 We Can**. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Global_Fund_Achieving_by_2015_en.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2010c. **Progress Report 2010: The Global Fund 2010: Innovation and Impact**. Disponible en: <<http://www.theglobalfund.org/en/publications/progressreports/2010/>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- GRUSKIN, S.; MILLS, E.J.; TARANTOLA, D. 2007. History, principles, and practices of health and human rights. **The Lancet**, v. 370, n. 9583, p. 449-455.
- HARRINGTON, M. 2010. From HIV to Tuberculosis and Back Again: A Tale of Activism in 2 Pandemics. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, suppl. 3, p. 260-266. Supplement article viewpoints.
- HISTORY of the 0.7% ODA Target. 2002. **DAC Journal**, v. 3, n. 4, p. III-9-III-11. Disponible en: <<http://www.oecd.org/dataoecd/16/38/45539274.pdf>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- HOGAN, M.C. et al. 2010. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. **The Lancet**, v. 375, n. 9726, p. 1609-1623.
- HORN, T. 2010. Global Survey: Stigma, Isolation, and Discrimination Still Pervasive. **POZ**, 28 July. Disponible en: <http://www.poz.com/articles/hiv_stigma_discrimination_761_18850.shtml>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- HULME, D. 2009. **The millennium development goals (MDGs): A short history of the world's biggest promise**. Manchester, Brooks World Poverty Institute. Documento de trabajo. Disponible en: <<http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-10009.pdf>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- HUMAN RIGHTS WATCH. 2003. **Ravaging the Vulnerable: Abuses Against, Persons at High Risk of HIV Infection in Bangladesh**. New York, Human Rights Watch, v. 15, n. 6(C), p. 1-51.
- ICRW; UNAIDS. 2009. **HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature**. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- INTERNATIONAL COMMUNITY OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS (ICW). 2009. **The Forced and Coerced Sterilization of Positive Women in Namibia**. Disponible en: <www.icw.org/.../The%20forced%20and%20coerced%20sterilization%20of%20HIV>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- INTERNATIONAL TREATMENT PREPAREDNESS COALITION (ITPC). 2010. Treatment, Monitoring, and Advocacy Project. **Rationing Funds, Risking Lives:**

- World Backtracks on HIV treatment. Disponible en: <http://www.itpcglobal.org/images/stories/doc/ITPC_MTT8_FINAL.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- KINNEY, E.; CLARK, B. 2004. Provisions for health and health care in the constitutions of the countries of the world. **Cornell International Law Journal**, v. 37, p. 283-355.
- MANN, J; TARANTOLA, D. 1998. Responding To HIV/AIDS: A Historical Perspective **Health and Human Rights**, v. 2, n. 4, p. 5-8.
- NACIONES UNIDAS. 1966. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights**, UN Doc. GA Res 2200A (XXI) 16 Dec. 1966. Disponible en: <<http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 1990. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment 3**. The nature of State parties obligations. Fifth Session. Disponible en: <<http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664?OpenDocument>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 1997. **Renewing the United Nations: A Program for Reform**, Report of the Secretary General, UN DOC. A/51/1950.
- _____. 2000a. United Nations Development Programme (UNDP). **Human Development Report 2000: Human Rights and Human Development**. Disponible en: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2000b. **“We the Peoples”**: The Role of the UN in the 21st Century. Millennium Report of the Secretary-General of the United Nations, UN DOC. A/54/2000.
- _____. 2000c. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). **General Comment 14**. The right to the highest attainable standard of health, UN Doc. E/C.12/2000/4. 11 August 2000.
- _____. 2001. United Nations General Assembly Resolution. **Declaration of Commitment on HIV AIDS**, UNGA RES. S-26/L.2. 27 June.
- _____. 2004. **The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health**, Report of the Secretary General, UN DOC. A/49/422. Disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N04/543/38/PDF/N0454338.pdf?OpenElement>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2005. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **The United Nations Human Rights Treaty System: An introduction to the core human rights treaties and the treaty bodies**. Fact Sheet, n. 30, June. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/FactSheets.aspx>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2006a. United Nations General Assembly Resolution. **Political Declaration of on HIV AIDS**, UNGA RES. 60/262. June.
- _____. 2006b. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS); Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights**. Geneva.
- _____. 2007a. **The Millennium Development Goals Report**. Disponible en: <<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>>. Último acceso 18 de mayo de 2010.
- _____. 2007b. United Nations Development Programme (UNDP). **Human rights**

