



Asamblea General

Distr. general
10 de octubre de 2003
Español
Original: inglés

Quincuagésimo octavo período de sesiones

Tema 117 c) del programa

**Cuestiones relativas a los derechos humanos: situaciones
relativas a los derechos humanos e informes de relatores
y representantes especiales**

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Nota del Secretario General*

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, de conformidad con la resolución 2003/45 del Consejo Económico y Social.

* El informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.



Informe provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Sr. Paul Hunt

Resumen

El presente informe se refiere a las actividades realizadas por el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental después de la presentación de su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2003/58) y trata algunas cuestiones que éste considera de particular interés. En la sección II, el Relator Especial sugiere que los indicadores del derecho a la salud pueden ayudar a los Estados a determinar cuándo se requieren ajustes normativos. A su juicio, algunos indicadores del derecho a la salud pueden ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud en su jurisdicción, en tanto que otros pueden ayudar a supervisar el cumplimiento de responsabilidades internacionales que trascienden las fronteras del Estado y tienen repercusiones en la salud de las personas en otras jurisdicciones. Atendiendo a lo solicitado por la Comisión, en la sección III se proporciona un panorama introductorio de algunas de las cuestiones conceptuales y de otras cuestiones que se derivan de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. En la sección IV, el Relator Especial expresa su preocupación por los obstáculos que sigue habiendo para el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, y sugiere que una de las contribuciones específicas que el enfoque basado en los derechos humanos aporta a la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA es el mejoramiento de la rendición de cuentas. En la sección V se explica brevemente la necesidad de hacer frente a las consecuencias que tiene para el derecho a la salud el olvido de ciertas enfermedades y considera que podría haber llegado el momento de elaborar un enfoque basado en el derecho a la salud para la eliminación de la lepra. Por último, tal como solicitó la Comisión, el Relator Especial hace observaciones sobre la propuesta de preparar un protocolo facultativo para el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Índice

| | <i>Párrafos</i> | <i>Página</i> |
|---|-----------------|---------------|
| I. Introducción..... | 1–4 | 4 |
| II. Indicadores del derecho a la salud: un enfoque gradual..... | 5–37 | 5 |
| III. Buenas prácticas relativas al derecho a la salud: sinopsis preliminar..... | 38–63 | 12 |
| IV. El VIH/SIDA y el derecho a la salud..... | 64–75 | 18 |
| V. Las enfermedades descuidadas, la lepra y el derecho a la salud..... | 76–80 | 21 |
| VI. Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales..... | 81–84 | 23 |
| VII. Observaciones finales..... | 85 | 24 |

I. Introducción

1. El mandato del Relator Especial figura en la resolución 2002/31 de la Comisión de Derechos Humanos. El Relator Especial, Paul Hunt (Nueva Zelanda), presentó su informe preliminar (E/CN.4/2003/58) a la Comisión en su 59° período de sesiones. En su resolución 2003/28, la Comisión lo invitó, entre otras cosas, a que presentara todos los años un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el contexto de su mandato. El presente informe tiene por objeto atender a esa petición.

2. Desde la presentación del informe preliminar, el Relator Especial ha seguido consultando a los Estados y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y estrechando la cooperación con ellos¹. En julio y agosto de 2003, el Relator Especial llevó a cabo una misión en la Organización Mundial del Comercio (OMC) para seguir supervisando y examinando las normas y políticas comerciales en el contexto del derecho a la salud. Para tal fin, se reunió con personal de la secretaría de la OMC, presidentes de los consejos correspondientes y miembros y observadores de esa organización. Durante esa misión, también se reunió con expertos de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), la OMS y algunas organizaciones no gubernamentales. El Relator Especial expresa su agradecimiento a todas las personas que se reunieron con él, así como al Director General de la OMC y a la ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos por el apoyo prestado en relación con la misión. Un informe de esa misión se presentará a la Comisión en su 60° período de sesiones, junto con un informe anual que incluirá detalles de otras actividades realizadas en el contexto de su mandato.

3. Todos los años mueren de enfermedades previsibles más de 10 millones de niños, es decir, 30.000 por día. Más de 500.000 mujeres mueren por año a causa del embarazo y el parto. Estas muertes son 100 veces más probables en el África subsahariana que en los países de altos ingresos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Cuarenta y dos millones de personas viven con el VIH/SIDA y 39 millones de ellas se encuentran en países en desarrollo. La tuberculosis causa 2 millones de muertes al año. Las muertes por paludismo, que en la actualidad son 1 millón por año, podrían duplicarse en los próximos 20 años. La lepra sigue estigmatizando a decenas de millones de personas. Más de 1.000 millones de personas, es decir, una de cada cinco, no tiene acceso al agua potable. El agua potable y el saneamiento adecuado son cuestiones de vida o muerte. La diarrea es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños: sólo en el decenio de 1990 el número de niños que murieron de esta enfermedad fue superior al total de muertos causados por conflictos armados desde 1945². Los problemas de salud del 90% de la población del mundo reciben el 10% de los fondos para investigación y desarrollo en materia de salud.

4. La mayor parte del presente informe se refiere a cuestiones conceptuales que no parecen tener relación alguna con estos hechos alarmantes. Por ejemplo, se examina lo que constituye un indicador de derecho a la salud y cuáles serían los criterios para identificar una buena práctica relativa al derecho a la salud. La labor conceptual de este tipo es valiosa siempre que, llegado el momento, conduzca al mejoramiento de la situación de la salud y al mayor respeto del derecho fundamental a la salud, especialmente de los pobres. El Relator Especial agradecerá a los Estados Miembros que hagan observaciones sobre cualquier asunto relacionado con el presente informe o con su mandato en general y, en particular, que respondan a las siguientes preguntas:

a) ¿Los indicadores de derecho a la salud son instrumentos útiles para ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud en su jurisdicción? ¿Son también instrumentos útiles para supervisar el cumplimiento de las responsabilidades internacionales que i) trascienden las fronteras del Estado y ii) tienen consecuencias para la salud? (véanse párrs. 5 a 37);

b) Cuando el Relator Especial busque ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud, ¿cómo distinguirá entre éstas y las buenas prácticas relativas a la salud? (véanse párrs. 38 a 62);

c) ¿Cuál es la contribución específica que puede hacer el Relator Especial en lo que respecta al VIH/SIDA? (véanse párrs. 64 a 75);

d) La investigación en materia de salud es fundamental para la promoción de la buena salud, el desarrollo y el alivio de la pobreza; sin embargo, los problemas de salud del 90% de la población mundial reciben solamente el 10% de los fondos para investigación y desarrollo en materia de salud. ¿Cómo debe abordarse este grave problema humanitario y de derechos humanos? (véanse párrs. 76 a 80).

II. Indicadores del derecho a la salud: un enfoque gradual

5. En el párrafo 33 de su informe preliminar, el Relator Especial señaló que deseaba explorar varios marcos e instrumentos analíticos que permitieran lograr una mejor comprensión del derecho a la salud. Además, determinó que había tres marcos o instrumentos de particular interés, y que el tercero eran los indicadores y las bases de referencia relativos al derecho a la salud:

“En tercer lugar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala la importancia de los indicadores y bases de referencia [véanse párrs. 57 y 58 de la observación general No. 14]. El derecho a la salud reconocido internacionalmente está sujeto a una realización paulatina. Indudablemente, esto significa que con el tiempo lo que se espera de un Estado será diferente. Para vigilar los adelantos obtenidos, el Estado necesita un mecanismo que haga posible medir esta dimensión variable del derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sugiere que el mecanismo más apropiado es la aplicación combinada de indicadores y bases de referencia nacionales en la esfera del derecho a la salud. Un Estado selecciona los indicadores adecuados relacionados con el derecho a la salud que le permitan vigilar las distintas dimensiones de ese derecho. Cada indicador tendrá que estar desglosado según los distintos motivos de discriminación prohibidos. A continuación, el Estado fija una serie de objetivos —o base de referencia— nacionales en relación con cada uno de los indicadores desglosados. El Estado puede emplear estos indicadores y bases de referencia nacionales para vigilar los progresos conseguidos, lo cual le permite determinar cuándo se requieren ajustes normativos. Evidentemente, por muy refinados que sean, los indicadores y bases de referencia relativos al derecho a la salud no reflejarán nunca de manera completa la situación del disfrute del derecho a la salud en una determinada jurisdicción. A lo sumo, proporcionarán unas indicaciones útiles de carácter general sobre el derecho a la salud en un determinado contexto nacional.”

