

EL DERECHO A LA SALUD

Un derecho humano
fundamental estipulado
por la ONU y
reconocido por
tratados regionales y
por numerosas
constituciones
nacionales

Una colección
del Programa
Derechos Humanos
del Centro
Europa - Tercer Mundo
(CETIM)



CETIM

Agradecimientos

Esta publicación ha recibido apoyo del Estado de Ginebra. Se inscribe en el marco del Programa Derechos Humanos del CETIM, apoyado a su vez (julio de 2006) por la Dirección de Desarrollo y de la Cooperación – Suiza (DDC), la Ciudad de Ginebra y la Ciudad de Lancy, las comunas de Thônex y de Plan-les-Ouates y Caritas Suiza.

Derechos de reproducción

Esta publicación está disponible en francés, inglés y español. Su reproducción y/o traducción a otras lenguas están no sólo autorizadas sino que se alienta a hacerlo, con la condición de mencionar la edición original y de informar al CETIM.

El Derecho a la salud

© Centre Europe-Tiers Monde (CETIM)

ISBN: 2-88053-047-4

Ginebra, mayo de 2006

Reimpresión versión corregida, Septiembre de 2006

Grafismo de tapa: Régis Golay

CETIM

6 rue Amat, 1202 Genève, Suisse

Tél. +41 (0)22 731 59 63

Fax +41 (0)22 731 91 52

Email : cetim@bluewin.ch

Website : www.cetim.ch

Impresión: Imprimerie du Lion, Genève

Folletos ya publicados en esta colección

- Derecho a la alimentación (2005)
- Sociedades transnacionales y derechos humanos (2005)
- ¡Por un protocolo del PIDESC! (2005)

Próximas publicaciones de la colección

- Derecho al desarrollo (2006)
- Personas desplazadas (2006)
- Derecho a la vivienda (2007)
- Deuda externa de los países del Sur y sus consecuencias sobre el goce de los derechos humanos (2007)
- Consecuencias de la lucha antiterrorista sobre el goce de los derechos humanos (2007)

*El Programa Derechos Humanos del CETIM se dedica a la defensa y a la promoción de todos los derechos humanos al considerarlos indisociables e indivisibles. Pone el acento de manera particular sobre los derechos económicos, sociales y culturales y sobre el derecho al desarrollo, que continúan estando ampliamente abandonados. Este Programa aspira sobre todo a luchar contra la impunidad de las múltiples violaciones de que son objeto estos derechos y a ayudar a los colectivos, agrupaciones y movimientos sociales que son sus víctimas a hacer oír sus voces y valer sus derechos. Con esta **colección** de publicaciones didácticas, el CETIM desea proporcionar un mejor conocimiento de los textos (Convenciones, Tratados, Declaraciones, etc.) y mecanismos oficiales existentes a todos/as aquellos/as que luchan y se movilizan para conseguir que se apliquen.*

Publicaciones del CETIM sobre temas conexos

- Les médicaments et le tiers monde (1981)
- Pesticides sans frontières (1982)
- L'aide alimentaire: un marché de dupes (1982)
- La civilisation du sucre (1985)
- Alcool et pouvoir des transnationales (1986)
- Marchands de sang: un commerce dangereux (1986)
- La biotechnologie & l'agriculture du tiers monde: espoir ou illusion (1988)
- Nos déchets toxiques: l'Afrique a faim, « v'là nos poubelles! » (1989)
- La sève de la colère: forêts en péril, du constat aux résistances (1990)
- La nature sous licence ou le processus d'un pillage (1994)

De próxima aparición (finales de 2006): Luttas pour la santé pour tous (título provisional)

ÍNDICE

Introducción

I) El derecho a la salud, un derecho reconocido

A) *Definición y contenido*

B) *Textos pertinentes*

- 1) A nivel internacional
- 2) A nivel regional
- 3) A nivel nacional

II) El derecho a la salud, un derecho indisociable e interdependiente

A) Derecho a la salud y sus vínculos con otros derechos humanos

- 1) Salud-Alimentación
- 2) Salud-Vivienda
- 3) Salud-Educación
- 4) Salud-Información
- 5) Salud-Trabajo
- 6) Salud-Propiedad intelectual

B) Salud y medio ambiente

- 1) Contaminación
- 2) Actividades industriales y desechos tóxicos
- 3) Energía Nuclear
- 4) Armamento y conflictos armados
- 5) Catástrofes naturales
- 6) Medidas adoptadas (o posición de los Estados)

III) La realización del derecho a la salud

A) Los mecanismos de control

- 1) A nivel regional
- 2) A nivel internacional

B) La aplicación del derecho a la salud a nivel nacional: algunos ejemplos

- 1) Estados Unidos
- 2) Cuba
- 3) Finlandia

C) Las obligaciones internacionales de diversos actores

- 1) Los Estados
- 2) Las organizaciones e instituciones internacionales
- 3) El sector privado
- 4) La sociedad civil

Conclusión

IV. Anexos

- 1) Observación general N° 14 sobre el derecho a la salud
- 2) Extractos de la Observación general N° 17 sobre los derechos humanos y la propiedad intelectual
- 3) Declaración de Alma-Ata
- 4) Principales sitios de referencia y direcciones de instancias a las que poder dirigirse

