



OFICINA DEL ALTO
COMISIONADO
DE LAS NACIONES
UNIDAS PARA
LOS DERECHOS
HUMANOS



Organización
Mundial de la Salud

El derecho a la salud



NACIONES UNIDAS

Derechos humanos

Folleto informativo N.º

31



**Office de las Naciones Unidas
Alto Comisionado
para los Derechos Humanos**



**Organización
Mundial de la Salud**

El derecho a la salud

Folleto informativo N° 31

NOTA

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no entrañan, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas o de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites.

*
* *
*

La información contenida en la presente publicación podrá citarse libremente siempre que se mencione la procedencia y se envíe un ejemplar de la publicación que contenga la cita reimpressa a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Palais des Nations 8-14 avenue de la Paix, CH-1211 Ginebra 10 Suiza, y a WHO Press, Organización Mundial de la Salud, 20 avenue Appia, CH 1211, Ginebra 27, Suiza.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
SIGLAS	v
INTRODUCCIÓN	1
I. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD?.....	3
A. Aspectos fundamentales del derecho a la salud	3
B. Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud.....	6
C. El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos	7
D. ¿Cómo se aplica el principio de no discriminación al derecho a la salud?	9
E. El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos	12
II. ¿CÓMO SE APLICA EL DERECHO A LA SALUD A DETERMINADOS GRUPOS?	16
A. Mujeres.....	17
B. Niños y adolescentes	20
C. Personas con discapacidad	23
D. Migrantes.....	27
E. Personas que viven con el VIH/SIDA	30
III. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y RESPONSABILIDADES DE OTRAS PARTES CON RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD	33
A. Obligaciones generales.....	33
B. Tres tipos de obligaciones.....	37

ÍNDICE

	<i>Página</i>
III. (continuación)	
C. ¿Incumben responsabilidades también a otras partes?.....	41
IV. SEGUIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD Y RESPONSABILIZACIÓN DE LOS ESTADOS	45
A. Rendición de cuentas y vigilancia el plano nacional	46
B. Rendición de cuentas en el plano regional	52
C. Seguimiento internacional.....	53
<i>Anexo.</i> Algunos instrumentos internacionales y otros documentos relacionados con el derecho a la salud.....	58

SIGLAS

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
INDH	Institución nacional de derechos humanos
ACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OMS	Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

Como seres humanos, nuestra salud y la de quienes están a nuestro cuidado es motivo de preocupación cotidiana. Independientemente de nuestra edad, género, condición socioeconómica u origen étnico, consideramos que la salud es el bien más básico y precioso que poseemos. Por otra parte, la mala salud puede impedirnos asistir a la escuela o ir a trabajar, cumplir con nuestras responsabilidades familiares o participar plenamente en las actividades de nuestra comunidad. Por la misma razón, estamos dispuestos a hacer muchos sacrificios si ello nos garantiza a nosotros y a nuestras familias una vida más larga y más sana. En pocas palabras, cuando hablamos de bienestar, a menudo estamos pensando en la salud.

El derecho a la salud es parte fundamental de los derechos humanos y de lo que entendemos por una vida digna. El derecho a *disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental*, por decirlo con todas las palabras, no es nuevo. En el plano internacional, se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades". También se afirma que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social".

En la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 1948, también se menciona la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (art. 25). El derecho a la salud también fue reconocido como derecho humano en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

Desde entonces, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos del mismo, por ejemplo el derecho a la atención médica, en otros tratados internacionales de derechos humanos. El derecho a la salud es importante para todos los Estados:

todo Estado ha ratificado por lo menos un tratado en el que se reconoce ese derecho. Además, los Estados se han comprometido a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

En los últimos años, se ha prestado cada vez más atención al derecho al nivel más alto posible de salud, por ejemplo en el ámbito de los órganos que supervisan la aplicación de los tratados de derechos humanos, la OMS y la Comisión de Derechos Humanos (actualmente sustituida por el Consejo de Derechos Humanos), que en 2002 creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Estas iniciativas han contribuido a esclarecer la naturaleza del derecho a la salud y cómo realizarlo.

El presente Folleto informativo tiene por objeto arrojar luz sobre el lugar que ocupa actualmente el derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos, teniendo en cuenta la gran cantidad de iniciativas y propuestas respecto de lo que el derecho a la salud *puede o debe ser*. Por consiguiente, no se pretende ofrecer una lista exhaustiva de las cuestiones pertinentes ni de las normas específicas relacionadas con él.

Se empieza explicando lo que es el derecho a la salud y exponiendo sus repercusiones en determinadas personas y grupos, y a continuación se señalan las obligaciones de los Estados para con este derecho. Por último, se ofrece una panorámica general de los mecanismos de seguimiento y de rendición de cuentas nacionales, regionales e internacionales.

I. ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA SALUD?

A. Aspectos fundamentales del derecho a la salud¹

- **El derecho a la salud es un derecho inclusivo.** Frecuentemente asociamos el derecho a la salud con el acceso a la atención sanitaria y la construcción de hospitales. Es cierto, pero el derecho a la salud es algo más. Comprende un amplio conjunto de factores que pueden contribuir a una vida sana. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que es el órgano encargado de llevar a cabo un seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales², los denomina "factores determinantes básicos de la salud". Son los siguientes:
 - Agua potable y condiciones sanitarias adecuadas;
 - Alimentos aptos para el consumo;
 - Nutrición y vivienda adecuadas;
 - Condiciones de trabajo y un medio ambiente salubres;
 - Educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
 - Igualdad de género.

¹ Muchas de estas y otras importantes características del derecho a la salud se clarifican en la Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho a la salud, aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

² El Pacto fue aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor en 1976, y el 1° de diciembre de 2007 había sido ratificado por 157 Estados.

- **El derecho a la salud comprende algunas libertades.** Tales *libertades* incluyen el derecho a no ser sometido a tratamiento médico sin el propio consentimiento, por ejemplo experimentos e investigaciones médicas o esterilización forzada, y a no ser sometido a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
- **El derecho a la salud comprende algunos derechos.** Esos *derechos* incluyen los siguientes:
 - El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud;
 - El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas;
 - El acceso a medicamentos esenciales;
 - La salud materna, infantil y reproductiva;
 - El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos;
 - El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud;
 - La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional.
- **Deben facilitarse servicios, bienes e instalaciones de salud a todos sin discriminación.** La no discriminación es un principio fundamental de los derechos humanos y es decisiva para el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud (véase la sección sobre la no discriminación *infra*).

-
- **Todos los servicios, bienes e instalaciones deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad:**
 - Cada Estado debe tener *disponibles* un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud y centros de atención de la salud públicos.
 - Deben ser físicamente *accesibles* (deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los niños, los adolescentes, las personas de edad, las personas con discapacidad y otros grupos vulnerables), y también desde el punto de vista económico, sin discriminación alguna. La *accesibilidad* también comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información relacionada con la salud en forma accesible (para todos, incluidas las personas con discapacidad), pero sin menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
 - Los establecimientos, bienes y servicios de salud también deben comportar respeto hacia la ética médica y sensibilidad para con los requisitos de género y ser culturalmente apropiados. En otras palabras, deben ser *aceptables* desde el punto de vista médico y cultural.
 - Por último, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y *de buena calidad*. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas.

B. Falsas ideas muy comunes acerca del derecho a la salud

- **El derecho a la salud NO es lo mismo que el *derecho a estar sano*.** Un error muy común es creer que el Estado debe garantizarnos buena salud. Sin embargo, la buena salud depende de varios factores que quedan fuera del control directo de los Estados, por ejemplo la estructura biológica y la situación socioeconómica de las personas. El derecho a la salud hace más bien referencia al derecho a disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios para su realización. Por ello, describirlo como el derecho al *nivel más alto posible* de salud física y mental es más exacto que como un derecho incondicional a estar sano.
- **El derecho a la salud NO es sólo un *objetivo programático a largo plazo*.** El hecho de que la salud deba ser un objetivo programático tangible no significa que no se deriven de él obligaciones inmediatas para los Estados. En efecto, éstos deben hacer todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para hacer efectivo el derecho a la salud, y adoptar medidas en ese sentido sin demora. A pesar de las limitaciones de recursos, algunas obligaciones tienen un efecto inmediato, por ejemplo garantizar el derecho a la salud sin discriminación alguna y elaborar leyes y planes de acción específicos u otras medidas análogas a efectos de la plena realización de este derecho, como con cualquier otro derecho humano. Los Estados también deben garantizar un nivel mínimo de acceso a los componentes materiales esenciales del derecho a la salud, por ejemplo el suministro de medicamentos esenciales y la prestación de servicios de salud materno-infantil. (El capítulo III contiene información más detallada al respecto.)

- **Las dificultades económicas de un país NO le eximen de la obligación de adoptar medidas que garanticen el disfrute del derecho a la salud.** A menudo se afirma que, cuando no pueden permitírselo, los Estados no están obligados a adoptar medidas para garantizar el disfrute de este derecho, o pueden demorar indefinidamente el cumplimiento de sus obligaciones. Cuando se examina el disfrute efectivo de ese derecho en un Estado determinado siempre se tienen en cuenta la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo. Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones por falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos sean escasos. Es cierto que las medidas pueden depender del contexto específico, pero todos los Estados deben procurar cumplir sus obligaciones de respeto, protección y realización (para más información, véase pág. ...).

C. El vínculo entre el derecho a la salud y otros derechos humanos

Los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y están relacionados entre sí³, lo cual significa que el no reconocimiento del derecho a la salud a menudo puede obstaculizar el ejercicio de otros derechos humanos, por ejemplo el derecho a la educación o al trabajo, y viceversa.

La importancia que se concede a los "factores determinantes básicos de la salud", es decir, los factores y condiciones que contribuyen a la protección y promoción del derecho a la salud, aparte de los servicios, los bienes y los establecimientos de salud, demuestra

³ Véase Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.

que este derecho depende del ejercicio de muchos otros derechos humanos y contribuye a ello. Cabe mencionar al respecto el derecho a los alimentos, al agua, a un nivel de vida adecuado, a una vivienda adecuada, a no ser objeto de discriminación, a la intimidad, de acceso a la información, a la participación y a beneficiarse de los avances científicos y sus aplicaciones.

Vínculos entre el derecho a la salud y el derecho al agua

La mala salud se asocia con la ingestión de agua no potable o el contacto con ella, la falta de agua limpia (lo que está relacionado con una higiene inadecuada), la falta de servicios de saneamiento, y una mala gestión de los recursos y los sistemas hídricos, en particular en la agricultura. La mayoría de las enfermedades diarreicas que se registran en el mundo pueden atribuirse al agua insalubre y a un saneamiento e higiene inadecuados. En 2002, enfermedades diarreicas atribuibles a esos tres factores fueron la causa del 2,7%, aproximadamente, de las muertes en todo el mundo (1,5 millones)⁴.