6. Después de la presentación de su informe preliminar, el Relator Especial asistió a un curso práctico sobre indicadores relativos al derecho a la salud organizado

por la OMS. Sobre la base de esa reunión y de otras consultas, el Relator Especial elabora en los párrafos que siguen su enfoque general de los indicadores del derecho a la salud. Invita a todas las partes a que hagan observaciones y sugerencias sobre este enfoque general. El Relator Especial se propone mantener centrada su atención en los indicadores del derecho a la salud, con miras a elaborar paulatinamente un enfoque práctico, realista y equilibrado.

¿Cuál es la función de los indicadores de derechos humanos?

7. El *Informe sobre Desarrollo Humano 2000* del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): *Derechos Humanos y Desarrollo Humano* dedica un capítulo al uso cuidadoso de los indicadores de derechos humanos y demuestra en forma contundente por qué deben utilizarse: “los indicadores estadísticos son un poderoso instrumento en la lucha por los derechos humanos. Permiten que las personas y las organizaciones, desde los activistas de base y la sociedad civil hasta los gobiernos y las Naciones Unidas, distingan los actores importantes y les exijan responsabilidad por sus acciones”³. Los indicadores, dice más adelante, se pueden usar como instrumento para:

- Formular mejores políticas y vigilar los progresos realizados;
- Determinar los efectos no deseados de leyes, políticas y prácticas;
- Determinar qué actores están influyendo en la realización de los derechos;
- Establecer si esos actores están cumpliendo sus obligaciones;
- Advertir de antemano posibles violaciones y poder adoptar medidas preventivas;
- Fortalecer el consenso social respecto de decisiones difíciles que deban adoptarse frente a la limitación de recursos;
- Sacar a la luz cuestiones que han sido desatendidas o silenciadas⁴.

Los indicadores de derechos humanos son cruciales para ayudar a los Estados y a otros actores a reconocer cuándo se necesitan ajustes normativos nacionales e internacionales.

¿Hay una diferencia entre un indicador de la salud y un indicador de derecho a la salud?

8. Los profesionales de la salud y los encargados de la formulación de políticas utilizan constantemente una gran variedad de indicadores de la salud. ¿Es posible apropiarse simplemente de estos indicadores y utilizarlos en el contexto de los derechos humanos? ¿O, por el contrario, los indicadores del derecho a la salud tienen características especiales que los distinguen de los indicadores de la salud? En caso afirmativo, ¿cuáles serían esas características?

9. En los últimos años, estas importantes preguntas no respondidas han impedido la evolución de los indicadores del derecho a la salud. El Relator Especial considera que ha llegado el momento de dar respuestas preliminares a estas difíciles preguntas. La siguiente respuesta preliminar podría tener que mejorarse en el futuro, pero se formula con el objetivo de permitir el progreso del debate sobre los indicadores del derecho a la salud.

10. A juicio del Relator Especial, los indicadores del derecho a la salud se derivan de las normas concretas del derecho a la salud, reflejan esas normas y vigilan su cumplimiento, por lo general con miras a lograr la rendición de cuentas de los responsables (véase E/CN.4/2003/58, párrs. 10 a 36). De este modo, lo que tiende a distinguir un indicador del derecho a la salud de un indicador de la salud no es tanto su fondo como i) su derivación explícita de normas concretas del derecho a la salud; y ii) el uso que se les da, a saber, la vigilancia del derecho a la salud con miras a conseguir la rendición de cuentas de los responsables⁵.

11. Por el momento, esta respuesta preliminar exige tres observaciones adicionales. En primer lugar, aunque se sugiere que un indicador de la salud puede considerarse un indicador del derecho a la salud si corresponde a una norma específica de derecho a la salud, esta correspondencia —o vínculo— debe ser razonablemente exacta. Por ejemplo, no resulta convincente sostener que un indicador de la salud es un indicador del derecho a la salud porque refleja de algún modo “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En ese caso, la norma es excesivamente vaga; por tanto, es inevitable que la correspondencia entre el indicador y la norma sea también vaga. La relación entre el indicador y la norma debe ser razonablemente estrecha y precisa.

12. En segundo lugar, el derecho a la salud no puede considerarse en forma aislada: éste se vincula íntimamente con el disfrute de otros derechos humanos y libertades fundamentales, incluidas la no discriminación y la igualdad —dos conceptos que reflejan la preocupación por los derechos humanos de los grupos vulnerables y desfavorecidos. Los indicadores del derecho a la salud, lo mismo que el derecho a la salud, deben considerarse en este contexto normativo más amplio. Por consiguiente, los indicadores del derecho a la salud no sólo deben reflejar las normas concretas relativas al derecho a la salud, sino también las disposiciones de derechos humanos conexas, incluidas la no discriminación y la igualdad. Por ejemplo, un indicador de la salud puede no desglosarse, pero muchos indicadores del derecho a la salud tendrán que desglosarse necesariamente, de otro modo no reflejarán elementos esenciales del derecho a la salud.

13. En tercer lugar, la comunidad promotora de los derechos humanos debe reconocer que la recopilación de datos desglosados sigue siendo un reto enorme para muchos Estados. Debido a la falta de capacidad, a veces es imposible obtener datos fiables desglosados. Con todo, el objetivo inicial debe ser la utilización, cuando corresponda, de indicadores del derecho a la salud desglosados en tantas esferas de discriminación prohibidas internacionalmente como sea posible⁶.

Tres categorías de indicadores del derecho a la salud

14. La bibliografía correspondiente revela la existencia de una multiplicidad de indicadores de la salud. Sin embargo, hay una dificultad aún más importante. El Relator Especial no tiene conocimiento de que haya una forma convenida y uniforme de agrupar en categorías y denominar los distintos tipos de indicadores de la salud. Por ejemplo, pueden encontrarse las siguientes categorías y denominaciones de indicadores: de ejecución, estadísticos, variables, de proceso, de desempeño, de producto, de rendimiento, de resultados, de logros, estructurales, de examen, cualitativos, cuantitativos, centrales y calificados. El mismo indicador puede aparecer en varias categorías. La falta de un enfoque común para la clasificación de los indicadores de la salud constituye un problema para aquellos que desean introducir un sistema simple, coherente y racional para los indicadores del derecho a la salud.

15. A fin de que el debate sobre los indicadores del derecho a la salud progrese, debe haber cierto grado de claridad y uniformidad terminológica. El Relator Especial sugiere que en un primer momento se preste especial atención a las siguientes categorías de indicadores del derecho a la salud: indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de evolución. Aunque no hay unanimidad en la bibliografía correspondiente, estas categorías y denominaciones parecen comprenderse en general —por ejemplo, son las utilizadas corrientemente por el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica de la OMS⁷. El Relator Especial reconoce que llegará un momento en que pueda ser necesario buscar otras categorías. Además, estas categorías tal vez tengan que perfeccionarse sobre la base de la experiencia. Sin embargo, para que el debate progrese, propone empezar prestando especial atención a estas tres categorías de indicadores, tal como se describe en los párrafos siguientes.

16. El Relator Especial se complace en informar de que Eibe Riedel, Vicepresidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha acordado usar las denominaciones “indicador estructural”, “indicador de proceso” e “indicador de evolución” en la forma que se describe a continuación cuando se haga referencia a indicadores del derecho a la salud. Lo importante es que este acuerdo debería conducir a la elaboración de enfoques uniformes, por el Relator Especial y el Comité, de indicadores del derecho a la salud. Esa uniformidad simplificará la labor relacionada con los indicadores del derecho a la salud de los Estados, las organizaciones intergubernamentales, los grupos de la sociedad civil y otros actores. El Relator Especial agradece profundamente al Vicepresidente el apoyo prestado en esta empresa.

17. El propósito de las observaciones que se hacen a continuación no es establecer indicadores del derecho a la salud concretos. Su objetivo es más modesto: establecer algunas categorías y denominaciones básicas para los indicadores del derecho a la salud. El siguiente paso será establecer indicadores del derecho a la salud concretos utilizando el enfoque que se explica a continuación.

