

Mandatos del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

REFERENCIA:
AL VEN 5/2017

16 de agosto de 2017

Excelencia,

Tenemos el honor de dirigirnos a Usted en nuestra calidad de Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, de conformidad con las resoluciones 33/9 y 15/23 del Consejo de Derechos Humanos.

En este contexto, quisiéramos señalar a la atención urgente del Gobierno de Su Excelencia la información que hemos recibido en relación con el **deterioro del sistema de salud en Venezuela, incluyendo la escasez de anticonceptivos, lo que estaría afectando seriamente el disfrute del derecho al más alto nivel de salud física y mental, en especial de mujeres y pueblos indígenas.**

El deterioro de la situación de los servicios de salud ha sido objeto de comunicaciones anteriores enviadas el 20 de julio de 2015 (A/HRC/31/79 caso no. 10/2015), el 4 de febrero de 2016 (A/HRC/32/53 caso no. VEN 1/2016) y el 26 de septiembre de 2016 (A/HRC/34/75 caso no. VEN 11/2016). Lamentamos que no se haya aún proporcionado ninguna respuesta a la comunicación con fecha de 4 de febrero de 2016, y agradecemos las respuestas a las otras dos comunicaciones, la última de las cuales fue enviada el 2 de diciembre de 2016. El Relator Especial toma nota de la política pública que ha venido desarrollando la República Bolivariana de Venezuela para intentar paliar la situación de desabastecimiento del sistema nacional de salud, tales como la creación del SIAMED, el Sistema de Deudas Quirúrgicas, la elaboración del Plan Mensual de Liquidación de Divisas, y ciertos elementos del Plan Nacional de Salud 2014-2019.

Según la información recibida:

El derecho a la salud en Venezuela se encuentra en una situación de progresivo deterioro por falta de presupuesto, infraestructura, bienes e insumos, materiales, así como de personal humano. Esta situación ha tenido un impacto severo y diferenciado sobre mujeres y pueblos indígenas.

Contexto socioeconómico

La pobreza y la pobreza extrema han registrado un aumento en Venezuela. Esto ha afectado de manera desigual a las mujeres: según cifras oficiales, en el año 2013, por cada 100 hombres viviendo en pobreza, habría 107 mujeres, y por cada 100 hombres viviendo en pobreza extrema, habría 112 mujeres.

Asimismo, la reciente crisis alimentaria en Venezuela ha causado extrema escasez a lo largo del país. Las filas de varias horas al día que debe realizar la población para adquirir alimentos básicos están formadas en su mayoría por mujeres.

Escasez de anticonceptivos

Actualmente existe una escasez de anticonceptivos en Venezuela. De acuerdo a la Norma Oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud, la cobertura de acceso a anticonceptivos desde el sector público es de sólo 22,6% (2012), lo cual implica que casi el 77% de mujeres dependen de provisión privada. En 2015, el sector privado sólo pudo proveer el 10% de los anticonceptivos que se consumen en el mercado venezolano. En parte como consecuencia de la escasez de los últimos años, el precio de los preservativos, incluyendo los condones femeninos, se ha visto considerablemente incrementado.

La falta de acceso a anticonceptivos tiene un vínculo directo con el aumento de embarazos y, por ende, en los abortos inseguros asociados a embarazos no deseados, dado que el Código Penal venezolano prohíbe el aborto, excepto para salvar la vida de la mujer (artículos 432-436).

Además de escasez general, hay desigualdad en el acceso a anticonceptivos entre sectores rurales con población mestiza e indígena y zonas urbanas.

Conjuntamente, la escasez de anticonceptivos incide en el aumento de embarazos adolescentes, lo cual contribuye al alza en el número de abortos inseguros y tiene un impacto directo y negativo en la salud y bienestar de las adolescentes. Durante el período de 1999-2014, la tasa de embarazos de adolescentes entre 15 y 19 fue de 101 por cada mil, mientras la tasa promedio de Latinoamérica y El Caribe se estima en 76 embarazos por cada mil.

Escasez de medicamentos, insumos médicos y personal médico

En los centros de salud pública se observan graves condiciones de precariedad. Existen informes que señalan en la mayoría de ellos tasas de un 70% de escasez de insumos básicos; 80% de desabastecimiento en medicinas; y 50% de disminución de personal médico, además de fallas constantes en los suministros de energía eléctrica y agua.