Es fácil advertir la interdependencia de los derechos en el contexto de la pobreza. La salud puede ser para las personas que viven en condiciones de pobreza el único activo del que disponen para ejercer otros derechos económicos y sociales, como el derecho al trabajo o el derecho a la educación. La salud física y mental permite a los adultos trabajar y a los niños aprender, mientras que la mala salud es un lastre para los propios individuos y para quienes deben cuidar de ellos. Ahora bien, el derecho a la salud no puede realizarse si la persona no disfruta de sus otros derechos, cuya conculcación es la causa básica de la pobreza, por ejemplo los derechos al trabajo, a la alimentación, a la vivienda y a la educación, y el principio de no discriminación.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Water, sanitation and hygiene: Quantifying the health impact at nacional and local levels in countries with incomplete water supply and sanitation coverage*, Environmental Burden of Disease Series, N° 15 (Ginebra, 2007).

D. ¿Cómo se aplica el principio de no discriminación al derecho a la salud?

La discriminación es cualquier distinción, exclusión o restricción, hecha por diversas causas, que tiene el efecto o el propósito de dificultar o impedir el reconocimiento, disfrute o ejercicio de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Está relacionada con la marginación de determinados grupos de población y por lo general es la causa básica de las desigualdades estructurales fundamentales existentes en la sociedad. A su vez, esa situación hace a esos grupos más vulnerables a la pobreza y la mala salud. No debe sorprender que los grupos tradicionalmente discriminados y marginados a menudo padezcan un número desproporcionado de problemas de salud. Por ejemplo, algunos estudios han demostrado que, en algunas sociedades, las minorías étnicas y los pueblos indígenas tienen acceso a un menor número de servicios de salud, reciben menos información sanitaria y es menos probable que dispongan de una vivienda adecuada y de agua potable, y sus hijos registran una tasa de mortalidad más elevada y padecen malnutrición más grave que la población en general.

Los efectos de la discriminación se agravan cuando una persona sufre una discriminación doble o múltiple, por ejemplo la basada en el sexo y la raza o en el origen nacional o la edad. En muchos lugares, por ejemplo, las mujeres indígenas reciben menos servicios e información sanitarios y de salud reproductiva y están más expuestas a la violencia física y sexual que la población en general.

La no discriminación y la igualdad son principios fundamentales de los derechos humanos y elementos decisivos del derecho a la salud. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (párrafo 2 del artículo 2) y la Convención sobre los Derechos del Niño (párrafo 1 del artículo 2) se enuncian los siguientes motivos no exhaustivos de discriminación: raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, discapacidad, nacimiento o cualquier otra

condición social. De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "otra índole" puede incluir el estado de salud (por ejemplo VIH/SIDA) o la orientación sexual. Los Estados tienen la obligación de prohibir y eliminar la discriminación en todas sus formas y garantizar a todos el acceso a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud en condiciones de igualdad. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5) también proclama que los Estados deben prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar el derecho de toda persona a la salud pública y la asistencia médica.

La no discriminación y la igualdad también significan que los Estados deben reconocer las diferencias y satisfacer las necesidades específicas de los grupos que generalmente afrontan dificultades especiales en el sector de la salud, por ejemplo tasas de mortalidad más altas o una mayor vulnerabilidad a ciertas enfermedades. La obligación de garantizar la no discriminación requiere la aplicación de normas de salud específicas a determinados grupos de población, como mujeres, niños o personas con discapacidad (véase cap. II). La adopción de medidas positivas de protección son especialmente necesarias cuando determinados grupos de personas han sido permanentemente discriminados por los Estados partes o por los agentes privados.

Con arreglo a los mismos criterios, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha establecido claramente que es injustificable la falta de protección legal o de hecho de los miembros vulnerables de la sociedad contra la discriminación en el sector de la salud. Incluso en situaciones de limitación grave de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad, por ejemplo mediante la aprobación de programas especiales de costo relativamente bajo⁵.

⁵ Observación general N° 14, párr. 18.

Enfermedades desatendidas: una cuestión relacionada con el derecho a la salud que tiene muchas facetas

Son enfermedades desatendidas las que crean graves discapacidad o representan un grave peligro para la vida y para las que las opciones de tratamiento son inadecuadas o inexistentes, a saber: la leishmaniasis (*kala-azar*), la oncocercosis (ceguera de los ríos), la enfermedad de Chagas, la lepra, la esquistosomiasis (biliarciasis), la filariasis linfática, la tripanosomiasis africana (enfermedad del sueño) y la fiebre dengue. El paludismo y la tuberculosis también se consideran a menudo enfermedades desatendidas⁶.

Existen claros vínculos entre las enfermedades desatendidas y los derechos humanos:

- Estas enfermedades afectan casi exclusivamente a la población pobre y marginal de los países de bajos ingresos, las zonas rurales y ambientes en los que está muy extendida la pobreza. Por tanto, es fundamental garantizar los **factores determinantes básicos del derecho a la salud** para reducir la incidencia de las enfermedades desatendidas.
- **La discriminación** es tanto una causa como una consecuencia de estas enfermedades. Por ejemplo, la discriminación puede impedir que las personas que las padecen busquen en primer lugar ayuda y tratamiento.
- Frecuentemente no se dispone de **medicamentos esenciales** contra ellas o son insuficientes. (Cuando se dispone de ellos, pueden ser tóxicos.)

⁶ Sin embargo, se registra en países tanto ricos como de bajos ingresos, y la atención internacional y las opciones de tratamiento han aumentado de manera espectacular en los últimos años (véase, por ejemplo, la iniciativa "Hacer retroceder el paludismo", <http://www.rbm.who.int>).

- Las **intervenciones sanitarias y la investigación y desarrollo** han sido durante mucho tiempo insuficientes y se ha dispuesto de escasos financieros para ellas (aunque la situación ha cambiado en los últimos años, ya que se está ejecutando un mayor número de proyectos de desarrollo de medicamento)⁷. Incumbe a los Estados la obligación de promover el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas y técnicas de diagnóstico mediante investigación y desarrollo y la cooperación internacional.

E. El derecho a la salud en las normas internacionales de derechos humanos

El derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud es un derecho humano reconocido por el derecho internacional relativo a los derechos humanos. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en general se considera el instrumento fundamental para la protección del derecho a la salud, se reconoce "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Es importante observar que en el Pacto se otorga a la salud mental, que a menudo ha sido desatendida, la misma consideración que a la salud física.

Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12

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:

⁷ Mary Moran y otros, *The new landscape of neglected disease drug development* (London School of Economics and Political Science y The Wellcome Trust, 2005).

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.

Ulteriores instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos reconocen el derecho a la salud de diversas maneras. Algunos son de aplicación general, mientras que otros se refieren a los derechos humanos de grupos determinados, por ejemplo las mujeres o los niños.

Tratados internacionales de derechos humanos en los que se reconoce el derecho a la salud

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 1965: art. 5 e) iv)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966: art. 12
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979: arts. 11 1) f), 12 y 14 2) b)
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989: art. 24
- Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, 1990: arts. 28, 43 e) y 45 c)
- Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, 2006: art. 25.

Además, los órganos creados en virtud de tratados que realizan un seguimiento de la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los Derechos del Niño han formulado observaciones o recomendaciones generales sobre el derecho a la salud y las cuestiones relacionadas con ella, que constituyen una interpretación autorizada y detallada de las disposiciones contenidas en los tratados⁸. Muchas conferencias y declaraciones, por ejemplo la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (en la que se aprobó la Declaración de Alma-Ata)⁹, la Declaración del Milenio y los objetivos de desarrollo del milenio¹⁰ y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA¹¹, también han contribuido a esclarecer diversos aspectos de la salud pública relacionados con el derecho a la salud y a reafirmar los compromisos para con su realización.

Declaración de Alma-Ata, 1978

En la Declaración se afirma la función decisiva de la atención primaria de salud, que se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas (art. VII). En ella se subraya que el acceso a la atención primaria de salud es la clave para alcanzar un nivel de salud que permita a todas las personas llevar una vida social y económicamente productiva (art. V) y contribuir al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁸ Para más información sobre los órganos creados en virtud de tratados, véase el Folleto informativo N° 30.

⁹ Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre de 1978.

¹⁰ Véase <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

¹¹ Resolución S-26/2 de la Asamblea General, de 27 de julio de 2001.

El derecho a la salud también se reconoce en varios instrumentos regionales, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en la esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador (1988), y la Carta Social Europea (1961, revisada en 1996). La Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969) y la Convención Europea de Salvaguardia de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (1950) contienen disposiciones relacionadas con la salud, como el derecho a la vida, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, y el derecho a la familia y la vida privada.

Por último, el derecho a la salud o el derecho a la atención médica está reconocido por lo menos en 115 constituciones. Otras seis, por lo menos, imponen deberes con respecto a la salud, por ejemplo el deber del Estado de desarrollar los servicios de salud o de asignarles un presupuesto concreto.

El derecho a la salud y los deberes para con la salud en determinadas constituciones nacionales

Constitución de Sudáfrica (1996):

Capítulo II, art. 27: Atención sanitaria, alimentos, agua y seguridad social.

"1) Todas las personas tienen derecho a:

a) Servicios de salud, incluida la salud reproductiva;

b) Alimentos y agua suficientes; [...]

2) El Estado debe adoptar medidas legislativas y de otra índole razonables, dentro de los límites de los recursos disponibles, para lograr la progresiva realización de cada uno de estos derechos.

3) No se podrá denegar a nadie un tratamiento médico de urgencia."

Constitución de la India (1950):

Parte IV, art. 47: Articula el deber del Estado de elevar el nivel de nutrición y el nivel de vida y mejorar la salud pública: "El Estado considerará la elevación del nivel de nutrición y el nivel de vida de su población y la mejora de la salud pública una de sus obligaciones primordiales..."

Constitución del Ecuador (1998):

Sección IV: Derechos económicos, sociales y culturales, art. 42: "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia".

II. ¿CÓMO SE APLICA EL DERECHO A LA SALUD A DETERMINADOS GRUPOS?

Algunos grupos o personas, por ejemplo los niños, las mujeres, las personas con discapacidad o las personas que viven con el VIH/SIDA, afrontan obstáculos especiales en relación con el derecho a la salud, que pueden ser consecuencia de factores biológicos o socioeconómicos, de discriminación y estigma social o, por lo general, de una combinación de ambos. Para considerar la salud un derecho humano es preciso prestar una atención específica a las distintas personas y grupos de personas de la sociedad, en particular los que viven en situaciones vulnerables. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas positivas para que personas y grupos determinados no sean discriminados. Por ejemplo, deben desglosar su legislación y sus políticas en el sector de la salud y adaptarlas a los más necesitados de asistencia en vez de aprobar

pasivamente leyes y políticas aparentemente neutrales que benefician sobre todo a los grupos de la mayoría.

Para ilustrar lo que significan en la práctica las normas relativas al derecho a la salud, esta sección se concentra en los grupos siguientes: mujeres, niños y adolescentes, personas con discapacidad, migrantes y personas que viven con el VIH/SIDA.

A. Mujeres

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párrafo 2 del artículo 10

Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.

Las mujeres comparten con los hombres muchos problemas de salud, pero las afectan de manera diferente. La prevalencia de la pobreza y la dependencia económica entre ellas, su experiencia de violencia, los prejuicios de género en el sistema sanitario y la sociedad en general, la discriminación por motivos de raza u otros factores, la

limitada capacidad de decisión que muchas mujeres tienen con respecto a su vida sexual y reproductiva, y su falta de influencia en la adopción de decisiones son realidades sociales que influyen negativamente en su salud. Por tanto, las mujeres se enfrentan con problemas de salud especiales y formas concretas de discriminación, y algunos grupos, en particular las refugiadas y desplazadas dentro del propio país, las mujeres que viven en barrios de chabolas y zonas suburbanas, las indígenas y las mujeres rurales, las mujeres con discapacidad o las que viven con el VIH/SIDA (véase la sección sobre el VIH/SIDA *infra*), afrontan múltiples formas de discriminación, obstáculos y marginación, además de la discriminación por razones de género.