Indicadores estructurales

18. Los indicadores estructurales son los indicadores más simples. Habitualmente se presentan en forma de pregunta y suelen requerir una simple respuesta afirmativa o negativa. La respuesta a la pregunta suele depender de información que se obtiene fácilmente. En otras palabras, los indicadores estructurales constituyen un método de evaluación rápida y de obtención económica de información basado en un cuestionario. Como ya se indicó, el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica usa corrientemente la denominación “indicadores estructurales” y este método basado en un cuestionario.

19. En el sentido amplio, los indicadores estructurales determinan si existen estructuras, sistemas y mecanismos relacionados con determinada cuestión. Así pues, un indicador estructural del derecho a la salud determinaría si se han establecido estructuras, sistemas y mecanismos fundamentales considerados necesarios para la realización o la promoción del derecho a la salud.

20. A modo de ilustración, se indican más abajo algunos indicadores estructurales tomados de las esferas generales del derecho y las políticas, la salud sexual y reproductiva y los medicamentos esenciales:

- ¿El derecho a la salud está consagrado en la Constitución?

- ¿Tiene el Estado una institución nacional de derechos humanos cuyo mandato incluya el derecho a la salud?
- ¿El Gobierno ha aprobado una estrategia y un plan de acción nacionales para reducir la mortalidad materna?
- ¿Tiene el Gobierno una lista de medicamentos esenciales?
- ¿Qué medicamentos son proporcionados gratuitamente por los servicios públicos de atención primaria de la salud:
 - ¿Todos los medicamentos?
 - ¿Medicamentos para el paludismo?
 - ¿Medicamentos relacionados con el VIH/SIDA?
 - ¿Son gratuitos los medicamentos para los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas, las personas de edad y todos aquellos que no pueden pagarlos?
 - ¿No hay ningún medicamento gratuito?
- ¿Se han incorporado en la legislación nacional disposiciones relativas a la obtención obligatoria de licencia para los medicamentos?

21. Estos ejemplos indican tanto la utilidad como las limitaciones de los indicadores estructurales. Por ejemplo, la respuesta a las tres primeras preguntas puede ser afirmativa y la información así obtenida será útil. Sin embargo, si un derecho constitucional a la salud no ha dado origen a ningún litigio ganado se tiene en cuenta en los procesos de formulación de políticas nacionales, su valor será restringido. En otras palabras, los indicadores estructurales —como todos los indicadores— son útiles, pero tienen sus limitaciones. La utilidad de los indicadores estructurales es mayor si se emplean junto con indicadores de procesos y evolución.

Indicadores de procesos e indicadores de evolución

Observaciones generales

22. Los indicadores de progreso y de evolución pueden formularse para ayudar al Estado a vigilar los parámetros variables del derecho a la salud derivados del concepto de realización progresiva. (Por esta razón se denominan a veces indicadores variables.) Estos son los indicadores mencionados por el Relator Especial en el párrafo del informe preliminar reproducido en el párrafo 5 *supra*. Son también los indicadores mencionados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones generales No. 14 (Derecho a la salud) y 15 (Derecho al agua)⁸. Su característica fundamental es que pueden utilizarse para vigilar los cambios que se producen en el transcurso del tiempo.

23. Es importante que, aunque el Comité ha afirmado la utilidad de los indicadores de proceso y de evolución, aún no ha establecido indicadores concretos del proceso y la evolución del derecho a la salud. Este es, pues, un reto para el futuro.

24. Por sí solos, los indicadores de proceso y de evolución dicen muy poco. Como se explica en las observaciones generales No. 14 y No. 15 de noviembre de 2002, éstos pueden ser un método útil cuando se utilizan en conjunción con bases de referencia o metas. Cuando los indicadores de procesos y de evolución se combinan con bases de referencia, se convierten en un método útil para vigilar la situación de la

salud en el curso del tiempo. Así pues, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años es un indicador de evolución —y la meta de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en (digamos) el 10% en el plazo de dos años es una base de referencia o meta. Por sí solo, el indicador de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, sin una base de referencia pasada, presente o futura, no da ninguna información. Muchos indicadores de proceso y de evolución (y, por consiguiente, también las bases de referencia) deben desglosarse por motivos de discriminación prohibidos.

25. Hay diferencias importantes entre los indicadores estructurales, por un lado, y los indicadores de procesos y evolución, por el otro. En tanto que el indicador estructural no necesita normalmente una base de referencia (por lo general permite sólo una respuesta afirmativa o negativa), los indicadores de proceso y de evolución dependen de bases de referencia o metas que suelen consistir en un porcentaje o número. Además, aunque un indicador estructural puede depender de un simple cuestionario, los indicadores de procesos y de evolución pueden requerir un estudio más complejo.

Indicadores de proceso

26. Los indicadores de proceso proporcionan información sobre los procesos mediante los cuales se aplican las políticas de salud. Estos indicadores miden el grado de realización de las actividades necesarias para alcanzar algunos objetivos de salud y los progresos de esas actividades en el transcurso del tiempo. En cierta forma, determinan el esfuerzo que se está haciendo, no el resultado.

27. A modo de ejemplo, se incluyen a continuación algunos indicadores de procesos tomados de la esfera de la salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA⁹:

- Porcentaje de mujeres que consultaron al menos una vez durante el embarazo a un profesional de la salud calificado por motivos relacionados con el embarazo;
- Porcentaje de nacimientos asistidos por profesionales calificados;
- Número de instalaciones con servicios obstétricos esenciales existentes por 500.000 habitantes;
- Porcentaje de la población con infección de VIH avanzada que recibe tratamiento combinado antirretrovírico.

Indicadores de evolución

28. Los indicadores de evolución miden los resultados de las políticas relacionadas con la salud. Estos indicadores revelan “hechos” sobre la salud de las personas, como por ejemplo la mortalidad materna, la prevalencia del VIH, la prevalencia de la violación, etc. Además, suelen reflejar múltiples procesos interrelacionados que determinan colectivamente un resultado; por ejemplo, la mortalidad materna —un indicador de evolución— se ve afectada por varios procesos, incluidos la atención de la salud de la madre, el saneamiento y la educación. Los indicadores de muchos objetivos de desarrollo del Milenio son indicadores de evolución.

29. A modo de ilustración, se incluyen algunos indicadores de evolución tomados de la esfera de la salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA¹⁰:

- El número de muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos;
- El número de muertes perinatales por 1.000 nacimientos vivos;

- Porcentaje de mujeres que han sufrido mutilación genital;
- Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) infectados con el VIH.

Indicadores del derecho a la salud en los planos nacional e internacional

30. Los aspectos esenciales del derecho internacional relativo a los derechos humanos tienen que ver con actos y omisiones de los Estados dentro de sus propias jurisdicciones. Naturalmente, los debates sobre indicadores de derechos humanos suelen tener la misma orientación. De hecho, los indicadores que se citaron como ejemplo en los párrafos precedentes se centran en el plano nacional.

31. Sin embargo, como señaló el Relator Especial en su informe preliminar, los instrumentos internacionales de derechos humanos también responsabilizan a los Estados por acciones que tienen consecuencias más allá de sus propias jurisdicciones —por ejemplo, las referencias a la asistencia y la cooperación internacionales y otras formulaciones análogas de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como de tratados vinculantes de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, los documentos finales de las recientes conferencias mundiales incluyen pasajes que recuerdan las disposiciones relacionadas con la asistencia y la cooperación internacionales de los instrumentos internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, en la Declaración del Milenio, 147 Jefes de Estado y de Gobierno —en total 191 naciones— reconocieron que “además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (párr. 2). La Declaración del Milenio afirma reiteradamente los dos principios de responsabilidad colectiva y equidad mundial, principios que también forman parte del concepto de asistencia y cooperación internacionales formulado desde la perspectiva de los derechos humanos.

32. En este contexto, el Relator Especial hace dos observaciones generales. En primer lugar, la asistencia y la cooperación internacionales no deben entenderse como aplicables exclusivamente a las esferas financiera y técnica: también se refieren a la responsabilidad de trabajar activamente para lograr el comercio multilateral equitativo y sistemas de inversiones y finanzas que conduzcan al alivio y la eliminación de la pobreza. En segundo lugar, los legisladores pueden debatir la naturaleza jurídica y el alcance de la asistencia y la cooperación internacionales con arreglo a los instrumentos internacionales de derechos humanos, pero nadie puede negar seriamente que los Estados tienen, en mayor o menor grado, responsabilidades internacionales en materia de derechos humanos que trascienden sus propias fronteras.