En particular, los centros de atención materno-infantil sufren de hacinamiento, falta de incubadoras, y carencia de insumos médico-quirúrgicos. Se calcula que el 58% de las mujeres embarazadas no recibe atención prenatal. Asimismo, hay graves problemas con la disponibilidad del servicio de partos. En el año 2014, se registró que mujeres en trabajo de parto debían recorrer hasta cinco centros antes de obtener atención médica, por falta de personal y material quirúrgico. En ciertos casos, como en el Hospital Materno-Infantil de San Francisco en el Estado de Zulia, quince mujeres embarazadas fueron dejadas a las puertas del establecimiento sin atención.

Respecto al VIH, hay escasez de fármacos y reactivos para realizar la prueba de detección del VIH. Además, hay poca información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en general. La situación de escasez se agrava aún más en zonas rurales y con mayor población indígena.

Impacto sobre la vida de las mujeres

La escasez de anticonceptivos y otros insumos médicos y la falta de atención médica han causado un aumento en la tasa de mortalidad materna. En el año 2016, el total de muertes maternas anuales fue 756, lo cual representa un incremento del 65% del número de muertes maternas en relación al año 2013, en el cual se registraron 406 muertes.

La tasa de mortalidad materna es aún más alta entre mujeres indígenas, lo cual tiene un vínculo con la mayor escasez de anticonceptivos y otros insumos en zonas rurales e indígenas. Según la información recibida, la tasa de mortalidad materna entre pueblos indígenas del Estado Delta Amacuro se situó en 178,8 por 100.000 nacidos vivos registrados (2011), lo cual se encuentra por encima del promedio nacional de 73,34 por 100.000 nacidos vivos registrados (2012).

Además, la escasez de anticonceptivos, en particular de preservativos, implica un riesgo de contraer VIH/SIDA y cáncer de cuello uterino (altamente asociado al VPH), lo cual causa altos números de muertes femeninas. Asimismo, la falta de medicamentos y servicios limita la capacidad del Estado para tratar y diagnosticar otras enfermedades que afectan a las mujeres, en particular el cáncer de mamas, el cual ocupa el primer lugar de causa de muerte oncológica entre las mujeres.

Respecto al VIH, ha habido un incremento en el total de personas infectadas entre los años 2001 y 2015, de 93.500 a 172.400. La escasez de reactivos para realizar el examen detector del VIH causa que el diagnóstico sea tardío y la escasez de fármacos agrava el riesgo para la salud y la vida. Además, los indicadores básicos de la respuesta nacional al VIH/sida organizados en función de los objetivos de la Declaración Política de 2011 señalan que sólo el 27,55% de las embarazadas seropositivas reciben antiretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil, lo cual ha resultado en que el 21,88% de recién nacidos se hayan infectado con el virus al nacer.

Respecto al cáncer de cuello uterino, según datos oficiales, en el año 2013 se registraron 3.960 casos y 1.623 defunciones de mujeres. Ya que este cáncer se asocia altamente al Virus del Papiloma Humano, el cual se transmite sexualmente, la escasez de anticonceptivos de barrera en el país tiene una incidencia directa sobre el número de cánceres de cuello uterino que afectan a mujeres así como sobre el número de muertes asociadas a esta patología.

Respecto al cáncer de mama, en el año 2013 se registran quince diagnósticos diarios y seis fallecimientos al día. La alta incidencia del cáncer de mama se debe a que el diagnóstico temprano es limitado; hay escasez de medicamentos necesarios para tratarlo; y, cuando sí se obtiene acceso a los fármacos, ellos tienen un alto costo. Según la información recibida, hay casos de mujeres diagnosticadas que deben esperar hasta dos años para hacerse cirugías y de personas que están más de ocho meses sin poder tomar su tratamiento, ya que no se encuentra disponible dentro del país.

El virus Zika

No existen cifras oficiales claras en torno al número exacto de personas afectadas por el virus del Zika, incluyendo mujeres embarazadas. Según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), 59.348 personas fueron afectadas por el virus Zika. Según la información recibida, entre abril y septiembre del 2016, hubo al menos 61 casos confirmados de microcefalia asociados al virus Zika. La escasez de anticonceptivos, en particular anticonceptivos de barrera, incide en el aumento de casos de Zika (supuestamente sexualmente transmisible) y sus consecuencias.