EL DERECHO A LA SALUD

*Un derecho humano fundamental estipulado por
la ONU y reconocido por los tratados regionales y
por numerosas constituciones nacionales*

Publicación elaborada por

Malik Özden, Director del Programa Derechos Humanos del
CETIM y Representante permanente ante la ONU

**Una colección del Programa Derechos Humanos
del Centro Europa-Tercer Mundo (CETIM)**

INTRODUCCIÓN

A priori, parece descabellado hablar de la salud como Derecho cuando la realidad indica que una parte creciente de la población mundial ve más bien cómo sus condiciones sanitarias se degradan e incluso cómo su existencia está amenazada.

En efecto, según las últimas estimaciones de la OMS, 1,7 millones de personas habrían muerto de tuberculosis en 2004 mientras que se registraron 8,9 millones de nuevos casos¹. De 350 a 500 millones de seres humanos sufren de malaria y un millón de personas, sobre todo menores, mueren de ello cada año². El sida ha matado a más de tres millones de personas en 2005³. Así, estas tres enfermedades devastadoras son responsables de cerca de 6 millones de muertes cada año, de las cuales una mayoría aplastante se da en los países del Sur. Por otra parte, se estima que hacen falta unos 4,3 millones de profesionales de la salud (médicos, enfermeros/as, comadronas...) en el mundo, incluidos los países del Norte⁴. Y la degradación del medio ambiente aparece hoy más que nunca como una amenaza para la salud de todos y cada uno de nosotros.

Sin embargo, el derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos. También se admite que la realización del derecho a la salud está estrechamente ligada a, y depende de, la realización de otros derechos humanos, principalmente los derechos económicos, sociales y culturales.

Por otro lado, la mayoría de las enfermedades del mundo, como la mayoría de las muertes, son el resultado de la no satisfacción (o tal vez de la mala satisfacción) de las necesidades fundamentales. La falta y/o el no acceso a las infraestructuras sanitarias, al agua potable y a la alimentación son realmente las más importantes y urgentes. La evolución de la salud pública en el siglo XIX en Europa y en los Estados Unidos muestra que las principales intervenciones para mejorar sensiblemente el estado de la salud de la población se sitúan fuera de los servicios sanitarios. En efecto, la realización del derecho a la salud está muy ligada a la realización de los derechos económicos, sociales y culturales: alimentación, vivienda, higiene, condiciones laborales, ejercicio de las libertades, principalmente sindicales, etc; también está ligada a la paz y a la seguridad.

Dicho de otra forma, la preservación y promoción de la salud implican mucho más que el acceso a los servicios sanitarios y a los medicamentos.

Así, el orden internacional injusto, que se encuentra en el origen de las desigualdades y de la pobreza impide la realización del derecho a la salud. Ciertamente, las políticas macro-económicas y, en particular, los acuerdos comerciales

¹ Cf. *Comunicado de prensa de la OMS de 22 de marzo de 2006*.

² Cf. Cifras de la OMS, citadas por *Voice of America* de 19 de abril de 2006.

³ Cf. *Informe anual de Onusida*, http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub06/epi_update_2005_fr.pdf.

⁴ Cf. *Colaboremos por la Salud. Informe anual de la OMS 2006*, mayo de 2006.

desiguales, la carga de la deuda, y la continua apropiación de los recursos nacionales (humanos y materiales) – impuesta a los países en desarrollo en especial por parte de las instituciones financieras internacionales – han supuesto un aumento sustancial de la pobreza y de la desigualdad entre los países y en el seno del propio país.

Las organizaciones no democráticas – el FMI y el Banco Mundial, a las que se une ahora la Organización Mundial del Comercio (OMC)⁵ – favorecen al capital y a las empresas transnacionales privadas más que a las poblaciones; ellas toman las decisiones económicas y sociales a nivel tanto nacional como internacional que afectan a la vida de las poblaciones. Las inextricables conexiones entre los complejos industrio-militares y los centros de poder de los países ricos representan una amenaza permanente para la paz y la seguridad mundial así como un desvío masivo de recursos en términos de bienes sociales y públicos.

Estos procesos mantienen a la mayoría de las poblaciones en un estado de impotencia y de terror y no dentro de la democracia y la paz, que son condiciones previas para la realización del derecho a la salud.

No obstante, hace unos 30 años, parecía que la comunidad internacional ya tomaba conciencia de esta situación y de la importancia de la cooperación internacional para ponerle remedio, cuando declaraba: «Las flagrantes desigualdades en la situación sanitaria de los pueblos, tanto entre países desarrollados y países en desarrollo como en el interior de los países, son políticas, social y económicamente inaceptables y constituyen por ello un tema de preocupación común a todos los países.»⁶

Hoy en día, la situación no ha hecho más que empeorar. Aunque existen ministerios de sanidad en casi todos los países – ciertamente con medios y márgenes de maniobra muy variables – y que *todos los Estados* se han comprometido a respetar los términos de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en tanto que miembros de esta institución, forzosamente hay que constatar que el reconocimiento del derecho a la salud tal como existe en los instrumentos internacionales, no basta para conseguir su concretización efectiva. Esta es la razón por la que la afirmación de la salud en tanto que derecho y la definición de sus vínculos con los demás derechos sólo están en condiciones de fijar las obligaciones de diferentes actores en vistas a su realización.