33. En tales circunstancias, se necesitan indicadores de derechos humanos para supervisar el cumplimiento por los Estados de las responsabilidades en materia de derechos humanos que trascienden sus fronteras. La comunidad internacional ya ha empezado a establecer indicadores para vigilar el cumplimiento de esas responsabilidades. Por ejemplo, se han establecido varios indicadores relacionados con el octavo objetivo de la Declaración del Milenio, uno de los cuales es la cuantía de asistencia oficial para el desarrollo que aporta un donante expresada en porcentaje de su producto nacional bruto. En 2001, la Asamblea General, en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, aprobó la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA “Crisis mundial-Acción mundial” (resolución S-26/2) y, el año siguiente, la Junta de Coordinación del ONUSIDA aprobó un conjunto de indicadores

para la aplicación de la Declaración de Compromiso¹¹. Cinco de estos indicadores básicos se refieren al plano mundial. Un indicador es la cantidad de fondos entregados por los donantes internacionales a los países en desarrollo y los países en transición para el VIH/SIDA; otro es el porcentaje de empresas transnacionales instaladas en países en desarrollo que aplican políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. El Relator Especial no sostiene aquí que estos son indicadores de derechos humanos, sino que constituyen una base para formular indicadores de derechos humanos en el plano internacional.

34. El punto crucial es que todo intento de establecer indicadores del derecho a la salud debe abarcar las responsabilidades de los Estados en los planos nacional e internacional. Por su parte, el Relator Especial se propone trabajar en el futuro en el establecimiento de posibles indicadores del derecho a la salud en ambos planos.

Conclusión

35. En esta sección, el objetivo ha sido aclarar los conceptos básicos y la terminología que el Relator Especial empleará en su labor futura sobre los indicadores del derecho a la salud (se agradecerán observaciones al respecto). Para facilitar la comprensión del tema, el Relator Especial ha proporcionado ejemplos de indicadores estructurales, de proceso y de evolución en el ámbito de la salud. Sin embargo, con excepción de los dos primeros indicadores estructurales (véase párr. 20), los ejemplos de indicadores de la salud que se dan en esta sección no son necesariamente indicadores del derecho a la salud. El hecho de que lo sean o no será objeto de un estudio separado en los siguientes informes.

36. En función de los recursos disponibles y de las observaciones que reciba sobre el enfoque esbozado en esta sección, el Relator Especial se propone aplicar este enfoque a una o más especializaciones, como por ejemplo, los medicamentos esenciales, la salud sexual y reproductiva, el VIH/SIDA, la salud infantil, y el agua y el saneamiento. De este modo, en colaboración con otros actores fundamentales, el Relator Especial espera elaborar gradualmente un conjunto manejable de indicadores del derecho a la salud que ayude a los Estados y a otros interesados a mejorar la realización del derecho a la salud reconocido internacionalmente.

37. El Relator Especial desea reiterar lo que ya dijo en su informe preliminar, a saber, que sería ingenuo esperar demasiado de los indicadores del derecho a la salud. Por más complejos que éstos sean, los indicadores del derecho a la salud no darán una imagen completa del disfrute del derecho a la salud en una jurisdicción determinada ni permitirán saber si el Estado cumple las obligaciones internacionales que le incumben en relación con el derecho a la salud. De todos modos, si se utilizan cuidadosamente, éstos pueden ayudar a los Estados y a otros agentes a vigilar y medir la realización progresiva del derecho internacional a la salud.

III. Buenas prácticas relativas al derecho a la salud: sinopsis preliminar

38. La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/28, invitó al Relator Especial a que prestara especial atención a la determinación de las mejores prácticas para la operacionalización efectiva del derecho a la salud (párr. 15). Esta sección de su informe provisional es una respuesta preliminar a esa invitación, basada

en un examen inicial de la literatura y en consultas oficiosas con expertos de organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales y con académicos especializados en materia de salud y derechos humanos. El Relator Especial espera ampliar y profundizar estas consultas preliminares en el futuro.

39. En algunos sectores parece existir una tendencia a abandonar el término “mejores prácticas” en favor del más modesto “buenas prácticas”; véase, por ejemplo, la labor del Comité Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Mujer y la Igualdad entre los Géneros. Mientras el debate sobre las mejores prácticas y el derecho a la salud esté en una etapa tan embrionaria, el Relator Especial se propone usar el término más incluyente “buenas prácticas”.

40. Hay una amplia literatura sobre las mejores prácticas y las buenas prácticas en muchos campos, entre ellos algunos que tienen dimensiones de salud y derechos humanos. Sin embargo, el Relator Especial todavía no ha encontrado literatura sobre mejores prácticas o buenas prácticas en relación con el derecho a la salud. Por tanto, las observaciones introductorias que siguen tienen por objeto comenzar un debate público sobre las buenas prácticas y el derecho a la salud. En primer lugar, indican algunas de las principales cuestiones conceptuales, incluidos posibles criterios para decidir qué es una buena práctica relativa al derecho a la salud. En segundo lugar, esbozan una posible taxonomía o clasificación de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. En tercer lugar, presentan algunas iniciativas reales que podrían constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud, o contener elementos de tales prácticas.

41. Por supuesto, hasta que se adopten los criterios para decidir qué es una buena práctica en relación con el derecho a la salud, puede argumentarse que es prematuro examinar posibles buenas prácticas en ese terreno. Sin embargo, dado que los parámetros de este tema no son muy conocidos, el Relator Especial considera que, para comenzar, es conveniente presentar una sinopsis introductoria del tema general, aunque esté sujeta a limitaciones importantes. Sobre la base de esta sinopsis general se podrían adoptar decisiones preliminares sobre la manera de seguir adelante.

Algunas cuestiones conceptuales

42. Es necesario elaborar un método general para comprender y usar las buenas prácticas. Por ejemplo, una buena práctica en un contexto podría no ser adecuada en otro. Para que el concepto de buena práctica sea un instrumento útil, sería conveniente determinar las circunstancias concretas que permiten transferir una buena práctica a otro contexto nacional o cultural. Esas cuestiones de método pueden parecer muy alejadas de la tarea práctica que nos ocupa, a saber, determinar buenas prácticas que ayuden a los individuos y las comunidades, pero a la larga podrían aumentar su eficacia¹².

43. ¿Qué es una buena práctica en general? Si bien hay muchas definiciones, ninguna tiene aceptación universal. Una definición simple es que es una iniciativa, algunos de cuyos elementos son transferibles, que es más eficaz que otras iniciativas que tienen el mismo objetivo. Diferentes organizaciones aplican criterios diferentes para determinar si una iniciativa se puede considerar buena práctica o mejor práctica. Por ejemplo, en el contexto de la pobreza y la exclusión social, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) considera que las mejores prácticas tienen cuatro características: son innovadoras, logran un resultado positivo, tienen un efecto sostenible, y pueden reproducirse y servir de modelo para generar iniciativas en otros lugares.

44. El método, la definición y los criterios de las buenas prácticas en general, cualesquiera que sean, tienen que aplicarse concretamente al derecho a la salud. Por tanto, una definición de trabajo de buena práctica relativa al derecho a la salud es una iniciativa, algunos de cuyos elementos son transferibles, que es más eficaz que otras iniciativas para realizar el derecho a la salud. Esto conduce a la pregunta de cuál es la diferencia entre una buena práctica en relación con la salud y una buena práctica en relación con el derecho a la salud. En otras palabras, ¿son todas las buenas prácticas relativas a la salud también buenas prácticas relativas al derecho a la salud? Si no, ¿cuáles son los criterios de una buena práctica relativa al derecho a la salud?

45. A los efectos del debate, el Relator Especial sugiere que una buena práctica relativa a la salud, para ser considerada buena práctica relativa al derecho a la salud, debe tener tres características especiales:

a) Aumenta de manera demostrable el disfrute por un individuo o un grupo de uno o más elementos del derecho a la salud, por ejemplo, aumenta su acceso a fármacos esenciales, mejora la calidad del entorno laboral, reduce prácticas de salud discriminatorias, aumenta la participación de los pobres en la elaboración de políticas de salud, fortalece el derecho a mecanismos de rendición de cuentas en materia de salud, etc.;

b) Presta atención especial a grupos vulnerables, incluidos los que viven en la pobreza;

c) Sus procesos y resultados son compatibles con el disfrute de todos los derechos humanos.