El Estado venezolano no se ha pronunciado oficialmente en torno al virus Zika y las mujeres embarazadas, así como su relación con el desarrollo de microcefalia en fetos, y no hay información sobre si ha ejercido acciones concretas para combatirlo. Asimismo, no existen políticas ni programas de apoyo para madres y familias de niños con microcefalia.

Se expresa grave preocupación por la falta de personal médico, insumos médicos y medicamentos – incluyendo medicamentos para combatir el VIH/SIDA, el cáncer de mama, el cáncer uterino, y el virus Zika – lo cual está afectando seriamente el derecho a

disfrutar del más alto nivel de salud física y mental, poniendo en riesgo un importante sector de la población que se encuentra en situación de vulnerabilidad, particularmente niñas y mujeres en edad reproductiva, así como personas que viven en situación de pobreza y pueblos indígenas.

Preocupa especialmente que el sistema de salud no responda a las necesidades de las mujeres, incluyendo sus derechos sexuales y reproductivos, ni a las causas de la mortalidad materna, muchas de las cuales se consideran evitables y prevenibles. En este sentido, se expresa honda preocupación sobre la crisis de anticonceptivos, lo cual atenta contra el derecho a la autonomía reproductiva de la mujer, al igual que su derecho a la salud y a la vida, dado los efectos que la escasez de anticonceptivos tiene sobre la contracción de VIH/SIDA, cáncer uterino y el virus Zika. Finalmente, se expresa seria preocupación por el impacto severo y diferenciado que tienen las carencias del sistema de salud venezolano sobre los pueblos indígenas.

En relación con las alegaciones arriba mencionadas, sírvase encontrar adjunto el **Anexo de referencias al derecho internacional de los derechos humanos** el cual resume los instrumentos y principios internacionales pertinentes.

Es nuestra responsabilidad, de acuerdo con los mandatos que nos han sido otorgados por el Consejo de Derechos Humanos, intentar clarificar las alegaciones llevadas a nuestra atención. En este sentido, estaríamos muy agradecidos/as de tener su cooperación y sus observaciones sobre los asuntos siguientes:

1. Sírvase proporcionar cualquier información o comentario adicional en relación con las alegaciones mencionadas arriba.
2. Sírvase proporcionar detalles sobre las medidas adoptadas para garantizar el disfrute al derecho al más alto nivel de salud física y mental de todas las personas de acuerdo con las obligaciones internacionales de Venezuela, incluyendo la salud sexual y reproductiva.
3. Sírvase proporcionar información sobre el acceso al diagnóstico del cáncer de mama y de cuello uterino, y señale si se dispone del equipamiento necesario para el mismo. Sírvase proporcionar información sobre la facilitación de medicamentos necesarios para garantizar el tratamiento de cáncer de mama y de cuello uterino.
4. Sírvase proporcionar información sobre la carencia de medicamentos antiretrovirales u otros medicamentos necesarios para tratar y diagnosticar a personas con VIH/SIDA.
5. Sírvase informar si el gobierno de su Excelencia ha desarrollado métodos o políticas públicas para prevenir, tratar y controlar el virus Zika, de acuerdo con las obligaciones internacionales de Venezuela relacionadas al derecho de la salud.

6. Sírvase informar si, en vista de los efectos particularmente negativos del Zika en mujeres embarazadas, el Estado tiene previsto facilitar el acceso a servicios de interrupción del embarazo para aquellas mujeres que han contraído Zika y están embarazadas.
7. Sírvase proporcionar detalles sobre las medidas adoptadas para asegurar la provisión de centros de salud, atención adecuada y medicamentos suficientes, sin discriminación, en regiones prevalentemente indígenas de Venezuela, en particular en los Estados Delta Amacuro y Amazonas, como es requisito de acuerdo a estándares internacionales de derechos humanos. Por favor informe sí se han adoptado medidas para asegurar que los pueblos indígenas en Venezuela puedan disfrutar plenamente del derecho a la salud.

Agradeceríamos recibir una respuesta del Gobierno de Su Excelencia a estas preguntas en un plazo máximo de 60 días. Garantizamos que la respuesta del Gobierno de Su Excelencia será incluida en el informe que presentaremos al Consejo de Derechos Humanos.

A la espera de su respuesta, quisiéramos instar al Gobierno de su Excelencia a que adopte todas las medidas necesarias para garantizar a las mujeres sus derechos al más alto nivel posible de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, así como a la integridad física.