Tanto el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer requieren la eliminación de la discriminación contra la mujer en la atención sanitaria, así como garantías de acceso en condiciones de igualdad de las mujeres y los hombres a los servicios de salud. Eliminar la discriminación en todas sus formas, incluido el sector de la salud, y garantizar la igualdad entre hombres y mujeres son objetivos fundamentales de la salud como derecho humano. A este respecto, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (art. 14) se insta a los Estados a asegurar a "la mujer en las zonas rurales... su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios" y a "tener acceso a servicios adecuados de atención médica,... asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia".

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer exhorta también a los Estados partes a que velen por que la mujer disponga de servicios apropiados durante el embarazo, el parto y el período posnatal, incluidos servicios de planificación de la familia y cuidados obstétricos de urgencia. En ello está implícita la exigencia de que los Estados garanticen una maternidad sin riesgo y reduzcan la mortalidad y la morbilidad maternas.

La salud sexual y reproductiva también es un aspecto fundamental del derecho de la mujer a la salud. Los Estados deben

permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia. En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo¹² y en la Plataforma de Acción de Beijing¹³ se puso de relieve el derecho de los hombres y las mujeres a estar informados y a tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, y el derecho de acceso a servicios de atención sanitaria apropiados que permitan a la mujer tener un embarazo y un parto sin riesgo y ofrezca a las parejas las mayores probabilidades posibles de tener hijos sanos.

La violencia contra la mujer: una cuestión relacionada con los derechos de la mujer y el derecho a la salud

La violencia contra la mujer es una causa muy extendida de daño físico y psicológico o de sufrimiento entre las mujeres, así como la conculcación de su derecho a la salud. El Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer requiere que los Estados, entre otras cosas, promulguen y apliquen leyes y políticas que protejan a las mujeres y las niñas de la violencia y el maltrato y habiliten servicios de salud física y mental apropiados. También debe impartirse capacitación al personal de salud para que sepa detectar y afrontar las consecuencias que la violencia contra la mujer tiene en la salud, al mismo tiempo que debe prohibirse la mutilación genital femenina¹⁴.

¹² *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.18).

¹³ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1.

¹⁴ Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendaciones generales N° 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer y N° 24 (1999) sobre la mujer y la salud.

Los Estados deben actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y enjuiciar actos de violencia de ese tipo ya sean perpetrados por agentes estatales o por particulares. Las mujeres que hayan sufrido cualquier forma de violencia tienen derecho a reparación y rehabilitación adecuadas que comprendan su salud física y mental.

B. Niños y adolescentes

Los niños afrontan problemas de salud especiales de acuerdo con la etapa de su desarrollo físico y mental, lo cual los hace particularmente vulnerables a la malnutrición y a las enfermedades infecciosas y, cuando llegan a la adolescencia, a problemas sexuales y de salud reproductiva y mentales.

La mayoría de las muertes durante la niñez pueden atribuirse a un número reducido de causas principales -infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión, paludismo y malnutrición- o una combinación de ellas. A este respecto, tanto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales como en la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce la obligación de los Estados de reducir la mortalidad infantil y en la niñez y de luchar contra las enfermedades y la malnutrición. Además, el recién nacido cuya madre ha fallecido a causa del embarazo o de complicaciones durante el parto corre un riesgo mayor de morir en los primeros años de vida. La salud infantil está tan estrechamente relacionada con la salud reproductiva y sexual de la mujer que la Convención sobre los Derechos del Niño requiere que los Estados garanticen el acceso del niño y su familia a los servicios básicos de salud, incluida la atención prenatal y posnatal de las madres.

Los niños también corren un riesgo cada vez mayor de ser infectados por el VIH, sobre todo por transmisión de madres a hijos (un niño nacido de una madre seropositiva tiene entre un 25% y un 35% de posibilidades de quedar infectado durante el embarazo, el parto o la lactancia). En consecuencia, los Estados deben adoptar

medidas para prevenir esa transmisión adoptando, por ejemplo, las medidas siguientes: protocolos médicos para la prueba del VIH durante el embarazo; campañas de información entre las mujeres sobre estas formas de transmisión; suministro de medicamentos asequibles, y atención y tratamiento de las mujeres seropositivas, sus hijos y sus familias, incluidos asesoramiento y alternativas de alimentación de los niños.

Los gobiernos y el personal de salud deben tratar a todos los niños y adolescentes de manera no discriminatoria, lo cual significa que deben prestar especial atención a las necesidades y los derechos de grupos determinados, por ejemplo los niños pertenecientes a minorías o a comunidades indígenas, los niños intersexuales¹⁵ y, en general, las niñas y las adolescentes, a las que en muchos contextos se impide el acceso a una amplia gama de servicios, incluida la atención sanitaria. Más concretamente, las niñas deben tener acceso en condiciones de igualdad a una nutrición adecuada, a entornos salubres y a servicios de salud física y mental. Deben adoptarse medidas apropiadas para abolir las prácticas tradicionales que afectan de manera negativa sobre todo a la salud de las niñas, por ejemplo la mutilación genital femenina, el matrimonio a edad temprana y la alimentación y cuidado preferencial de los niños.

Los niños que han sufrido abandono, explotación, maltrato, tortura o cualquier otra forma de trato o castigo cruel, inhumano o degradante también requieren una protección especial del Estado. La Convención sobre los Derechos del Niño (art. 39) subraya la obligación del Estado de promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de los niños.

Los adolescentes constituyen, en general, un grupo de población sano, pero están expuestos a un comportamiento de riesgo y a violencia y explotación sexual. Las adolescentes también son

¹⁵ Los niños intersexuales nacen con órganos sexuales internos y externos que no son ni exclusivamente masculinos ni exclusivamente femeninos.

vulnerables a embarazos prematuros y/o no deseados. Por tanto, el derecho de los adolescentes a la salud depende de una atención sanitaria que respete la confidencialidad y la intimidad y comprenda información y servicios de salud mental, sexual y reproductiva apropiados. Además, los adolescentes son especialmente vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA. En muchas regiones del mundo, las nuevas infecciones por el VIH se concentran en gran medida en los jóvenes (15 a 24 años de edad)¹⁶. Para que sean eficaces, los programas de prevención deberán ocuparse de la salud sexual y garantizar la igualdad de acceso a la información sobre el VIH y las medidas preventivas, por ejemplo mediante asesoramiento y pruebas voluntarias, así como métodos y servicios anticonceptivos asequibles.

Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24

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

¹⁶ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2006*, pág. 9.

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.

C. Personas con discapacidad

Aunque más de 650 millones de personas en todo el mundo tienen una u otra forma de discapacidad (dos tercios de las cuales viven en países en desarrollo), la mayoría han sido desatendidas y marginadas por el Estado y la sociedad. Sólo en los últimos años ha habido un cambio paradigmático de actitud hacia ellas, que ha consistido en dejar de considerarlas "objetos" de caridad y asistencia médica para empoderarlas como "sujetos" de derechos humanos, incluido el derecho a la salud pero sin limitarse a él.

El derecho a la salud de las personas con discapacidad no puede realizarse de manera aislada. Está estrechamente relacionado con la no discriminación y otros principios de autonomía individual, participación e inclusión en la sociedad, respeto por la diferencia, accesibilidad, igualdad de oportunidades y respeto de la evolución de las facultades de los niños con discapacidad¹⁷.

Las personas con discapacidad afrontan diversos obstáculos para disfrutar de su derecho a la salud. Por ejemplo, las personas con deficiencias físicas a menudo tienen dificultades de acceso a los servicios de atención sanitaria, especialmente en las zonas rurales, los barrios marginales y las áreas suburbanas; las personas con deficiencias psicológicas pueden no tener acceso a un tratamiento asequible en el sistema de salud pública; las mujeres con discapacidad pueden no recibir servicios de salud que incorporen una perspectiva de género. El personal médico a veces considera a las personas con discapacidad más como objetos de tratamiento que como titulares de derechos, y no siempre procuran obtener su consentimiento libre e informado a la hora del tratamiento. La situación no sólo es degradante, sino una violación de los derechos humanos proclamados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y una conducta poco ética.

Las personas con discapacidad también están desproporcionadamente expuestas a violencia y maltrato. Son víctimas de abuso físico, sexual, psicológico y emocional, desatención y explotación económica, y las mujeres están particularmente expuestas a la esterilización forzada y la violencia sexual. La violencia contra estas personas a menudo se produce en un contexto de discriminación sistémica contra ellas por un desequilibrio de poder. Actualmente se reconoce que no es la propia discapacidad la que puede poner en peligro a las personas

¹⁷ Estos y otros principios se enuncian en el artículo 3 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 61/106, de 13 de diciembre de 2006.

que la padecen, sino las condiciones y barreras sociales con que se enfrentan, como el estigma, la dependencia de los demás para recibir atención, el género, la pobreza o la dependencia económica.

A modo de ejemplo, puede observarse la desatención que padecen las personas con deficiencias psicológicas o intelectuales. En muchos casos, se les administra un tratamiento sin contar con su consentimiento libre e informado -una violación clara y grave de su derecho a la salud. Además, a menudo son internadas en instituciones psiquiátricas simplemente por su discapacidad, lo cual puede tener graves consecuencias en el ejercicio de su derecho a la salud y otros derechos.

En otros casos, la discapacidad no ha sido diagnosticada o tratada, ni ha recibido paliativos, y por lo general no se le da trascendencia alguna. Faltan políticas, programas, leyes y recursos adecuados -en 2001, por ejemplo, la mayoría de los países de ingresos medianos y bajos dedicaron menos del 1 % de sus gastos en salud a la salud mental¹⁸. En consecuencia, la atención de la salud mental, incluida la medicación esencial con medicamentos psicotrópicos, es inaccesible o inasequible para muchos. El acceso de las personas que padecen deficiencias psicológicas o intelectuales a todo tipo de atención sanitaria se complica por el estigma y la discriminación que padecen, en contradicción con la obligación de los Estados de facilitar el acceso a esos servicios en condiciones de igualdad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad recientemente aprobada estipula que los Estado deben promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, incluido el derecho a la salud, y promover el respeto de su dignidad inherente (art. 1). En el artículo 25 se reconoce además el "derecho a gozar del más alto nivel

¹⁸ Organización Mundial de la Salud, *Atlas de salud mental: 2005* (Ginebra, 2005).

posible de salud sin discriminación" y enuncia las medidas que los Estados deben adoptar para garantizar el ejercicio de ese derecho.

Entre esas medidas cabe mencionar la tarea de velar por que las personas con discapacidad tengan acceso a los servicios médicos y sociales que necesiten específicamente como consecuencia de su discapacidad, en particular la pronta detección e intervención, servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, así como servicios ortopédicos y de rehabilitación que les proporcionen independencia, eviten nuevas discapacidades y propicien su integración social¹⁹. Asimismo, los Estados deben habilitar servicios y centros de salud lo más cerca posible de las propias comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales. Además, el principio de no discriminación comporta la exigencia de proporcionar programas y atención de salud "gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas" y los Estados "impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad" (véase, en general, artículos 25 y 26 de la Convención).