46. El Relator Especial agradecerá especialmente las observaciones sobre la conveniencia de estos criterios. ¿Se necesitan otras características? Por ejemplo, ¿es otro criterio de buena práctica relativa al derecho a la salud el reconocimiento explícito y previo por los responsables de que la iniciativa de salud refleja el derecho a la salud, o corresponde de alguna forma a dicho derecho?

47. Por dar otro ejemplo, ¿puede ser un criterio de buena práctica relativa al derecho a la salud que, en un país en que todavía no se han logrado niveles mínimos esenciales del derecho a la salud, la iniciativa contribuya a lograr uno o más aspectos de esos niveles mínimos esenciales? Si se añadiera este criterio, la instalación de un centro médico urbano especializado y costoso en un país en que la población rural mayoritaria no tiene acceso a la atención primaria de la salud no podría considerarse buena práctica.

48. Un tercer ejemplo: ¿son algunos elementos del derecho a la salud (por ejemplo, la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas) tan fundamentales que una buena práctica relativa a la salud, para ser considerada buena práctica relativa al derecho a la salud, debe potenciar siempre esos elementos fundamentales? En caso afirmativo, ¿qué elementos del derecho a la salud deben considerarse fundamentales?

Hacia una taxonomía de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud

49. Una vez acordados, los criterios se pueden aplicar a diversas iniciativas para determinar si realmente se pueden considerar buenas prácticas relativas al derecho a la salud. Hay innumerables ejemplos de buenas prácticas relativas a la salud, y es probable que también aparezcan muchos ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. Esto plantea la cuestión de cómo clasificar esas buenas prácticas relativas al derecho a la salud. No es conveniente poner todas las buenas prácticas relativas al derecho a la salud en

un solo grupo indiferenciado. En suma, es necesaria una taxonomía simple de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. Esta taxonomía tendrá varias ventajas, y una de ellas es que una taxonomía eficaz revelará en qué campos hay pocas buenas prácticas, y por tanto, en qué asuntos convendría que se concentraran los dedicados al derecho a la salud con miras a elaborar iniciativas especialmente necesarias.

50. Una taxonomía del derecho a la salud se puede organizar de varias maneras: por ejemplo, según el tipo de actores (por ejemplo, el poder legislativo, los tribunales, las instituciones nacionales de derechos humanos, el sector privado, las organizaciones internacionales, los Estados donantes, etc.); según los campos de intervención (por ejemplo, medicamentos esenciales, salud sexual y reproductiva, abastecimiento de agua y saneamiento, etc.); según el marco normativo del derecho a la salud; o cualquier combinación de éstos. El Relator Especial considera que en este momento la taxonomía se debería basar en el marco normativo constituido por el derecho a la salud. Después se podría refinar introduciendo más elementos, como otros actores y campos de intervención, pero por ahora el Relator empieza explorando una taxonomía de buenas prácticas relativas al derecho a la salud basada en normas del derecho a la salud.

51. El informe preliminar del Relator Especial esboza el marco normativo del derecho a la salud. Para la tarea que nos ocupa, hay tres aspectos de este marco que se deben mencionar brevemente. Primero, el derecho a la salud es un derecho incluyente, que abarca no sólo una atención de la salud oportuna y adecuada, sino también los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua salubre y potable y saneamiento adecuado, condiciones laborales y ambientales sanas, y acceso a la educación y a la información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Segundo, el derecho a la salud se debe entender como el derecho a disfrutar de los diversos establecimientos, bienes y servicios necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Tercero, los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes de la salud, deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.

52. Por tanto, una taxonomía basada en el marco normativo del derecho a la salud podría clasificar las iniciativas en las nueve categorías que figuran a continuación. Tras cada una de las categorías se dan uno o dos ejemplos para ilustrar posibles buenas prácticas relativas al derecho a la salud, o elementos de esas prácticas, que podrían servir de ejemplo de esa categoría. Por supuesto, hasta que se fijen los criterios sobre las buenas prácticas relativas al derecho a la salud, los ejemplos son hipotéticos: se dan sólo para indicar cómo podría funcionar la taxonomía de buenas prácticas relativas al derecho a la salud.

53. Por tanto, las buenas prácticas relativas al derecho a la salud se podrían clasificar como iniciativas que son compatibles con todos los derechos humanos, prestan atención particular a la vulnerabilidad y aumentan:

a) La *disponibilidad* de los establecimientos, bienes y servicios de salud dentro de la jurisdicción (ejemplo: cuando corresponda, leyes para expedir licencias obligatorias para medicamentos esenciales);

b) El *acceso sin discriminación*, jurídica o de hecho, a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: la elaboración y aplicación de una estrategia nacional amplia para promover la salud de la mujer durante toda su vida);

c) El *acceso físico* a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: agua potable en los barrios pobres y zonas rurales remotas, rampas de acceso a los edificios para las personas con impedimento físico);

- d) El *acceso económico* a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: medicamentos gratuitos para niños menores de 5 años, planes de asistencia gratuita para los pobres);
- e) El *acceso a la información sobre salud* (ejemplo: campañas con carteles para educar al público con información fidedigna sobre el VIH/SIDA);
- f) La *aceptabilidad cultural* de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: programas de capacitación para profesionales de la salud sobre la cultura de los pueblos indígenas que viven en la jurisdicción);
- g) La *calidad* de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: pruebas para detectar medicamentos de mala calidad, falsificados o contaminados);
- h) La *participación activa e informada* de individuos y grupos, y especialmente de los vulnerables y desfavorecidos, incluidos los que viven en la pobreza, en relación con las políticas y los programas y proyectos de salud (ejemplo: reuniones de aldeas para examinar prioridades y presupuestos locales en materia de salud);
- i) *Mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas* en relación con el derecho a la salud que sean eficaces, transparentes y accesibles (ejemplo: ombudsman de salud, evaluaciones de los efectos en la salud y los derechos humanos).

Ejemplos concretos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud

54. En el párrafo anterior se han dado ejemplos hipotéticos, pero el Relator Especial ha empezado a reunir iniciativas reales que podrían constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud. A continuación figuran sólo tres de esos ejemplos reales, por falta de espacio. Por supuesto, hasta que se resuelvan algunas de las cuestiones conceptuales indicadas, especialmente los criterios para determinar cuáles son las buenas prácticas relativas al derecho a la salud, es prematuro considerar esos ejemplos como tales buenas prácticas. Además, el Relator Especial no ha podido obtener confirmación independiente de todos los aspectos de esas prácticas¹³. No obstante, las ha incluido en los párrafos siguientes como ejemplos del tipo de iniciativas en curso que podrían resultar buenas prácticas relativas al derecho a la salud o contener elementos de tales prácticas¹⁴.

Brigadas de salud móviles de Colombia

55. Como el conflicto de Colombia se centra en las zonas rurales, las comunidades aisladas a menudo tienen acceso difícil a la atención médica. Las brigadas de salud móviles, proyecto del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Cruz Roja de Colombia y el Ministerio de Salud de Colombia, han ayudado a promover el acceso a los servicios de salud, incluso para los desplazados internos. Según informes, a lo largo de los ríos Caguán y Atrato los “barcos de salud” del CICR han llegado a comunidades aisladas situadas en zonas de conflicto. Para 1999 habían atendido a más de 11.000 pacientes¹⁵.

56. Por tanto, esta iniciativa podría ser un ejemplo de buena práctica relativa al derecho a la salud que aumenta la *disponibilidad y el acceso físico* a los establecimientos, bienes y servicios de salud.

Programa nacional contra el SIDA del Brasil

57. El acceso gratuito y universal a los antirretrovirales en los servicios públicos de salud, garantizado jurídicamente por el Gobierno de Brasil desde 1996, ha ampliado el acceso económico a estos medicamentos esenciales, lo cual ha aumentado el número de personas que reciben tratamiento y ha reducido la mortalidad en algunas zonas¹⁶. La estrategia del Gobierno se basa, por una parte, en su decisión de fomentar la producción nacional de antirretrovirales: para 2001, el 63% se fabricaba en el país. Por otra parte, el Gobierno ha intentado obtener los antirretrovirales disponibles en el mercado internacional al precio más bajo posible, a veces indicando que estaba dispuesto a expedir una licencia obligatoria. En resumen, el Gobierno ha estado dispuesto a utilizar los elementos de flexibilidad previstos en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y aclarados en la Declaración de Doha. La defensa del derecho al tratamiento del VIH/SIDA ha ayudado a luchar contra la discriminación y estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA¹⁷.