Acepte, Excelencia, la expresión de nuestra más distinguida consideración.

Dainius Pūras

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

Kamala Chandrakirana

Presidenta-Relatora del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica

Anexo

Referencias al derecho internacional de los derechos humanos

Sin pretender prejuzgar la veracidad de estas alegaciones o hacer una conclusión sobre los hechos, nos gustaría llamar la atención del Gobierno de su Excelencia a los estándares y normas internacionales relacionadas al caso.

Derecho a la salud

En primer lugar quisiéramos referirnos al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), accedido por Venezuela el 10 de mayo de 1978, que establece el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto comprende una obligación por todos los Estados Parte a garantizar que se tomen medidas para asegurar que los servicios de salud sean accesibles para todos, sin discriminación (art. 2).

Quisiéramos señalar también la Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que indica que cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas (parra. 12(a)). Dichos servicios deben incluir los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (parra.12 (a)). Además, el Comité indica que estos establecimientos, bienes y servicios de salud ofrecidos deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. (parra. 12(d)). Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, en acorde con la especialidad tratada, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados. (parra.12 (d)). Así mismo, el Comité establece que, al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar, proteger y cumplir* (párr. 33). A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover (párr. 33).

Además, en el marco del derecho a la salud, los Estados tienen la obligación inmediata de adoptar medidas jurídicas y administrativas necesarias para garantizar que el acceso a los medicamentos esenciales para la población está garantizado por todos los medios disponibles. (A/HRC/23/42, párr. 11).

En cuanto a la escasez de anticonceptivos y los abortos inseguros, quisiéramos señalar la Observación General número 22 (2016) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), el cual afirma que el derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud consagrado en el artículo 12 del PIDESC. En este contexto, el Comité afirma que se debe disponer de un amplia gama de métodos anticonceptivos y medicamentos para la asistencia en casos de aborto y después de aborto (párr. 13). Además, el Comité insta a que los Estados adopten medidas legales para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces; provean una educación integral sobre la sexualidad, en particular para

los adolescentes; liberalicen las leyes restrictivas del aborto; y garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva (párr. 28).

En cuanto a la población con VIH u otras enfermedades, quisiéramos recordar Excelencia que la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas y la lucha contra ellas exigen que se establezcan programas de prevención y educación, en particular para el VIH/SIDA. De acuerdo a la Observación General número 22 (2016) del CESCR, los Estados deben tener como objetivo asegurar el acceso universal sin discriminación a todas las personas, entre ellas las que pertenezcan a grupos desfavorecidos y marginados, a toda una serie de servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de buena calidad, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular con medicamentos genéricos (párr. 45). Asimismo el derecho al tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud (Observación General No. 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr.16).

La mujer y el derecho a la salud

Quisiéramos llamar la atención del Gobierno de su Excelencia a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), accedida por Venezuela el 2 de mayo de 1983, cuyo artículo 2 condena todas las formas de discriminación contra la mujer. Asimismo, quisiéramos referirnos al artículo 12, que se refiere a las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la salud, incluyendo los servicios relacionados a la planificación familiar, y al artículo 16 (1), que se refiere a los derechos de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

En ese sentido, también quisiéramos referirnos a la Recomendación General No. 24 del Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que afirma que la negativa de un Estado Parte a prever determinados servicios de salud reproductiva a la mujer resulta discriminatoria (párr. 11).

Quisiéramos llamar además la atención del Gobierno de su Excelencia a la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual sostuvo que la disposición para la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños se puede entender en el sentido que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales, incluyendo el acceso a la planificación de la familia (párr. 14)

El Comité destacó, además, la situación de las mujeres y el derecho a la salud, y señaló que es preciso elaborar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho de la mujer a lo largo de su vida para poder suprimir la discriminación contra la mujer. En este sentido, se subrayó la necesidad de proporcionar a la mujer acceso a servicios en materia sexual y reproductiva. Finalmente, el Comité enfatizó la importancia de adoptar como objetivo la reducción de los riesgos que afectan la salud de la mujer, en particular la reducción de tasas de mortalidad materna (parr. 21).