Es muy importante que los Estados exijan al personal de salud que preste a las personas con discapacidad una atención de la misma calidad que a las demás personas, sobre la base de un consentimiento libre e informado. Con ese fin, los Estados impartirán capacitación al personal de salud y promulgarán normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado. En la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 23), se reconoce el derecho de los niños con discapacidad a recibir cuidados especiales y a un acceso efectivo a los servicios sanitarios y de rehabilitación.

¹⁹ Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 5 (1994) sobre las personas con discapacidad, y artículos 25 b) y 26 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

D. Migrantes

La migración se ha convertido en un fenómeno político, social y económico muy importante que tiene consecuencias muy considerables en los derechos humanos. La Organización Internacional para las Migraciones estima que actualmente hay cerca de 200 millones de migrantes internacionales en todo el mundo. Con arreglo a la Organización Internacional del Trabajo, 90 millones de ellos son trabajadores migratorios. Aunque la migración tiene consecuencias en el derecho a la salud tanto en el país de origen como en el de acogida, la presente sección se concentra en los migrantes que se encuentran en el país de acogida. Su disfrute del derecho a la salud a menudo está limitado por el mero hecho de ser migrantes, además de otros factores como la discriminación, el idioma y las barreras culturales, o su situación legal. Aunque afrontan problemas específicos por su condición y situación concretas (los migrantes indocumentados o ilegales y los migrantes que permanecen en detención corren más riesgo)²⁰, muchos migrantes tropezarán con obstáculos similares para disfrutar de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

Algunos Estados han manifestado expresamente ante los órganos internacionales de derechos humanos o en el marco de su legislación nacional que no pueden o no desean ofrecer a los migrantes el mismo grado de protección que a sus propios ciudadanos. En consecuencia, la mayoría de los países han definido sus obligaciones en el sector de la salud hacia los no ciudadanos como "atención esencial" o "atención sanitaria de emergencia" únicamente. Teniendo en cuenta que estos conceptos significan cosas diferentes en distintos países, su interpretación a menudo corre a cargo de la

²⁰ Las personas a las que se ha concedido la condición de refugiado o las personas desplazadas dentro del propio país no entran dentro de esta categoría de migrantes. Véase "Grupos e individuos específicos: trabajadores migrantes" (E/CN.4/2005/85).

persona que presta la atención sanitaria. Por tanto, la práctica y la legislación pueden ser discriminatorias.

Principales dificultades con que se enfrentan los migrantes -especialmente los migrantes indocumentados- con respecto a su derecho a la salud²¹

- Por lo general, los sistemas de salud estatales no ofrecen una cobertura sanitaria suficiente a los migrantes, y a menudo éstos no pueden sufragar un seguro médico. Los trabajadores del sexo migrantes y los migrantes indocumentados, en particular, tienen escaso acceso a los servicios sociales y de salud.
- Los migrantes tienen dificultades para acceder a información sobre las cuestiones sanitarias y los servicios disponibles. Es frecuente que el Estado no proporcione información adecuada.
- Los migrantes indocumentados no se atreven a solicitar atención sanitaria por el temor a que el personal de salud los denuncie a las autoridades de inmigración.
- Las trabajadoras domésticas son particularmente vulnerables a abusos sexuales y violencia.
- Los trabajadores migratorios a menudo trabajan en condiciones poco seguras e insalubres.
- Los trabajadores migratorios pueden estar más expuestos a un comportamiento sexual arriesgado debido a la vulnerabilidad de su situación, lejos de sus familias, y su exclusión de los principales programas de prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Por tanto, su situación es propicia a una rápida propagación de esas enfermedades.

²¹ Véase Organización Mundial de la Salud, *Migración internacional, salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, Nº 4 (diciembre de 2003), disponible en <http://www.who.int>, y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Internacional para las Migraciones, *Migrants' Right to Health*, UNAIDS Best Practice Collection (Ginebra, 2001).

- Las condiciones imperantes en los centros de detención de migrantes indocumentados también pueden propiciar la propagación de enfermedades.
- Las personas que son objeto de trata son sometidas a violencia física y malos tratos y se enfrentan con enormes obstáculos en relación con su derecho a la salud reproductiva (enfermedades de transmisión sexual, en particular la infección por VIH/SIDA, embarazos no deseados, abortos en condiciones peligrosas).

La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (art. 28) dispone que todos los trabajadores migratorios y sus familiares tienen derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud. Esa atención médica no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo. La Convención también contiene disposiciones que protegen a los trabajadores migratorios en el lugar de trabajo y estipula que gozarán de un trato que no sea menos favorable que el que reciben los nacionales del Estado de empleo en lo tocante a condiciones de trabajo, en particular la seguridad y la salud (art. 25).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, en su recomendación general N° 30 (2004) sobre los no ciudadanos, y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, subraya que los Estados Partes deben respetar el derecho de los no ciudadanos a un nivel adecuado de salud física y mental, entre otras cosas, absteniéndose de negar o limitar su acceso a los servicios de salud preventiva, curativa y paliativa. El Relator Especial sobre el derecho a la salud también ha subrayado que a los solicitantes de asilo o a las personas indocumentadas que estén enfermos, por el hecho de ser algunas de las personas más vulnerables de la población, no se les denegará su derecho humano a asistencia médica.

Por último, el derecho de los migrantes a la salud está estrechamente relacionando con y depende de sus condiciones laborables y de vida y de su situación legal. A fin de abordar globalmente las cuestiones de salud de los migrantes, los Estados deberían también adoptar medidas para la realización de su derecho, entre otras cosas, a una vivienda adecuada, a condiciones de trabajo seguras y salubres, a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, a la información, a la libertad y la seguridad de la persona, a un proceso con todas las garantías y a no ser sometidos a la esclavitud y a trabajo forzado.

E. Personas que viven con el VIH/SIDA

Más de 25 millones de personas han muerto del SIDA en los últimos 25 años, por lo que esta enfermedad se ha convertido en una de las pandemias más letales de los últimos tiempos. Actualmente, alrededor de 33 millones viven con el VIH/SIDA. Desde que se convirtió en una grave emergencia sanitaria, esta epidemia ha tenido efectos graves y, en muchos lugares, devastadores en los derechos humanos y el desarrollo.

En general se reconoce que el VIH/SIDA plantea muchas cuestiones en relación con los derechos humanos. Por el contrario, la protección y promoción de éstos son decisivas para prevenir la transmisión del virus y reducir el efecto de la enfermedad en la vida de las personas. Muchos derechos humanos están relacionados de una u otra forma con el VIH/SIDA, por ejemplo el derecho a no ser objeto de discriminación, el derecho a la vida, la igualdad ante la ley, el derecho a la intimidad y el derecho al más alto nivel posible de salud.

Los vínculos que existen entre la pandemia del VIH/SIDA y la pobreza, el estigma y la discriminación, incluida la basada en el género y la orientación sexual, son ampliamente reconocidos. La incidencia y la difusión del VIH/SIDA afectan de manera desproporcionada a sectores determinados de la población, en

particular las mujeres²², los niños, los que viven en condiciones de pobreza, los pueblos indígenas, los migrantes, los homosexuales, los trabajadores y las trabajadoras del sexo, los refugiados y los desplazados internos, y en ciertas regiones, por ejemplo el África subsahariana. La discriminación los hace (más) vulnerables a la infección por el virus. Al mismo tiempo, la discriminación y el estigma de las personas que viven con el VIH/SIDA menoscaban su derecho a la salud. Por ejemplo, el temor a que se las relacione con el VIH/SIDA puede desalentar a las personas que sufren discriminación, como los trabajadores del sexo o quienes se administran drogas por vía intravenosa, a solicitar voluntariamente asesoramiento, una prueba o tratamiento.

Para detener y lograr una inversión de tendencia de la epidemia mundial es muy necesario afrontar la cuestión de la discriminación y el estigma. Es muy importante que los Estados prohíban toda discriminación por motivos de salud, en caso de infección real o presunta, y proteger a las personas que viven con el VIH/SIDA contra ella. En la legislación, las políticas y los programas nacionales deben preverse medidas positivas para afrontar los factores que obstaculizan la igualdad de acceso de esa población vulnerable a la prevención, el tratamiento y la atención, por ejemplo su situación económica.

El acceso universal a la atención y el tratamiento también son un componente importante del derecho a la salud de las personas que viven con el VIH/SIDA. Asimismo, es importante garantizar la disponibilidad de medicamentos y reforzar la prevención contra el virus, por ejemplo, proporcionando preservativos e información y educación sobre él, y previniendo la transmisión de madre a hijo. Las *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos*

²² Las mujeres son hoy más vulnerables a la infección que los hombres. Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA* (Ginebra, 2006).

humanos ofrecen nuevas indicaciones de cómo garantizar los derechos de las personas que viven con el VIH/SIDA²³.

Las mujeres y el VIH/SIDA

La desigualdad de género y la vulneración de los derechos de las mujeres y las niñas son factores importantes de la pandemia del VIH/SIDA en muchas regiones del mundo. Por ejemplo, la subordinación de la mujer al hombre en el vida privada y pública puede impedir que las mujeres y las niñas negocien prácticas sexuales sin riesgo. Las mujeres -en particular las jóvenes- son desproporcionadamente vulnerables a la infección. Además, por lo general tienen menos acceso a los tratamientos disponibles y a una información adecuada. También recae desproporcionadamente sobre ellas la carga de la prestación de cuidados.

Los Estados deben elaborar leyes y políticas contra la desigualdad de género y las normas sociales que contribuyen a la propagación del VIH/SIDA. También deben asegurar la igualdad de acceso a la información, la educación, los medios de prevención y los servicios de salud relacionados con el virus. Es muy importante que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, ya que son decisivos para la prevención. A este respecto, es fundamental prevenir la transmisión del VIH en las mujeres embarazadas, las madres y sus hijos (véase también el recuadro sobre la Campaña de Acción pro Tratamiento *infra*). Los Estados también deben proteger a las mujeres contra la violencia sexual, que las hace más vulnerables a la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

²³ Véase Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Versión consolidada de 2006* (Publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.06.XIV.4), resolución 60/1 de la Asamblea General, de 16 de septiembre de 2005, sobre el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, y resolución 60/224 de la Asamblea General, de 23 de diciembre de 2006.

III. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y RESPONSABILIDADES DE OTRAS PARTES CON RESPECTO AL DERECHO A LA SALUD

Los Estados tienen la obligación primordial de proteger y promover los derechos humanos. Las obligaciones a este respecto están definidas y garantizadas por el derecho consuetudinario internacional²⁴ y los tratados internacionales de derechos humanos, que imponen a los Estados que los han ratificado la obligación de hacer efectivos esos derechos.

A. Obligaciones generales

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2

1. 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, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

2. Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Realización progresiva

Al ratificar los tratados de derechos humanos, los Estados partes contraen la obligación de llevar a efecto esos derechos en el

²⁴ El derecho consuetudinario corresponde a una práctica general de los Estados que se acepta como ley y equivale a una obligación jurídica.