58. Otro elemento importante del Programa nacional contra el SIDA del Brasil es la participación activa de la sociedad civil. Según informes, los grupos que representan a las personas que viven con el VIH/SIDA, las organizaciones religiosas y muchos otros han sido particularmente activos, por ejemplo, en los comités asesores creados para asegurar la participación de la sociedad civil en el Programa.

59. Por tanto, el Programa podría ser un ejemplo de buena práctica relativa al derecho a la salud que aumenta la *disponibilidad* de medicamentos esenciales y el *acceso económico a ellos, la participación activa e informada* en los programas de salud y *la no discriminación*.

La Constitución de Sudáfrica y el caso de la Campaña para el tratamiento

60. La Constitución de Sudáfrica reconoce el derecho de todas las personas a tener acceso a los servicios públicos de salud y el derecho de los niños a una protección especial. El Gobierno de Sudáfrica adoptó la nevirapina como medicamento de elección para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, pero impuso restricciones a la disponibilidad del medicamento en el sector médico público. En el caso *Ministerio de Salud contra Campaña para el tratamiento*, el Tribunal Constitucional dictaminó que el Gobierno tenía que “elaborar y ejecutar un programa amplio y coordinado para realizar progresivamente el derecho de las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos a tener acceso a servicios de salud para luchar contra la transmisión materno-infantil del VIH”¹⁸. Además, el Tribunal ordenó al Gobierno, entre otras cosas, que ofreciera el tratamiento con nevirapina en los hospitales públicos.

61. El Relator Especial tiene entendido que el Gobierno está adoptando medidas para aplicar el fallo del Tribunal. Así, la Constitución de Sudáfrica, el caso *Campaña para el tratamiento* y el fallo del Tribunal Constitucional han responsabilizado conjuntamente a las autoridades en relación con el derecho a la salud. Cabe destacar el papel indispensable de las ONG y los medios de información en este proceso.

62. Por tanto, esta experiencia podría constituir ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud que conjuntamente establecen un *mecanismo de rendición de cuentas* relacionado con el derecho a la salud.

Conclusión

63. El objetivo de esta sección es modesto: comenzar un debate informado sobre las buenas prácticas y el derecho a la salud. Atendiendo a la petición de la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial ha intentado dar una sinopsis preliminar sobre este tema complejo. Evidentemente es necesario hacer mucho más. El Relator Especial se propone continuar su investigación y espera profundizar la colaboración con los actores pertinentes. Desearía recibir observaciones sobre las cuestiones conceptuales y las iniciativas indicadas en los párrafos anteriores. Además, acogería con mucho beneplácito otros ejemplos de iniciativas reales que pudieran constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud.

IV. EL VIH/SIDA y el derecho a la salud

64. La escala de la pandemia del VIH/SIDA y sus efectos en los derechos humanos de los afectados siguen superando con mucho las respuestas mundiales a esos problemas. Hoy 42 millones de personas de todo el mundo viven con el VIH y todos los días miles mueren de SIDA. Una respuesta mundial eficaz requiere un enfoque general que incluya prevención, tratamiento, cuidado y apoyo, que son elementos de un continuo que se refuerzan entre sí.

65. A los efectos de este informe, el Relator Especial desea subrayar su preocupación particular por los obstáculos que subsisten al acceso al tratamiento del VIH/SIDA, ya que el acceso es un componente fundamental del derecho a la salud. Se han hecho algunos progresos, y en los países de altos ingresos el tratamiento con antirretrovirales está ampliamente disponible. En el plano internacional se han contraído compromisos jurídicos y políticos de aumentar el acceso de todos a medicamentos esenciales, en particular en el contexto del Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. A pesar de ello, la situación sigue siendo urgente para los países en desarrollo, en los cuales reciben tratamiento menos del 5% de los afectados, y también para muchas poblaciones marginadas de países de altos ingresos. Para muchas personas de países en desarrollo el costo del tratamiento sigue siendo prohibitivo. Al mismo tiempo, las violaciones de los derechos humanos, incluida la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él, constituye un gran obstáculo para la prevención y el acceso al tratamiento y el cuidado. El efecto del VIH/SIDA en la mujer es especialmente devastador.

66. La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/29, reconoció que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo era uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (párr. 1). El Relator Especial subraya la necesidad urgente de garantizar la disponibilidad y el acceso al tratamiento para todos. Con cuidados y tratamientos adecuados, incluidos los medicamentos antirretrovirales, se puede prolongar la vida de los infectados por el VIH y aliviar sus sufrimientos. El uso de antirretrovirales reducirá significativamente la incidencia de infecciones oportunistas y la susceptibilidad a otras infecciones graves, como la tuberculosis¹⁹. Particularmente en las zonas en que el VIH es causa de hasta el 50% de las hospitalizaciones, el uso de los antirretrovirales aliviará la presión sobre los

sistemas de salud reduciendo la morbilidad y la mortalidad, y liberará el tiempo del personal y otros recursos²⁰.

67. Una consecuencia muy importante del acceso al tratamiento serán los efectos positivos en las iniciativas de prevención. La disponibilidad de tratamiento puede reducir el estigma y la discriminación disminuyendo el temor y permitiendo que las personas, las familias y las comunidades aborden abiertamente el VIH y el SIDA. Cuando hay tratamiento y todos los que lo necesitan tienen acceso a él, las personas tienden más a pedir pruebas y orientación voluntarias. Esto creará una mayor demanda de los servicios de pruebas y orientación voluntarias²¹. A su vez, con una asignación de recursos adecuada, esto debería conducir en última instancia a una infraestructura de salud más fuerte. Como ha dicho la OMS, el tratamiento del VIH no debe verse como una carga adicional, “sino como una nueva fuente de energía para alimentar la respuesta a la epidemia y para dar sostenibilidad a largo plazo a los sistemas de salud en general”²².

Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: derechos humanos y rendición de cuentas

68. La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA subraya que la plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, en particular el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/SIDA. El año 2003 es la “fecha límite” para lograr varios de los objetivos y metas relativos al tratamiento y la prevención establecidos por los Estados Miembros en la Declaración, entre ellos la elaboración de estrategias nacionales para fortalecer los sistemas de atención de la salud y abordar los factores que afectan a la disponibilidad de medicamentos contra el VIH. Los Estados Miembros acordaron “hacer todo lo posible por proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH/SIDA, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y la utilización eficaz de la terapia antirretroviral, en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de la calidad” (párr. 55)⁸. En este sentido, el Relator Especial acoge con beneplácito las recientes iniciativas de los Estados Miembros de la OMC encaminadas a que el Acuerdo sobre los ADPIC se interprete y ejecute para proteger la salud pública, y en particular, promover el acceso de todos a los medicamentos. El Relator Especial alienta a los Estados a que hagan uso, y respeten el uso por otros Estados, de toda la gama de elementos de flexibilidad que figuran en el Acuerdo sobre los ADPIC con miras a aumentar el acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo.

69. Esos compromisos políticos refuerzan las obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional de derechos humanos en cuanto a tratamiento, cuidado y prevención. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros instrumentos comprometen a los Estados a garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto incluye medidas relativas al tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas (art. 12.2 c)), como el acceso a medicamentos asequibles relacionados con el VIH, y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (art. 12.2 d)). La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer dispone en su artículo 12.1 que 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 el acceso a servicios de atención médica. Los Estados

partes en la Convención sobre los Derechos del Niño 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, y deben esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (art. 24).

70. Basándose en esas normas de derechos humanos, el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas constituye un medio de asegurar la rendición de cuentas respecto de los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA. Los mandatos otorgados a los procedimientos especiales de la Comisión de Derechos Humanos —examinar, supervisar e informar públicamente sobre la situación de los derechos humanos en países o territorios determinados o sobre casos graves de violación de los derechos humanos en todo el mundo— son un instrumento importante para la protección y la promoción de derechos relacionados con el VIH. En el transcurso de su labor, esos procedimientos especiales pueden ayudar a aumentar el respeto de los derechos relacionados con el VIH/SIDA mediante sus misiones a los países, informes, llamamientos de emergencia y otras tareas de promoción.