También quisiéramos referirnos a la declaración conjunta con la Comisión Interamericana de Derechos Humanos realizada en el marco de la cumbre que lanzó oficialmente la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual alentamos a los Estados, en la implementación de la Agenda, a garantizar el pleno respeto, protección y cumplimiento de los derechos de las mujeres a la salud sexual y reproductiva. Instamos a los Estados a: considerar con diligencia el impacto discriminatorio y efectos sobre la salud de las leyes que penalizan el aborto en todas circunstancias, eliminar medidas punitivas para las mujeres que interrumpen su embarazo y como mínimo, legalizar el aborto en casos de abuso sexual, violación, incesto y cuando el embarazo pone en peligro la salud mental y física de la mujer o la vida de la mujer. Por otra parte, las niñas y mujeres siempre deben tener acceso a una atención médica post-aborto segura y de calidad (ver <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=E>)

Finalmente, quisiéramos recalcar las observaciones del Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica con respecto a la salud y la integridad (A/HRC/32/44). En él, el Grupo de Trabajo estableció la importancia de asegurar a las mujeres un acceso autónomo, asequible y efectivo a la asistencia sanitaria, lo cual es necesario para garantizar el derecho a la mujer a tomar decisiones relacionadas a la salud, sexualidad y fecundidad sin sufrir coacción ni violencia. En este sentido, el Grupo de Trabajo recalcó que cuando los servicios de salud que solamente necesitan las mujeres no tienen un precio asequible, las mujeres económicamente desfavorecidas que carecen de recursos se ven desproporcionadamente afectadas por las barreras que impone la carestía de los servicios (párr. 87). El Informe insta a los Estados a que velen por que toda asistencia sanitaria sea asequible y para eliminar las restricciones legales que en la práctica discriminan contra las mujeres en situación de desventaja económica (párr. 88).

Pueblos indígenas y el derecho a la salud

Quisiéramos llamar la atención del Gobierno de su Excelencia a la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, adoptada por la Asamblea General el 13 de septiembre del 2007, la cual afirma que los indígenas tienen derecho al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidas en las normas internacionales de derechos humanos (art. 1), lo cual incluye el derecho a la salud consagrado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Asimismo, la Declaración establece que los pueblos e

individuos indígenas tienen derecho a no ser objeto de ningún tipo de discriminación (art. 2).

En este contexto, quisiéramos referirnos al párrafo 14 de la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual sostuvo que los pueblos indígenas tienen derechos a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud. Además, el Comité destacó que estos servicios deben ser apropiados desde un punto de vista cultural y que los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de manera que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.

Asimismo, un Estudio elaborado por el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas sobre el derecho a la salud y los pueblos indígenas estableció que el Estado tiene la responsabilidad de obligar, respetar, proteger y cumplir el derecho de los pueblos indígenas a lograr el nivel más alto posible de salud (A/HRC/33/57, párr. 22). En este sentido, los Expertos afirmaron que los Estados deben adoptar medidas para garantizar el acceso “en igualdad de condiciones” a centros de atención de salud para los pueblos indígenas, así como proteger a los pueblos indígenas contra actos de discriminación perpetrados por proveedores de servicios de atención de la salud (párr. 32).

El Estudio reconoció también el nexo entre mujeres e indígenas, ya que las mujeres indígenas tienden a encontrar dificultades en lo referente al disfrute de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos (párr. 61). En este sentido los Expertos afirmaron que la falta de servicios de atención de la salud disponibles, accesibles y aceptables, contribuyen al nivel desproporcionadamente alto de mortalidad materna, embarazos en la adolescencia e infecciones de transmisión sexual de las mujeres indígenas y a sus bajas tasas de utilización de anticonceptivos, ya que suelen quedar excluidas de los servicios de salud reproductiva (Id.). Los Expertos instaron a los Estados a que adopten medidas para asegurar que las mujeres indígenas gocen de protección plena contra todo tipo de discriminación (párr. 63).

Pobreza y alimentación

El artículo 11.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) reconoce el derecho a la alimentación, y obliga a los Estados Partes a tomar las medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, inclusive la adaptación de medidas legislativas y de otra índole hasta el máximo de los recursos que se dispongan, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido el contenido básico del derecho a la alimentación en su Observación General N° 12 (OG 12), junto con las correspondientes obligaciones de los Estados de respetar, proteger y garantizar el derecho a la alimentación. El Comité afirma que los grupos especialmente desfavorecidos pueden necesitar atención especial y, a veces, conceder prioridad con

respecto a la accesibilidad de los alimentos (párr. 13). El Comité reconoce que son especialmente vulnerables muchos grupos de pueblos indígenas (párr. 13).