ámbito de su jurisdicción. Más concretamente, en el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se subraya que los Estados tienen la obligación de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en él, lo cual supone un reconocimiento implícito de que los Estados poseen recursos limitados y que lleva tiempo aplicar las disposiciones de los tratados. Por consiguiente, algunos elementos de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud, están *sujetos a una realización progresiva*.

Tal vez no pueda lograrse inmediatamente la efectividad de todos los aspectos de los derechos reconocidos en el Pacto, pero los Estados deben demostrar por lo menos que están haciendo todo lo posible, dentro de los límites de los recursos disponibles, para proteger y promover todos los derechos enunciados en él. Por recursos disponibles se entiende los existentes en el Estado, así como los disponibles en la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia internacionales, según se señala en el párrafo 1 del artículo 2.

También se reconoce la función de la asistencia y la cooperación internacionales en otros instrumentos, por ejemplo la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Convención sobre los Derechos del Niño²⁵. No son un sustitutivo de las obligaciones nacionales, sino que son aplicables, en particular, cuando un Estado no puede hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales por sí mismo y requiere la asistencia de otros Estados para ello. La cooperación internacional incumbe en particular a los Estados que están en condiciones de prestar asistencia a otros al respecto. Por tanto, los Estados deben prever un programa activo de asistencia y cooperación internacionales y prestar asistencia

²⁵ Carta de las Naciones Unidas, Arts. 1 3), 55 y 56; Declaración Universal de Derechos Humanos, arts. 22 y 28, y Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 4 y 24.

económica y técnica a otros Estados para que puedan cumplir sus obligaciones relativas al derecho a la salud²⁶.

Aunque el concepto de realización progresiva es aplicable a todos los derechos reconocidos en el Pacto, algunas obligaciones son *de efecto inmediato*, en particular la de velar por que todos los derechos se ejerciten sobre la base de *no discriminación* y la obligación de *adoptar medidas* para lograr la plena efectividad de esos derechos, incluido el derecho a la salud, que deben ser concretas, deliberadas y específicas. A ese respecto, no es aceptable la adopción de medidas que supongan una retrogresión, a menos que el Estado pueda demostrar que ha hecho todo lo posible para utilizar todos los recursos de que dispone para cumplir sus obligaciones.

Adoptar medidas para lograr la plena efectividad del derecho a la salud

El logro de la plena efectividad del derecho a la salud requiere la adopción de diversas medidas. Teniendo en cuenta que la viabilidad de esas medidas variará de un Estado a otro, los tratados internacionales no contienen ninguna receta fija. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el párrafo 1 de su artículo. 2, se limita a estipular que debe lograrse la plena efectividad de los derechos en él enunciados "por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas".

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que los Estados deben adoptar por lo menos una estrategia nacional para garantizar a todos el disfrute del derecho a la salud sobre la base de principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia. El establecimiento de indicadores y referencias será

²⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 3 (1990) sobre la naturaleza de las obligaciones de los Estados Partes, y Observación general N° 14, párrs. 38 a 42.

decisivo para su formulación y aplicación. En efecto, por el hecho de ser progresivo el logro de la plena efectividad del derecho a la salud variará lo que se espere de un Estado con el tiempo. Por ello, se necesita un instrumento para hacer un seguimiento y medir esas dimensiones variables del derecho a la salud. Los indicadores, especialmente cuando están desglosados, proporcionan información útil sobre cómo se hace efectivo el derecho a la salud en un país determinado. El ACNUDH ha elaborado un marco conceptual y metodológico para esos indicadores.

Marco propuesto para los indicadores²⁷

Los indicadores establecidos para un derecho humano ayudan a evaluar las medidas adoptadas por un Estado en cumplimiento de sus obligaciones -desde la aceptación de las normas internacionales de derechos humanos (indicadores *estructurales*) hasta los esfuerzos destinados a cumplir las obligaciones que se derivan de esas normas (indicadores de *proceso*) o los resultados de esos esfuerzos desde la perspectiva de la población (indicadores de *resultados*). Los indicadores relativos al derecho a disfrutar el nivel más alto posible de salud son, por ejemplo, el número de tratados internacionales de derechos humanos relacionados con el derecho a la salud que el Estado ha ratificado (indicador *estructural*), la proporción de nacimientos asistidos por personal médico especializado (indicador *de proceso*) y la tasa de mortalidad materna (indicador de *resultados*). También es fundamental desglosar los indicadores por grupos de población y posibles motivos de discriminación.

Obligación mínima básica

El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales también ha subrayado que los Estados tienen una *obligación mínima básica* de garantizar la satisfacción de niveles esenciales mínimos de

²⁷ Véase "Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos" (HRI/MC/2006/7), disponible en <http://www.ohchr.org>. Este marco está siendo validado por medio de consultas de expertos y talleres en 2007-2008.

cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto. Aunque esos niveles en cierta medida dependen de los recursos disponibles, el Estado debe concederles prioridad en sus esfuerzos encaminados a lograr la realización de los derechos. Con respecto al derecho a la salud, el Comité ha subrayado que los Estados deben garantizar:

- El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud *sin discriminación*, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados;
- El suministro de medicamentos esenciales;
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud.

B. Tres tipos de obligaciones

Las obligaciones de los Estados se dividen en tres categorías, a saber, las obligaciones de *respetar*, *proteger* y *realizar*.

La obligación de respetar

La obligación de respetar requiere que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el derecho a la salud.

Por ejemplo, los Estados deben abstenerse de negar o limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria; comercializar medicamentos peligrosos; imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el estado y las necesidades de salud de las mujeres; limitar el acceso a los anticonceptivos y otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva; retener, censurar o falsear información sanitaria, y

atentar contra el derecho a la intimidad (por ejemplo, de las personas que viven con el VIH/SIDA).

Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales subrayó en su Observación general N° 14 que los Estados Partes deben respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países.

La obligación de proteger

La obligación de proteger comporta la exigencia de que los Estados impidan que terceros interfieran en el derecho a la salud.

Los Estados deben adoptar medidas legislativas y de otro tipo para lograr que los agentes privados cumplan las normas de derechos humanos cuando prestan atención sanitaria u otros servicios (por ejemplo, reglamentación de la composición de los productos alimentarios); controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por los agentes privados; velar por que la privatización no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud; proteger a las personas de los actos de terceros que puedan atentar contra su derecho a la salud -por ejemplo, evitar que las mujeres sean sometidas a prácticas tradicionales lesivas o que terceros las obliguen a someterse a ellas (por ejemplo, promulgando leyes que prohíban específicamente la mutilación genital femenina); velar por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios sanitarios, incluida la higiene ambiental, y asegurarse de que el personal de salud preste atención a las personas con discapacidad con el consentimiento libre e informado de éstas.

En su Observación general N° 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también subrayó que los Estados Partes deben impedir que terceros vulneren el derecho a la salud en otros países. Se señalaba además que, al negociar acuerdos internacionales o multilaterales, los Estados Partes debían adoptar

medidas para asegurarse de que esos instrumentos no tengan un efecto negativo en el derecho a la salud.

Protección del derecho a la salud: patentes y acceso a los medicamentos

La Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC) aprobó una declaración histórica en 2001, en Doha, relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y la salud pública²⁸. En la Declaración de Doha se afirma que el Acuerdo sobre los ADPIC no debe impedir que los Estados Miembros adopten medidas para proteger la salud pública. En 2003 se adoptó una decisión conexas para esclarecer el párrafo 6 de la Declaración de Doha: esa decisión equivale a una excepción a fin de que, en determinadas circunstancias, los países que fabrican productos farmacéuticos genéricos bajo licencias obligatorias puedan exportar los productos a países importadores que no pueden fabricar sus propios medicamentos²⁹. Los Estados pueden aplicar esas cláusulas para garantizar que los medicamentos sean accesibles y asequibles para su propia población.

La obligación de realizar

La obligación de realizar comporta la exigencia de que los Estados adopten las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales, de promoción y de otro tipo que sean apropiadas para la realización plena del derecho a la salud.

²⁸ Véase <http://www.wto.org>.

²⁹ La concesión de licencias obligatorias es un proceso por el que un Gobierno permite a un tercero producir un producto o proceso patentados sin el consentimiento del propietario de la patente. Esas licencias están permitidas en situaciones de emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia o para uso del Gobierno. La pandemia del VIH/SIDA, por ejemplo, podría justificar una licencia obligatoria.

Por ejemplo, los Estados deben adoptar una política o un plan de salud nacional que abarque los sectores público y privado; garantizar la prestación de atención sanitaria, incluidos programas de inmunización contra enfermedades infecciosas y servicios destinados a minimizar y prevenir nuevas discapacidades; garantizar la igualdad de acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud, por ejemplo alimentos aptos para el consumo y nutritivos, servicios de saneamiento y agua potable; asegurarse de que las infraestructuras de salud pública presten servicios de salud sexual y reproductiva y que los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan una capacitación adecuada, y proporcionar información y asesoramiento sobre cuestiones relacionadas con la salud, como el VIH/SIDA, la violencia en el hogar o el consumo excesivo de alcohol, medicamentos u otras sustancias nocivas.

La existencia de sistemas de salud efectivos e integrados, que comprendan la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud, también es esencial para garantizar el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud (véase recuadro).

Sistemas de salud nacionales

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental³⁰ ha subrayado que, desde el punto de vista del derecho a la salud, un sistema de salud nacional debe tener varios componentes: un sistema adecuado para recopilar datos que permitan hacer un seguimiento de la realización del derecho a la salud; datos desglosados por factores como el sexo, la edad y las zonas urbanas/rurales; capacidad nacional para producir un número suficiente de trabajadores sanitarios competentes que disfruten de buenas condiciones de empleo; un proceso para la preparación de evaluaciones del impacto en el derecho a la salud antes de dar el toque final a las principales políticas relacionadas con la salud; disposiciones que

³⁰ A/HRC/4/28, párrs. 90 a 92. Véase el capítulo IV *infra* para más información sobre el Relator Especial.

garanticen la participación en la formulación de las políticas de salud; y mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de rendición de cuentas.

Además, en la Declaración de Alma-Ata se hace hincapié en la función decisiva que la atención primaria de salud desempeña en el sistema sanitario de un país (art. VI). También se destaca que los Estados deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales para establecer y mantener una atención primaria de salud que forme parte de un sistema nacional de salud integrado (art. VIII).

C. ¿Incumben responsabilidades también a otras partes?

Como parte de su obligación de proteger los derechos humanos, los Estados deben velar por que las partes que no son Estados no vulneren los derechos humanos. Con respecto a la salud, por ejemplo, deben adoptar medidas legislativas y de otra índole que garanticen el acceso a la atención sanitaria prestada por terceros en condiciones de igualdad. Además, es cada vez más intenso el debate sobre la medida en que otros agentes de la sociedad -particulares, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales (ONG), profesionales de la salud y empresas- tienen la responsabilidad de promover y proteger los derechos humanos.

En esta sección se examina la función de los organismos de las Naciones Unidas y el sector privado, lo cual no quiere decir que otros no tengan las propias responsabilidades -por ejemplo, el Relator Especial ha puesto de relieve el papel indispensable que desempeñan los profesionales de la salud en la promoción y protección del derecho a la salud³¹.