71. El Relator Especial se propone examinar detenidamente las cuestiones relativas al VIH/SIDA desde el punto de vista del derecho a la salud cuando visite en misión a los países. Considerará, por ejemplo, la manera en que los Estados han abordado los objetivos relacionados con el derecho a la salud que figuran en la Declaración de compromiso y las responsabilidades nacionales, regionales y mundiales enunciadas en los párrafos 94 a 103 de la Declaración. El Relator Especial observa que los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos también constituyen un foro apropiado para hacer preguntas —y ofrecer asesoramiento constructivo— a los Estados sobre las dimensiones de derechos humanos de sus políticas y programas sobre el VIH/SIDA, incluidos sus objetivos y responsabilidades en virtud de la Declaración. A juicio del Relator Especial, una de las contribuciones más destacadas que aportan el derecho y los procedimientos internacionales de derechos humanos a la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA es una mayor rendición de cuentas.

Reunión del ACNUDH/ONUSIDA para relatores especiales

72. En junio de 2003, el ONUSIDA y el ACNUDH celebraron una reunión conjunta de relatores especiales y otros expertos de la Comisión para elaborar un enfoque estratégico a fin de integrar en su labor las cuestiones relativas al VIH/SIDA, con miras a fortalecer las actividades de derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA en los países. Participaron 16 relatores especiales, representantes y expertos independientes (incluidos expertos con mandatos para países determinados y relatores temáticos), así como personas que vivían con el VIH/SIDA, expertos externos, el Enviado Especial del Secretario General sobre la cuestión del VIH/SIDA en Asia y personas que trabajaban en las comunidades para luchar contra la epidemia. La reunión fue una oportunidad de examinar los vínculos entre las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y los recursos humanos pertinentes para los mandatos de los procedimientos especiales, y permitió a los expertos intercambiar ideas y experiencias sobre la mejor manera de abordar cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA en el contexto de su labor, basándose en experiencias de buenas prácticas.

73. En la reunión se subrayó la importancia de abordar cuestiones de derechos humanos intersectoriales difíciles, incluidos los factores que contribuyen a los siguientes asuntos: las vulnerabilidades relacionadas con el VIH/SIDA; el estigma y la

discriminación (que sufren las personas que viven con el VIH/SIDA, pero también algunos grupos, como los usuarios de drogas intravenosas, los presos, los trabajadores sexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres); las desigualdades por razones de género (incluida la necesidad de luchar contra la explotación sexual y económica de la mujer y la niña, incluso en situaciones de conflicto, y promover la igualdad y la no discriminación en la familia, el matrimonio, la propiedad, etc.); y el acceso a la prevención y el tratamiento. Los relatores especiales destacaron la importancia de trabajar con las redes y estructuras actuales de los países, en particular con los grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los equipos de las Naciones Unidas en los países, las oficinas del ONUSIDA y el ACNUDH en el terreno, las redes de personas que viven con el VIH/SIDA, las organizaciones que prestan servicios sobre el SIDA y otros grupos de la sociedad civil.

74. Los relatores especiales examinaron e hicieron suyas varias medidas prácticas que podrían adoptarse para combatir el VIH/SIDA en el curso de su labor, entre ellas reunir información del ONUSIDA y otras fuentes pertinentes sobre la situación del VIH/SIDA en los países, y las actividades e iniciativas actuales para luchar contra la epidemia, cuando se prepararan para viajar en misión a los países; celebrar reuniones con los departamentos gubernamentales competentes, instituciones nacionales de derechos humanos, personas que viven con el VIH/SIDA, grupos de la sociedad civil y organizaciones que prestan servicios sobre el SIDA para debatir cuestiones relativas al VIH/SIDA durante sus misiones a los países; señalar a la atención de los medios de información cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y, cuando procediera, sacar a la luz violaciones de los derechos humanos relacionadas con el SIDA; hacer recomendaciones sobre cuestiones de derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA a los gobiernos, las instituciones nacionales de derechos humanos, los donantes y las organizaciones internacionales; y hacer un seguimiento de las recomendaciones y observaciones finales pertinentes realizadas por los órganos creados en virtud de tratados²³.

75. El Relator Especial felicita al ONUSIDA y el ACNUDH por haber organizado esa reunión, que fue más allá de declaraciones retóricas e hizo recomendaciones prácticas para los expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas, ya que no todos estaban familiarizados con la manera en que podrían contribuir mejor a la respuesta al VIH/SIDA. Por su parte, el Relator Especial está dispuesto a contribuir al seguimiento con los organizadores, cuando proceda.

V. Las enfermedades descuidadas, la lepra y el derecho a la salud

76. En su informe preliminar, el Relator Especial señaló que deseaba examinar las repercusiones para el derecho a la salud de las enfermedades descuidadas y el “desequilibrio 10/90”: sólo 10% de los gastos de la investigación y desarrollo se dirige a los problemas de salud del 90% de la población mundial (párr. 79). Si bien existen diversas maneras de definir las enfermedades descuidadas, en una reciente publicación de la OMS se describen como las enfermedades que “afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos”²⁴. La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/28, pidió al Relator Especial que “continuara con su análisis de los problemas

relacionados con las enfermedades descuidadas, incluidas las enfermedades muy descuidadas” (párr. 16).

77. El Relator Especial ha empezado a abordar esas cuestiones de dos maneras: primero, durante su misión a la OMC en julio/agosto de 2003, el Relator Especial celebró muchas reuniones informativas y constructivas con miembros de la secretaría de la OMC, embajadores y otros representantes ante la OMC, entre otros. Una de las muchas cuestiones exploradas en esas conversaciones fueron los ADPIC y las enfermedades descuidadas. En esencia, los acuerdos sobre derechos de propiedad intelectual y cuestiones conexas, incluido el Acuerdo sobre los ADPIC, ofrecen un incentivo para la investigación y el desarrollo en materia de salud cuando hay mercado para un nuevo medicamento, vacuna u otra intervención médica. Sin embargo, en el contexto de las enfermedades descuidadas, como no hay un mercado efectivo, no hay incentivos, lo cual contribuye al desequilibrio 10/90. El Relator Especial aprovechó su misión a la OMC para dar más relieve a este problema grave de derechos humanos y humanitario, y presentará información adicional a la Comisión de Derechos Humanos en su próximo período de sesiones.

78. En segundo lugar, el Relator Especial se reunió con representantes del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en Materia de Enfermedades Tropicales, del PNUD, el Banco Mundial y la OMS. El Programa Especial fue creado en 1975 principalmente como respuesta al hecho de que las fuerzas del mercado no hubieran impulsado el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas e instrumentos diagnósticos para las enfermedades que son una carga pesada en los países tropicales. El Programa Especial fue una respuesta pionera ante la gran distorsión del programa de investigaciones médicas. Con un presupuesto modesto, el Programa Especial ha producido un número impresionante de instrumentos prácticos para hacer progresos contra las 10 enfermedades incluidas en su mandato. Ahora los representantes del Programa Especial y el Relator Especial están considerando la posibilidad de elaborar un proyecto limitado que pueda aportar un análisis del problema general de las enfermedades descuidadas y el desequilibrio 10/90 desde el punto de vista del derecho a la salud.

79. En este contexto, el Relator Especial desea destacar una cuestión conexas. Una de las 10 enfermedades que figuran en el mandato del Programa Especial es la lepra, enfermedad que ha afligido a la humanidad desde tiempo inmemorial. En los últimos años se han hecho grandes progresos —demasiados para mencionarlos aquí— hacia la eliminación de la lepra. Sin embargo, la lepra sigue siendo un problema de salud pública muy grave, sobre todo (pero no exclusivamente) en los países en desarrollo de Asia y África. La enfermedad está estrechamente relacionada con la pobreza. Cada año se diagnostican 600.000 nuevos casos²⁵. Si la lepra no se trata, causa inmensos sufrimientos e impedimentos físicos. Pero la enfermedad tiene otra dimensión punitiva. Las personas afectadas por la lepra, incluidos los pacientes, ex pacientes y sus familias, a menudo sufren estigmatización y discriminación debidas a la ignorancia y al prejuicio. Se estima que hoy decenas de millones de personas reciben un trato injusto e irracional a causa de la lepra²⁶.