- and the millennium development goals: making the link.** Disponible en: <<http://hurilink.org/Primer-HR-MDGs.pdf>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2008a. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **The Right to Health.** Fact Sheet, n. 31, June. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/EN/PUBLICATIONSRESOURCES/Pages/FactSheets.aspx>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2008b. Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). **Claiming the millennium development goals: a human rights approach.** Geneva, p. 1-52.
- _____. 2009a. **The Millennium Development Goals Report.** New York. Disponible en: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_ENG.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2009b. **The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health,** Report of the Secretary General, UN DOC. A/64/272. Disponible en: <<http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N09/450/87/PDF/N0945087.pdf?OpenElement>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2009c. Second Committee. **Panel discussion on Achieving the MDGs by 2015: Preparing for the 2010 UN MDG Summit.** 12 Oct. 2009. 64th General Assembly. Disponible en: <<http://www.un.org/ga/second/64/mdgs.pdf>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2009d. Human Rights Council. **The protection of human rights in the context of the human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS),** UN DOC. A/HRC/RES/12/27. 22 Oct. 2009. Sesión 20^a.
- _____. 2010a. **Keeping the Promise: A forward-looking review to promote an agreed action agenda to achieve MDGs by 2015.** Report of the Secretary General, UN DOC. A/64/665. Disponible en: <http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/64/665>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2010b. **Progress made in the implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS.** Report of the Secretary-General, UN DOC. A/64/735.
- NACIONES UNIDAS; WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2000. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) **AIDS epidemic update: December 2000.** Geneva. Disponible en: <http://www.aegis.com/files/unaidswaddecember2000_epidemic_report.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- _____. 2009. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **AIDS epidemic update: November 2009.** Geneva. Disponible en: <http://data.unaids.org/80/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- NACIONES UNIDAS; THE WORLD BANK. 2009. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Global Economic Crisis and HIV Prevention Treatment Programmes: vulnerabilities and impact.** Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2010/economiccrisisandhivandaids61_en.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- NELSON, P. J. 2007. Human Rights, the millennium development goals, and the future of development cooperation. **World Development**, v. 35, n. 12, p. 2041-2055.

- NORMAND, R.; ZAIDI, S. 2008. **Human Rights at the UN: The Political History of Universal Justice**. Bloomington: Indiana University Press.
- POTTS, H. 2007. Accountability and the Right to the Highest Standard of Health. University of Essex. Disponible en: <http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/csgr/events/conferences/2007/hiv aids/papers/hrc_accountability_mar08.pdf>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- RAJARATNAM, J.K. et al. 2010. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. **The Lancet**, v. 375, n. 9730, p. 1988-2008, May 24.
- SAITH, A. 2006. From universal values to millennium development goals: lost in translation. **Development and Change**, v. 37, n. 6, p. 1167-1199.
- SARELIN, A.L. 2007. Human rights-based approaches to development cooperation, HIV/AIDS, and food security. **Human Rights Quarterly**, v. 29, p. 460-488.
- SHUE, H. 1980. **Basic Rights: Subsistence, Affluence and U.S. Foreign Policy**. Princeton: Princeton University Press.
- STEINER, H.; ALSTON, P.; GOODMAN, R. 2007. **International Human Rights in Context: Law, Politics, and Morals**. 3. ed. Oxford: Oxford University Press.
- TOEBES, B.C.A. 1999. **The Right to Health as a Human Right in International Law**. Antwerpen: Intersentia-Haart.
- WORLD BANK. 2010. **The MDGs after the Crisis**. Global Monitoring Report 2010. Disponible en: <<http://siteresources.worldbank.org/INTGLOMONREP2010/Resources/6911301-1271698910928/GMR2010WEB.pdf>>. Visitado el: 18 de mayo de 2010.
- YAMIN, A.E. 2009. Suffering and powerlessness: The significance of promoting participation in rights-based approaches to health. **Health and Human Rights**, v. 11, n. 1, p. 5-22.

NOTAS

1. Hulme (2009) discute en detalle en su artículo, la historia de la formulación de los ODM. Observa que las agencias externas para desarrollo de los países ricos querían establecer una lista fidedigna de metas concretas de desarrollo que podría ser usada para reducir la pobreza y demostrar la efectividad de la ayuda externa para los países en desarrollo. Los grandes actores en la conceptualización de los ODM incluían EEUU, GB, Japón, UE, FMI, Banco Mundial y ONU.