Órganos y organismos especializados de las Naciones Unidas

La Carta de las Naciones Unidas proclama que uno de los propósitos de la Organización es desarrollar el respeto a los derechos

³¹ E/CN.4/2003/58, cap. IV, sec. F.

humanos, y en los tratados internacionales de derechos humanos se otorga un papel especial a los órganos y organismos especializados de las Naciones Unidas en su realización. Por ejemplo, se pide al Banco Mundial, al Fondo Monetario Internacional y a los organismos especializados de las Naciones Unidas, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), que cooperen efectivamente con los Estados Partes en la realización de todos los derechos en todos los países.

En los últimos años, las reformas introducidas por el Secretario General de las Naciones Unidas (1997, 2002 y 2005) y las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales han puesto de relieve la función y las responsabilidades de los organismos de las Naciones Unidas y las instituciones financieras internacionales con respecto a los derechos humanos. El Comité ha señalado, por ejemplo, que la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos por los organismos especializados, los programas y los órganos de las Naciones Unidas facilitará en gran medida la realización del derecho a la salud³². En 2003, los organismos de las Naciones Unidas convinieron en el *entendimiento común entre los organismos de las Naciones Unidas*, en el que se afirmaba que todos los programas y la asistencia para el desarrollo deben promover la realización de los derechos humanos e inspirarse en los principios y las normas de derechos humanos³³.

Los organismos de las Naciones Unidas, en particular el UNICEF, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la OMS, han intensificado su labor sobre la salud y los derechos humanos.

³² Observación general N° 14.

³³ *Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo* (Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.XIV.10), anexo II.

OMS

La Constitución de la OMS proclama que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos humanos fundamentales (preámbulo). Atribuye a la esa organización la función de actuar como autoridad directiva en asuntos de sanidad internacional, conformar la agenda de investigaciones sobre la salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la información disponible, prestar apoyo técnico a los países y hacer un seguimiento y evaluar las tendencias de la salud (art. 2). Concede amplias facultades a la OMS en el establecimiento de normas sanitarias, como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, de 1981³⁴, y para adoptar tratados y convenciones jurídicamente vinculantes, como la Convención Marco para el Control del Tabaco, de 2003³⁵.

Además, en la publicación de la OMS *Contribuir a la salud, Undécimo Programa General de Trabajo 2006-2015: un programa de acción sanitaria mundial* se establecen siete esferas prioritarias, incluida la promoción de la cobertura universal, la igualdad entre hombres y mujeres y los derechos humanos relacionados con la salud. En el marco de la OMS, el Equipo de salud y derechos humanos del Departamento de Ética, Comercio, Derechos Humanos y Legislación Sanitaria desarrolla una actividad encaminada a reforzar la capacidad de la Organización y sus Estados Miembros para incorporar en la salud un enfoque basado en los derechos humanos, promover el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos internacionales de desarrollo y defender los derechos humanos relacionados con la salud³⁶.

³⁴ Organización Mundial de la Salud, *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche Materna* (Ginebra, 1981).

³⁵ Es el primer tratado negociado bajo los auspicios de la OMS. Es un tratado basado en pruebas científicas, en el que se reafirma el derecho de todas las personas al más alto nivel de salud.

³⁶ Véase "Salud y derechos humanos", en <http://www.who.int/hhr/en/>.

El sector privado

Los negocios pueden afectar al derecho a la salud de varias maneras. Las compañías que comercializan productos farmacéuticos o equipo médico pueden contribuir positivamente al disfrute del derecho a la salud, pero también pueden dificultar el acceso a la atención sanitaria o hacerla menos asequible, por ejemplo manteniendo altos los precios de los medicamentos empleados en el tratamiento del VIH/SIDA. Las industrias extractiva y manufacturera también pueden atentar indirectamente contra el derecho a la salud por el hecho de contaminar el agua, el aire y el suelo. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha subrayado que los Estados deben ofrecer protección contra la contaminación por las empresas privadas y evaluar su impacto en el medio ambiente³⁷. Se considera que incumbe a las empresas comerciales alguna responsabilidad con respecto a los derechos humanos, si bien no es clara su naturaleza y alcance exactos. No obstante, los Estados son en último término responsables de cualquier violación de los derechos humanos³⁸.

Recientemente se ha empezado a prestar más atención a las empresas. Se han tomado algunas iniciativas para tratar de definir las normas concretas de derechos humanos que les son aplicables. La Comisión de Derechos Humanos ha debatido el papel del sector privado en relación con el acceso a los medicamentos en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA, al mismo tiempo que su Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos aprobó las "Normas sobre las responsabilidades de las empresas transnacionales y otras empresas comerciales en la esfera de los

³⁷ "Informe del Representante Especial del Secretario General sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas comerciales. Adición: Responsabilidades de los Estados en materia de regulación y arbitraje de las actividades empresariales con arreglo a los tratados básicos de derechos humanos de las Naciones Unidas: panorama general de los comentarios de los órganos creados en virtud de tratados" (A/HRC/4/35/Add.1).

³⁸ *Ibid.*

derechos humanos"³⁹. En 2005, el Secretario General de las Naciones Unidas nombró a un Representante Especial encargado de determinar y aclarar las normas aplicables a las responsabilidades de las empresas y la rendición de cuentas en la esfera de los derechos humanos. Los trabajos continúan⁴⁰.

También se han tomado algunas iniciativas voluntarias. Por ejemplo, en el Pacto Mundial de las Naciones Unidas (<http://www.unglobalcompact.org>) se enuncian diez principios relativos a los derechos humanos, las normas laborales, el medio ambiente y la lucha contra la corrupción que las empresas signatarias se comprometen a cumplir. Algunas empresas han elaborado sus propias políticas, programas e instrumentos de derechos humanos para incorporar los derechos humanos en sus actividades comerciales, algunas de las cuales se refieren al derecho a la salud.

IV. SEGUIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD Y RESPONSABILIZACIÓN DE LOS ESTADOS

Es fundamental establecer mecanismos de rendición de cuentas para garantizar el respeto de las obligaciones que se derivan del derecho a la salud para los Estados ¿Cómo y por quién se vigila el cumplimiento de las obligaciones jurídicas que incumben a los Estados partes? ¿Cómo puede pedirse responsabilidades a un Estado que ha conculcado el derecho a la salud? La vigilancia y la rendición de cuentas de los Estados tienen lugar a nivel nacional, regional e internacional e involucra a diversos agentes, a saber, el propio Estado, ONG, instituciones nacionales de derechos humanos u órganos creados en virtud de tratados internacionales.

³⁹ E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev 2.

⁴⁰ Véase, por ejemplo, A/HRC/4/35.

A. Rendición de cuentas y vigilancia el plano nacional

La rendición de cuentas obliga a un Estado a explicar con la mayor celeridad y efectividad posibles lo que está haciendo y por qué y cómo está actuando para garantizar la realización del derecho a la salud para todos⁴¹. Las normas internacionales de derechos humanos no establecen una fórmula exacta para los mecanismos nacionales de rendición de cuentas y reparación, por lo que se puede realizar el derecho a la salud y hacer un seguimiento de su ejercicio por medio de diversos mecanismos. Como mínimo, todos los mecanismos de rendición de cuentas deben ser accesibles, transparentes y eficaces.

Incumbe a los Estados la obligación primordial de respetar, proteger y promover los derechos humanos de las personas que viven en su territorio. Por tanto, lograr la realización efectiva del derecho a la salud en el plano nacional es particularmente importante. Cuando existen y funcionan mecanismos nacionales, a menudo puede accederse a ellos con más rapidez y facilidad que a los mecanismos regionales o internacionales (véase *infra*).

Mecanismos administrativos, normativos y políticos

Los mecanismos administrativos y políticos son medios complementarios o paralelos de los mecanismos judiciales de exigencia de responsabilidades. Por ejemplo, la elaboración de una política o una estrategia de salud nacional, vinculada a planes de trabajo y presupuestos participativos, desempeña un papel importante en la responsabilización del Gobierno. Los indicadores basados en los derechos humanos facilitan un seguimiento efectivo de los principales resultados en el sector de la salud y algunos de los procesos para lograrlos.

Los exámenes de las políticas, los presupuestos o el gasto público y los mecanismos gubernamentales de supervisión (por ejemplo, los inspectores sanitarios y laborales encargados de vigilar la aplicación de

⁴¹ A/HRC/4/28, párrs. 46 y 87.

las normas de salud y de seguridad en las empresas y en el sistema de salud pública) son mecanismos administrativos importantes para que el gobierno rinda cuentas del cumplimiento de sus obligaciones con respecto al derecho a la salud. En algunos servicios de salud se han establecido sistemas internos o independientes para recibir quejas o sugerencias y ofrecer reparación. Además, evaluaciones de diversos tipos, por ejemplo del impacto, ofrecen a los responsables de la formulación de políticas un medio para prever el impacto probable de una política prevista y más adelante evaluar el impacto efectivo que han tenido las políticas en el disfrute del derecho a la salud.

Los mecanismos políticos, por ejemplo los procesos democráticos, y la labor de seguimiento y promoción que llevan a cabo las ONG también contribuyen a la rendición de cuentas. Las organizaciones de la sociedad civil están aplicando cada vez con más frecuencia métodos de seguimiento basados en indicadores, puntos de referencia, evaluaciones del impacto y análisis presupuestarios para la rendición de cuentas por los gobiernos en relación con el derecho a la salud.

Mecanismos judiciales

Algunas de las medidas más importantes relacionadas con el cumplimiento a nivel nacional consisten en el establecimiento de mecanismos judiciales para los derechos que se consideren justiciables de conformidad con el sistema jurídico nacional. Esos mecanismos deben ofrecer recursos a las personas cuando su derecho a la salud sea conculcado.

La incorporación en el derecho interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede reforzar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas. Permite a los tribunales dictar fallos en juicios por violaciones del derecho a la salud, haciendo referencia directa al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Los tribunales nacionales, incluidas las cortes supremas, han conocido de un número cada vez mayor de casos relacionados con el derecho a la salud. En la Argentina, por ejemplo, los tribunales han ordenado al Estado que garantice un suministro ininterrumpido de medicamentos antirretrovirales a las personas que viven con el VIH/SIDA⁴², que garantice la fabricación de una vacuna contra una enfermedad endémica⁴³ y que garantice el suministro continuo gratuito de un medicamento contra una enfermedad ósea⁴⁴. Otra cuestión examinada por los tribunales ha sido la exclusión y terminación de la cobertura sanitaria, especialmente por seguros médicos privados⁴⁵. En algunos casos, los tribunales hacen referencia a la ratificación por la Argentina del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros tratados para reafirmar el rango constitucional del derecho a la salud.

La Campaña de Acción pro Tratamiento llevada a cabo en Sudáfrica pone de relieve la eficacia con que una ONG aprovechó la movilización social, la actividad de promoción y la incoación de una demanda colectiva para garantizar la igualdad de acceso al tratamiento contra el VIH/SIDA.

⁴² Véase, por ejemplo, Corte Suprema de Justicia, *Asociación Benghalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social*, caso 323:1339, 1º de junio de 2000.

⁴³ Véase, por ejemplo, Tribunal Administrativo Federal, sala IV, *Viceconte, Mariela c. Estado nacional - Ministerio de Salud y Acción Social s/amparo ley N° 16986*, 2 de junio de 1998.