80. En estas circunstancias, el Relator Especial piensa que sería instructivo elaborar un enfoque basado en el derecho a la salud para la eliminación de la lepra, incluidas la estigmatización y la discriminación asociadas con la enfermedad. Esa iniciativa podría aprovechar la rica experiencia sobre los derechos humanos y el VIH/SIDA y la labor reciente sobre los derechos humanos y la tuberculosis²⁷. Sobre

la base de esas experiencias, una iniciativa sobre el derecho a la salud y la lepra podría servir de modelo para una aplicación más amplia. También podría aportar una contribución de derechos humanos a la Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra, iniciativa de la OMS establecida en 1999 para unir a los principales actores de la lucha contra la enfermedad. El Relator Especial acogería con beneplácito observaciones y asesoramiento sobre la sugerencia de que sería oportuno elaborar un enfoque para la eliminación de la lepra basado en el derecho a la salud.

VI. Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

81. En su resolución 2003/18, la Comisión invitó a todos los relatores especiales cuyos mandatos tuvieran que ver con la realización de los derechos económicos, sociales y culturales a que compartieran sus opiniones sobre un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y a que formularan recomendaciones al respecto al Grupo de Trabajo sobre un protocolo facultativo.

82. En respuesta a esta invitación, el Relator Especial hace las siguientes observaciones basadas en las opiniones que expresó en la Conferencia Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales celebrada en Cavtat (Croacia) en septiembre de 2003. La Conferencia fue acogida por el Gobierno de Croacia y organizada conjuntamente por Croacia y la Comisión Internacional de Juristas, con apoyo financiero del Gobierno de Finlandia. Participaron Estados miembros del Consejo de Europa, ONG y expertos independientes. A juicio del Relator Especial, la Conferencia aportó un panorama constructivo, equilibrado y muy útil de esas cuestiones, que el Grupo de Trabajo probablemente deseará considerar.

83. Si bien las leyes y las políticas nacionales a menudo no tienen en cuenta a las personas que viven en la pobreza a causa del lugar marginal que ocupan en la sociedad, un protocolo facultativo del Pacto podría ayudar a que esas personas reciban la atención debida. La promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales exige una serie de iniciativas legislativas y no legislativas, pero un componente legislativo fundamental de toda estrategia multidimensional relativa a los derechos económicos, sociales y culturales debería ser un protocolo facultativo. El Relator Especial sugiere que, al igual que el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, un protocolo facultativo del Pacto incluya disposiciones para las denuncias y un procedimiento de investigación. Como indicó en su informe preliminar, las leyes y casos nacionales y regionales confirman la posibilidad de hacer valer ante la justicia el derecho a la salud y elementos de ese derecho (párrs. 10 a 20). El Relator Especial no considera que la posibilidad de hacer valer ante la justicia ese derecho sea un obstáculo importante para la aprobación de un protocolo facultativo, y hace suya la propuesta como mecanismo importante para promover y proteger mejor el derecho a la salud.

84. El Relator Especial sugiere que se pida al ACNUDH que prepare algunos estudios breves para aportar más datos a las deliberaciones del Grupo de Trabajo. Por ejemplo, podría reunir una selección de la jurisprudencia nacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales. El Grupo de Trabajo también podría beneficiarse de un breve estudio sobre la jurisprudencia relacionada con los derechos económicos, sociales y culturales derivada de uno o más de los procedimientos e instituciones regionales de derechos humanos.

VII. Observaciones finales

85. Algunos componentes de la estrategia relativa al derecho a la salud demandan nuevos conceptos e instrumentos. Este informe preliminar ha comenzado el estudio de algunos de esos desafíos conceptuales, como los posibles indicadores y las buenas prácticas relativos al derecho a la salud. Como se indica en la introducción, esta labor conceptual es valiosa, siempre que, a su debido tiempo, conduzca a un mejoramiento del estado de salud y un mayor respeto del derecho humano fundamental a la salud, en especial el de las personas que viven en la pobreza. Es muy importante que todos los encargados de la realización del derecho a la salud no pierdan de vista los hechos alarmantes que se indican en el párrafo 3 *supra*. El derecho a la salud, bien entendido y ejercido, puede dar dignidad a las personas, potenciar las comunidades, impulsar la adopción de medidas, servir de catalizador de cambios, dar forma a las políticas y mejorar la salud de las personas.

Notas

- ¹ Por ejemplo, el Relator Especial participó en varias reuniones y talleres organizados por la OMS; un taller sobre el derecho a la salud organizado por Médecins Sans Frontières (Bélgica); una conferencia sobre derechos económicos, sociales y culturales organizada por el Gobierno de Croacia y la Comisión Internacional de Juristas; y un grupo de debate sobre acceso de los pobres a la atención de la salud durante la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, organizado por la OMS y Save the Children (Reino Unido). También participó en la reunión anual de relatores especiales organizada por el ACNUDH, una reunión ACNUDH/ONUSIDA para relatores especiales sobre VIH/SIDA, y una reunión con el Grupo de Referencia Mundial de ONUSIDA sobre VIH/SIDA y derechos humanos.
- ² *Informe sobre Desarrollo Humano 2003: Los objetivos del desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*, PNUD, págs. 9 y 10.
- ³ *Informe sobre Desarrollo Humano 2000: Derechos Humanos y Desarrollo Humano*, PNUD, pág. 89.
- ⁴ *Ibid.*
- ⁵ Véase *Draft Guidelines: Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies*, OHCHR, www.unhcr.ch/development/poverty/final.html, 2002, párr. 37.
- ⁶ Aunque éste es el punto de partida, las estrategias deben adaptarse a los contextos y las prioridades. La vulnerabilidad, la estigmatización y la discriminación varían en distintos contextos. Así pues, en un contexto particular, puede ser necesario asignar prioridad a la recopilación de algunos datos desglosados más que a otros. Sin embargo, desde la perspectiva de los derechos humanos, el objetivo sigue siendo el uso de indicadores del derecho a la salud desglosados para el mayor número posible de esferas de discriminación prohibidas internacionalmente.
- ⁷ *Indicators for Monitoring National Drug Policies: A Practical Manual*, OMS, 1999.
- ⁸ Respectivamente, párrs. 57 y 58 y 53 y 54.
- ⁹ Los ejemplos se han extraído de *Reproductive Health Indicator for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting; OMS, 2001* y *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicator*, ONUSIDA, 2002.
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ Véase *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators*, ONUSIDA, 2002.
- ¹² En general, véase *Best Practices in Poverty Reduction: An Analytical Framework*, Else Øyer (ed.), CROP y Zed Books, 2002.

-
- ¹³ Por ejemplo, como se indica en el párrafo 12, para que una buena práctica relativa a la salud sea una buena práctica relativa al derecho a la salud, el proceso por el que se formule debe ser compatible con todos los derechos humanos. Esto supone, entre otras cosas, determinar quiénes son los diversos encargados de la práctica y aclarar por qué esa práctica es la más adecuada en un contexto particular. El Relator Especial no ha podido confirmar todos esos aspectos de procedimiento y de otro tipo en relación con los ejemplos dados.
- ¹⁴ Aunque no se repita en cada ocasión, se debe entender que los tres ejemplos son posibles ilustraciones de buenas prácticas relativas al derecho a la salud o de *elementos* de tales prácticas.
- ¹⁵ Véase *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*, UNICEF/Comité Permanente entre Organismos, 2002, pág. 118.
- ¹⁶ Véase J. Galvão, "Access to Anti-Retroviral Drugs in Brazil", *Lancet*, vol. 360, 7 de diciembre de 2002, pág. 1.682.
- ¹⁷ *Ibid.*
- ¹⁸ Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 8/02, párr. 135(2)(a).
- ¹⁹ *Compromiso para la acción: ampliación del acceso al tratamiento del VIH/SIDA*, Coalición Internacional de Acceso al Tratamiento del VIH, OMS, diciembre de 2002, pág. 5.
- ²⁰ Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA, ONUSIDA, julio de 2002.
- ²¹ *Compromiso para la Acción*, op. cit, pág. 4.
- ²² *Ibid.*
- ²³ Informe sobre el debate conjunto del ONUSIDA y el ACNUDH sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, 30 de junio de 2003, de próxima publicación.
- ²⁴ *Global Defense against the Infectious Disease Threat*, OMS, 2002, pág. 96.
- ²⁵ "Lepra y derechos humanos", presentación de Yohei Sasakawa, Embajador Especial de la OMS ante la Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra, durante el 55º período de sesiones de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos, 4 de agosto de 2003.
- ²⁶ *Ibid.*
- ²⁷ *A Human Rights Approach to Tuberculosis*, OMS, 2001.
-