2. Busqué a propósito excluir la referencia a derechos culturales, puesto que bajo esta categoría muchos Estados han pedido reservas en relación a algunos derechos expresados en tratados.

3. Actualmente hay nueve tratados, además de los mencionados anteriormente. Existe la Convención

contra la Tortura, Convención internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y sus Familiares, Convención Internacional para la Protección de Todas las Personas contra la Desaparición Forzada, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (el texto de todos los tratados está disponible a través de la oficina de OACDH en <http://www2.ohchr.org/english/law/index.htm>).

4. Se le atribuye el reconocimiento de la salud como un derecho humano al Presidente Franklin D. Roosevelt (EEUU) en sus Cuatro Libertades, que determina que la tercera libertad, la libertad de elección, "asegurará a cada nación una vida saludable y pacífica para sus habitantes" (1941, Discurso de las Cuatro Libertades)"

5. El artículo 25(1) de la UDHR establece 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (UDHR 1948).

6. El artículo 12 del ICESCR establece que: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. El artículo 24 de la CRC establece: 1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. 2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; b) 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 salud; c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. 3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños. 4. Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A

este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

7. Para una referencia completa al trabajo de los dos Relatores Especiales se puede consultar la International Federation of Health and Human Rights Organisations en <<http://www.ifhro.org/main.php?op=text&id=27>>.

8. Los cinco indicadores para VIH/SIDA se centran en: a) Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años, 2) Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo, 3) Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA, 4) Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años, 5) Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales, 6) Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo, 7) Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida, 8) Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo, 9) Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis, 10) Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa. La lista completa revisada está disponible en <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>>

9. Se pueden obtener varios trabajos en la página de la revista Salud y Derechos Humanos disponible en <http://www.hhrjournal.org/index.php/hhr>. Además la Oficina del Alto Comisionado y la Organización Mundial de la Salud publicaron un trabajo sobre el derecho a la salud disponible en: <http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health2.pdf>. La Escuela de Harvard de Salud Pública tiene un manual corto sobre el tema que puede encontrarse en: http://www.hsph.harvard.edu/pihhr/files/homepage/program_resources/VIHHR_nutshell-english.pdf>.

10. El principio de no discriminación, basado en el reconocimiento de la igualdad para todas las personas está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y otros instrumentos de derechos humanos. Estos textos prohíben la discriminación basada en raza, color, sexo, lenguaje, religión, política, de opinión, propiedad, nacionalidad u otro status. En 1996, la Comisión para los Derechos Humanos incluyó VIH/SIDA en la categoría "otro status", y apuntó que la discriminación basada en VIH existente o presunto está prohibida. A pesar de que el término estigma no aparece en ningún tratado internacional, los órganos creados para tratados de derechos humanos de la ONU reconocen el vínculo entre estigma y discriminación en el contexto de VIH.

11. La Cumbre de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre ODM se realizará entre 20 y 22 de Septiembre en la sede de la ONU en NY. Su objetivo principal es acelerar los avances hacia los ODM. Se puede encontrar información sobre la cumbre en: <<http://www.un.org/en/mdg/summit2010/>>.

ABSTRACT

The MDGs are the world's biggest promise on how to reduce global poverty and human deprivation. Formulated as goals to be implemented at national level and based on result-oriented outcomes, they appear devoid of all human rights commitments. This paper explores how MDGs fit into an international law framework, and how MDG 6 on combating HIV/AIDS, malaria, and tuberculosis can be integrated into the right to health. The discussion determines whether the MDG 6 can be re-cast or readjusted to foster real participation, non-discrimination as well as equality, accountability, and access to health. Can the leading proponents from both sides chart a new route that could integrate rights and anti-poverty strategy through the MDGs?

KEYWORDS

Human Rights – Health – MDGs

RESUMO

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são a maior promessa mundial para redução da pobreza global e da privação humana. Formulados como objetivos nacionais e baseados em resultados, os ODM aparentam não incluir qualquer compromisso com os direitos humanos. Este artigo explora como os ODM se encaixam num marco de direito internacional e como o objetivo 6 de combate ao HIV/AIDS, à malária e à tuberculose pode ser integrado no direito à saúde. A discussão determina se o ODM 6 pode ser utilizado ou deve ser reajustado para promover participação real, não discriminação e igualdade, *accountability* e acesso. Poderão os principais proponentes de ambos os lados criar um novo caminho que integre direitos e estratégia de redução da pobreza por meio dos ODM?

PALAVRAS-CHAVE

Direitos humanos – Saúde – ODM