⁴⁴ Véase, por ejemplo, Corte Suprema de Justicia, *Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c. Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas*, 24 de octubre de 2000.

⁴⁵ Véase, por ejemplo, Corte Suprema de Justicia, *Etcheverry, Roberto E. c. Omint Sociedad Anónima y Servicios*, exposición del Fiscal General de 17 de diciembre de 1999, decisión de la Corte de 13 de marzo de 2001.

Campaña de Acción pro Tratamiento en Sudáfrica: garantizar un acceso equitativo al tratamiento de las personas que viven con el VIH/SIDA

Proporcionar medicamentos donde más se necesitan y utilizar los recursos de manera adecuada son dos ejemplos concretos de cómo puede el Gobierno cumplir sus obligaciones con respecto al derecho a la salud y en rendir cuentas de ello.

*Ministerio de Salud c. la Campaña de Acción pro Tratamiento*⁴⁶: El Gobierno sudafricano había decidido no continuar un programa nacional destinado a reducir el riesgo de transmisión del VIH de madres a hijos, y determinó que sólo dos centros de investigación por provincia quedaban autorizados para distribuir nevirapina, con lo que se limitaba la disponibilidad de ese medicamento, a pesar de su eficacia ampliamente demostrada. Esa decisión tuvo como consecuencia que las madres seropositivas que carecían de medios para sufragar una atención sanitaria privada y no tenían acceso a los centros de investigación no podrían recibir nevirapina. En agosto de 2001, la Campaña de Acción pro Tratamiento, una red de organizaciones y particulares que promovían un acceso equitativo y asequible al tratamiento del VIH/SIDA, presentó ante la Alta Corte de Pretoria una demanda contra el Gobierno para que distribuyera el medicamento a las mujeres embarazadas en todos los hospitales públicos, por considerar que la política gubernamental era inconstitucional y que el Gobierno había incumplido sus obligaciones en materia de derechos humanos. La Constitución sudafricana reconoce el derecho de acceso todas las personas a los servicios públicos de atención sanitaria y el derecho de los niños a una protección especial.

Decisiones: En diciembre de 2001, la Alta Corte falló a favor de la Campaña de Acción pro Tratamiento y dictaminó que las restricciones del Gobierno no eran razonables. En su decisión de apelación, en julio de 2002, la Corte Constitucional confirmó el fallo del tribunal de Pretoria y decidió que la política del Gobierno "había supuesto el incumplimiento

⁴⁶ Véase *Minister of Health v. Treatment Action Campaign* (2002) 5 SA 721 (CC) (Sudáfrica); y Mark Heywood, "Current developments: Preventing mother-to-child HIV transmission in South Africa: Background, strategies and outcomes of the Treatment Action Campaign's case against the Minister of health", *South African Journal of Human Rights*, vol. 19, parte 2 (2003)

de sus obligaciones constitucionales de facilitar a la población el acceso a los servicios de atención sanitaria de manera razonable y teniendo en cuenta las necesidades sociales urgentes". La Corte confirmó que la política discriminaba a los pobres que carecían de medios para sufragar esos servicios.

Se exhortó al Gobierno a que levantara las restricciones impuestas a la disponibilidad de nevirapina en los hospitales y ambulatorios públicos que no son centros de investigación y a que adoptara y aplicara, dentro de los límites de los recursos disponibles, un programa amplio y coordinado a efectos de la realización progresiva del derecho de acceso de las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos a servicios sanitarios que permitan luchar contra la transmisión del VIH de madres a hijos. Esas decisiones desembocaron en la elaboración de uno de los programas de mayor alcance en África para reducir la transmisión de madres a hijos.

Instituciones nacionales de derechos humanos

Las instituciones nacionales de derechos humanos (INDH) son mecanismos importantes para promover y proteger los derechos humanos. Sus funciones a este respecto comprenden la prestación de asesoramiento al Gobierno y la recomendación de cambios normativos o legislativos, el examen de las denuncias, la realización de investigaciones, la vigilancia de la ratificación y aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos, y la capacitación y educación públicas⁴⁷. Las INDH a menudo desempeñan funciones cuasi judiciales, y su mandato les permite contribuir al desarrollo de la legislación. En su mayoría pueden considerarse comisiones o defensores del pueblo. Algunos países tienen defensores del pueblo en el sector de la salud.

Aunque la mayoría de las INDH tradicionalmente han centrado su labor en los derechos civiles y políticos, cada vez dedican más

⁴⁷ Véase Principios relativos al estatuto de las instituciones nacionales ("Principios de París"), resolución 48/134 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993.

atención a los derechos económicos, sociales y culturales. Pueden representar otro medio de proteger el derecho a la salud.

Algunas comisiones nacionales de derechos humanos y el derecho a la salud

El mandato de la *Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India* (<http://nhrc.nic.in>) consiste en proteger y promover los derechos garantizados por la Constitución de la India y los tratados internacionales. La Comisión ha desarrollado una gran actividad con respecto al derecho a la salud. Por ejemplo, ha promovido el mejoramiento de las instalaciones sanitarias del país y la asignación de personal médico a la población rural. También ha formulado varias recomendaciones al Gobierno para que adopte políticas que promuevan el derecho a la salud. Por ejemplo, recomendó la construcción de centros de salud en las aldeas; la creación de un mecanismo adecuado que garantice el suministro de medicamentos esenciales a los centros de atención primaria de salud; la creación de asociaciones entre los sectores público y privado a fin de obtener el mayor provecho posible de las instalaciones sanitarias; y la organización periódica de programas de inmunización por el Departamento de Salud a fin de contener todas las enfermedades infantiles en la etapa más temprana posible. En un informe publicado en febrero de 2007, la Comisión también denunció la falta de agua potable en muchas zonas del país.

La Comisión también ha defendido la necesidad de prohibir la busca, que tiene efectos muy negativos en la salud. Recomendó que el Gobierno rehabilite y reintegre a las personas liberadas que se dedicaban a la busca, que los bancos les faciliten préstamos a un tipo de interés favorable y que se escolarice a los hijos.

El *Defensor del Pueblo de Finlandia* (<http://www.oikeusasiamies.fi>) recibe un número cada vez mayor de quejas relacionadas con el derecho a la salud, en particular respecto de los derechos de los pacientes y del derecho a atención sanitaria (garantizados por la Constitución). En 2005, examinó varias quejas de falta de servicios sanitarios adecuados y de acceso a un tratamiento de calidad, y de maltrato de pacientes. El Defensor del Pueblo celebró consultas con la Junta Nacional de Asuntos Médicolegales para adoptar una decisión sobre esas cuestiones.

La *Comisión Nacional de Derechos Humanos de México* (www.cndh.org.mx) ha examinado un número cada vez mayor de quejas relacionadas con el derecho a la salud, en particular la negativa a prestar o la prestación inadecuada de servicios de salud pública, y negligencia médica. En 2004, la Comisión dirigió una recomendación general a los ministros nacionales y de distrito competentes en relación con los derechos humanos de las personas con discapacidad psicológica internadas en centros de reclusión. La recomendación se basaba en una investigación y en visitas realizadas a centros de ese tipo en todo el país a fin de examinar el cumplimiento de las normas de derechos humanos.

B. Rendición de cuentas en el plano regional

Como se señaló más arriba, las convenciones y tratados regionales de derechos humanos, como el Protocolo de San Salvador, reconocen el derecho a la salud y otros derechos relacionados con la salud.

Sus órganos y tribunales, en particular la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, la Corte Interamericana de Derechos Humanos y el Comité Europeo de Derechos Sociales, desempeñan un papel importante en la protección del derecho a la salud.

La **Comisión Interamericana de Derechos Humanos** ha proporcionado ayuda inmediata a personas que viven con el VIH/SIDA⁴⁸. En 2001, la Comisión examinó una denuncia de 27 personas que vivían con el VIH/SIDA contra El Salvador por incumplimiento de sus obligaciones en relación con el derecho a la vida, la salud y otros derechos y por no suministrarles los medicamentos que integran la triple terapia. La Comisión recomendó, como medidas cautelares, que el Estado suministrara a esas personas dichos medicamentos y la atención hospitalaria, farmacéutica y nutricional necesaria. La Corte Suprema del Salvador, teniendo en cuenta las críticas de la

⁴⁸ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Jorge Odir Miranda Cortez y otros c. El Salvador*, informe N° 29/11, caso N° 12.249, decisión de admisibilidad, 7 de marzo de 2001.

Comisión, ordenó al Estado que suministrara los medicamentos que integran la triple terapia a los demandantes. En el curso de ese año se aprobó la Ley de prevención y control de la infección provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana, que atendía muchas de las preocupaciones de la Comisión.

C. Seguimiento internacional

Órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados

La aplicación de los tratados de derechos humanos básicos de las Naciones Unidas es objeto de seguimiento por comités integrados por expertos independientes, a menudo denominados *órganos creados en virtud de tratados*⁴⁹, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Comité de los Derechos del Niño.

El seguimiento del cumplimiento de las disposiciones de los tratados por los Estados partes se lleva a cabo fundamentalmente a través de sus informes periódicos sobre el respeto de los derechos en el plano nacional. Los comités examinan esos informes junto con otra información pertinente presentada por los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil (también denominados informes paralelos). La consideración de los informes de los Estados partes se realiza mediante un diálogo constructivo con los representantes del Estado parte.

A continuación los comités formulan sus *observaciones finales*, en las que se exponen los aspectos positivos y sus preocupaciones y se formulan recomendaciones para la acción. El examen del respeto del derecho a la salud ha correspondido principalmente al Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité para la Eliminación de

⁴⁹ Para más información sobre los órganos de seguimiento del cumplimiento de los tratados, véanse los Folletos informativos Nos. 10/Rev.1, 12, 15/Rev.1, 16/Rev.1, 22, 24/Rev.1 y 30.

la Discriminación contra la Mujer y el Comité de los Derechos del Niño. El Comité contra la Tortura se ha concentrado en el acceso a la salud de las personas detenidas, incluidas las que están en instituciones psiquiátricas, y en la rehabilitación de las víctimas de tortura y violencia sexual.

Además, el Comité de Derechos Humanos, el Comité contra la Tortura, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Comité para los Trabajadores Migratorios, el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Comité sobre las desapariciones forzadas tienen mecanismos propios de examen de denuncias⁵⁰. Las presuntas víctimas de violaciones de derechos humanos pueden presentar una denuncia al órgano competente creado en virtud de tratados, el cual remitirá sus conclusiones y recomendaciones al Estado parte interesado (una vez que se hayan agotado todos los recursos internos). El Comité de los Derechos del Niño y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales carecen de mecanismos propios de examen de denuncias. En 2007, la comunidad internacional empezó a negociar un proyecto de protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. La aprobación de ese protocolo ofrecería una vía adicional para presentar denuncias individuales en relación con el derecho a la salud. Podrían presentarse denuncias relacionadas con *todos* los aspectos de ese derecho, en vez de limitarse -como en la actualidad- a determinadas personas, como los trabajadores migratorios, las mujeres o las personas con discapacidad⁵¹, ante los actuales mecanismos relacionados con tratados.

⁵⁰ El Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Comité sobre las desapariciones forzadas se establecerán cuando las convenciones respectivas entren en vigor. Véase también el Folleto informativo N° 7/Rev.1.

⁵¹ Cuando entre en vigor el Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud

"Procedimientos especiales" es la denominación general que se da a los mecanismos establecidos por la Comisión de Derechos Humanos y, a partir de marzo de 2006, por el Consejo de Derechos Humanos con el mandato de examinar cuestiones que son motivo de preocupación en todas las partes del mundo. Si bien los mandatos pueden variar, los mecanismos de procedimientos especiales normalmente realizan un seguimiento y examinan y presentan un informe público de la situación de los derechos humanos en determinados países o en relación con grandes temas de derechos humanos en todo el mundo⁵².

En su resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos creó el mandato de Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Paul Hunt fue nombrado primer Relator Especial en 2002.

Mandato del Relator Especial sobre el derecho a la salud

- Recopilar, solicitar, recibir e intercambiar información de todas las fuentes pertinentes sobre el derecho a la salud;
- Mantener un diálogo y examinar la posible cooperación con todos los agentes pertinentes, incluidos gobiernos, órganos, organismos especializados y programas de las Naciones Unidas, en particular la OMS y el ONUSIDA, así como ONG e instituciones financieras internacionales;
- Informar sobre la situación del derecho a la salud en todo el mundo, inclusive legislación, políticas, buenas prácticas y obstáculos;
- Formular recomendaciones sobre medidas apropiadas para promover y proteger el derecho a la salud.

⁵² Para más información, véase el Folleto informativo N° 27.

En cumplimiento de su mandato, el Relator Especial decidió concentrar su labor en la consecución de tres objetivos principales:

- Promover y alentar a otros a promover el derecho a la salud como derecho humano fundamental;
- Esclarecer el contenido del derecho a la salud;
- Determinar las prácticas adecuadas para hacer realidad el derecho a la salud a nivel comunitario, nacional e internacional.

Los *métodos de trabajo* del Relator Especial consisten en realizar misiones a los países, investigar cuestiones que son motivo de preocupación, examinar las comunicaciones de personas o grupos en las que se denuncien presuntas violaciones del derecho a la salud, y mantener, cuando proceda, conversaciones con los gobiernos en relación con presuntas violaciones, y presentar informes anuales a la Asamblea General y al Consejo de Derechos Humanos⁵³.

Los informes anuales del Relator Especial se han centrado hasta la fecha en lo siguiente: esclarecer las fuentes y el contenido del derecho a la salud, la discriminación y el estigma en relación con ese derecho⁵⁴; el derecho a la salud sexual y reproductiva, examinando la relación que existe entre la pobreza y el derecho a la salud, en particular las estrategias de reducción de la pobreza, las enfermedades desatendidas, y el derecho a la salud y la prevención de la violencia⁵⁵; la discapacidad mental y el derecho a la salud⁵⁶; un sistema de salud

⁵³ Anteriormente Comisión de Derechos Humanos. *Ibíd.*

⁵⁴ E/CN.4/2003/58.

⁵⁵ E/CN.4/2004/49.

⁵⁶ E/CN.4/2005/51.

accesible a todos y los indicadores relacionados con el derecho a la salud⁵⁷; la salud y el movimiento de derechos humanos⁵⁸.

El Relator Especial también puede recibir *quejas de individuos u ONG*, y, si las considerara creíbles y serias, podría trasladarlas a los gobiernos. Varias presuntas violaciones del derecho a la salud han hecho referencia a la falta de acceso a la atención, bienes y servicios de salud, o a la alimentación forzada de detenidos o reclusos; la persecución de personal médico por sus actividades profesionales; la discriminación contra determinados individuos o grupos por su estado de salud, en particular el VIH/SIDA; un tratamiento médico sin el consentimiento del paciente, y la esterilización forzada; el maltrato de pacientes con problemas de salud mental; condiciones inadecuadas en los centros de tratamiento psiquiátrico, por ejemplo falta de nutrición y saneamiento adecuados; y denegación de servicios de salud a trabajadores migratorios⁵⁹.

Las personas o grupos que deseen enviar información al Relator Especial o señalar a su atención violaciones del derecho a la salud pueden ponerse en contacto con él en la siguiente dirección del ACNUDH: Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, OHCHR-UNOG, 8-14 avenue de la Paix. CH-1211 Ginebra 10, Suiza, o por correo electrónico: urgent-action@ohchr.org⁶⁰.

Además, se ocupan del derecho a la salud varios otros mandatos, como los relatores especiales sobre la educación, la alimentación, una vivienda adecuada, y la violencia contra la mujer, y expertos independientes sobre los derechos humanos y la pobreza extrema, las políticas de ajuste estructural y la deuda externa, y los efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícitos de productos y desechos tóxicos y peligrosos.

⁵⁷ E/CN.4/2006/48.

⁵⁸ A/HRC/4/28.

⁵⁹ E/CN.4/2005/51/Add.1.

⁶⁰ Véase <http://www.ohchr.org>.

Anexo

ALGUNOS INSTRUMENTOS INTERNACIONALES Y OTROS DOCUMENTOS RELACIONADOS CON EL DERECHO A LA SALUD (EN ORDEN CRONOLÓGICO)

Tratados internacionales

Carta de las Naciones Unidas (1945)

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946)

Carta Social Europea (1961)

Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y sus dos protocolos facultativos (1966 y 1989)

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y su Protocolo facultativo (1999)

Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)

Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y su Protocolo facultativo (2002)

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) (1988)

Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y sus dos protocolos facultativos (2000)

Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989)

Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (1990)

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) y su Protocolo facultativo (2006)

Declaraciones, normas y otros instrumentos internacionales

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978)

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993)

Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (1991)

Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad (1993)

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997)

Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos: versión consolidada 2006

Observaciones y recomendaciones generales de los órganos creados en virtud de tratados

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 15 (1990) sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el SIDA

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 19 (1992) sobre la violencia contra la mujer

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 6 (1995) sobre los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24 (1999) sobre la mujer y la salud

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 15 (2002) sobre el derecho al agua

Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño

Comité de los Derechos del Niño, Observación general N° 4 (2003) sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, Recomendación general N° 30 (2004) sobre la discriminación contra los no ciudadanos

Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos

Resoluciones 2000/82 y 2001/27 sobre las consecuencias de las políticas de ajuste estructural y de la deuda externa para el goce efectivo de los derechos humanos y, especialmente, de los derechos económicos, sociales y culturales

Resolución 2001/35 sobre los efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícito de productos y desechos tóxicos y peligrosos

Resoluciones 2002/31 y 2003/28 sobre el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental

Resoluciones 2001/33, 2002/32 y 2003/29 sobre el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA

Documentos finales de conferencias internacionales

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (1990)

Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y Programa 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992)

Declaración y Programa de Acción de Viena aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)

Declaración y Programa de Acción de El Cairo, informe de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994) - <http://www.un.org/popin/icpd2.htm>

Declaración del Milenio, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas "Asamblea del Milenio" (2000)

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y su seguimiento, Beijing + 5 (2000)

Declaración de Estambul y Programa de Hábitat de la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (1996) y Declaración sobre las ciudades y otros asentamientos humanos en el nuevo milenio del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General para examinar y evaluar la aplicación de los resultados de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (2001)

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, "Crisis mundial, acción mundial", aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA (2001)

Declaración y Programa de Acción de Durban de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2001)

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (2002)

Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (1996) y su seguimiento, Declaración de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación: cinco años después, Alianza Internacional contra el Hambre (2002)

Algunos sitios web

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, www.ohchr.org

Órganos creados en virtud de tratados de las Naciones Unidas de derechos humanos, <http://www.ohchr.org>

Relator Especial sobre el derecho de toda persona al nivel más alto posible de salud física y mental, incluidos los informes anuales y las visitas a los países, www.ohchr.org

Grupo de Trabajo de composición abierta sobre un Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <http://www.ohchr.org>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), www.unicef.org

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), www.unfpa.org

Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), www.unaids.org

Organización Mundial de la Salud (OMS), www.who.int

Folletos Informativos sobre Derechos Humanos* :

- Nº 2 (Rev.1) *Carta Internacional de Derechos Humanos*
- Nº 3 (Rev.1) *Servicios de asesoramiento y de asistencia técnica en materia de derechos humanos*
- Nº 4 (Rev.1) *Lucha contra la tortura*
- Nº 6 (Rev.2) *Desapariciones forzadas o involuntarias*
- Nº 7 (Rev.1) *Procedimientos para presentar denuncias*
- Nº 9 (Rev.2) *Los derechos de los pueblos indígenas*
- Nº 10 (Rev.1) *Los derechos del niño*
- Nº 11 (Rev.1) *Ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias*
- Nº 12 *Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial*
- Nº 13 *El derecho humanitario internacional y los derechos humanos*
- Nº 14 *Formas contemporáneas de esclavitud*
- Nº 15 (Rev.1) *Derechos civiles y políticos: El Comité de Derechos Humanos*
- Nº 16 (Rev.1) *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*
- Nº 17 *Comité contra la Tortura*
- Nº 18 (Rev.1) *Los derechos de las minorías*
- Nº 19 *Instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos*
- Nº 20 *Los derechos humanos y los refugiados*
- Nº 21 *El derecho humano a una vivienda adecuada*
- Nº 22 *Discriminación contra la mujer: la Convención y el Comité*
- Nº 23 *Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer y el niño*

* Los Folletos informativos Nos. 1, 5 y 8 han dejado de publicarse. Todos los Folletos informativos pueden consultarse en línea en la dirección <http://www.ohchr.org>.

-
- Nº 24 (Rev.1) *Convención internacional sobre los trabajadores migratorios y su Comité*
- Nº 25 *Los desalojos forzosos y los derechos humanos*
- Nº 26 *El Grupo de Trabajo sobre la Detención Arbitraria*
- Nº 27 *Diecisiete preguntas frecuentes acerca de los Relatores Especiales de las Naciones Unidas*
- Nº 28 *Repercusión de las actividades de los mercenarios sobre el derecho de los pueblos a la libre determinación*
- Nº 29 *Los defensores de los derechos humanos: protección del derecho a defender los derechos humanos*
- Nº 30 *El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas - Introducción a los tratados fundamentales de derechos humanos y a los órganos creados en virtud de tratados*
- Nº 31 *El derecho a la salud*

La serie de *Folletos informativos sobre los derechos humanos* es una publicación de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra. Tratan de determinadas cuestiones de derechos humanos que están en curso de examen o que revisten especial interés.

La finalidad de los *Folletos informativos sobre los derechos humanos* es que cada vez más personas conozcan los derechos humanos fundamentales, la labor que realizan las Naciones Unidas para promoverlos y protegerlos y los mecanismos internacionales con que se cuenta para ayudar a hacerlos efectivos. Los *Folletos informativos sobre los derechos humanos* son gratuitos y se distribuyen en todo el mundo. Se recomienda su reproducción en idiomas distintos a los idiomas oficiales de las Naciones Unidas a condición de que no se modifique su texto, se informe al respecto a la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en Ginebra y se la mencione debidamente como fuente de la información.

Las peticiones de información deben dirigirse a:

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos en Ginebra
8-14, Avenue de la Paix
1211 Ginebra 10, Suiza

Oficina de Nueva York:
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos
United Nations
New York, NY 10017
Estados Unidos de América