Esta publicación se subdivide en tres partes: I) el derecho a la salud, un derecho reconocido; II) el derecho a la salud, un derecho indisociable e interdependiente; III) la realización del derecho a la salud.

⁵ Contrariamente a lo que sucede con los dos primeros, la apariencia democrática que confiere a este organismo la inscripción estatutaria "un país, una voz", no debe despistarnos: las grandes potencias tienen en la OMS un peso preponderante – las negociaciones aparte que ellas llevan, de las cuales "depende todo", según la prensa, constituyen el ejemplo más ilustrativo y flagrante. Se hace patente que, ante todo, ¡ la "democracia" se vive mal y se percibe como un modo de bloqueo! Y ¿cómo se puede calificar de democrática una organización cuyas orientaciones de fondo se consideran indiscutibles y que, a pesar de las protestas, se empeña en imponerlas en el mundo entero?

⁶ Cf. § 2 de la *Declaración de Alma-Ata*, adoptada el 12 de septiembre de 1978 durante la conferencia internacional sobre asistencia sanitaria primaria organizada por la OMS.

I) EL DERECHO A LA SALUD, UN DERECHO RECONOCIDO

Tras definir y precisar el contenido del derecho a la salud (A), enumeraremos los textos que lo reconocen y lo protegen (B).

A) Definición y contenido

La ausencia de enfermedad no significa tener una buena salud

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

"la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en una ausencia de enfermedad o invalidez.

*La posesión del mejor estado de salud que se pueda obtener constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sea cual sea su raza, religión, opiniones políticas, condición económica o social."*⁷

El derecho a la salud: un derecho individual inalienable

Los Estados Parte del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC) reconocen:

*"el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental."*⁸

Para el *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (CESCR), principal órgano de control del respeto del derecho a la salud a nivel internacional, la salud:

*"es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente"*⁹.

El derecho a la salud: un derecho indisociable e interdependiente

En cuanto a la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que constituye la fuente de todos los derechos humanos y el instrumento básico de los que se encuentran en vigor, menciona el derecho a la salud en el artículo 25, el cual comprende toda una serie de otros derechos económicos, sociales y culturales:

"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios;

⁷ Cf. § 1 y 2 del preámbulo de la *Constitución de la OMS*, adoptada por la Conferencia Internacional de la Salud, que tuvo lugar en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basic-fr&record={2}&softpage=Document42

⁸ § 1 del art. 12 del PIDESC.

⁹ § 1 de la Observación general N° 14, adoptada el 11 de mayo de 2000.

tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social."

B) Textos pertinentes

Además de los instrumentos internacionales citados anteriormente, y que constituyen la base del derecho a la salud, éste está reconocido en varias convenciones y tratados internacionales y regionales. Éstos son los más importantes:

I) A nivel internacional

Nadie puede ser excluido

De entre los instrumentos internacionales que incluyen el derecho a la salud, la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*¹⁰ precisa que:

"los Estados Parte se comprometen (...) a garantizar el derecho de todo el mundo (...) al disfrute del derecho (...) a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales" (art. 5, § e: iv)).

Tiene que respetarse la igualdad

Según la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra de las Mujeres*¹¹:

"Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas (...) a fin de asegurar en condiciones de igualdad (...) el derecho a la protección de la salud (...)" (art. 11, § 1 f).

Según el artículo 12 de dicha Convención:

"1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica (...)".

Medidas específicas para los menores

La *Convención de los Derechos del Niño*¹² precisa en su artículo 24, que:

"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" (§ 1).

Solicita a los Estados Parte, entre otras cosas, que tomen medidas con vistas a:

"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

¹⁰ Adoptada el 21 de diciembre de 1965.

¹¹ Adoptada el 18 de diciembre de 1979.

¹² Adoptada el 20 de noviembre de 1989.

el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente" (§ 2: c).

Numerosas cumbres mundiales de la ONU tratan el derecho a la salud

Hay que destacar que el derecho a la salud se encuentra en varios párrafos de la *Declaración y el Programa de Acción de Viena*¹³. El *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*¹⁴ y la *Declaración y el Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres*¹⁵ contienen igualmente definiciones referidas, respectivamente, a la salud genésica y a la salud de las mujeres¹⁶.

El derecho a la salud de las personas con discapacidades

Además de los textos citados y a pesar de la mención del derecho a la salud que figura de manera directa o indirecta en numerosos tratados internacionales en materia de derechos humanos y de derecho internacional humanitario, la Asamblea General de la ONU ha adoptado cuatro textos que se refieren específicamente a los derechos de personas con discapacidades. Se trata de: 1) la *Declaración de los derechos del Retrasado Mental*¹⁷; 2) la *Declaración de los derechos de los impedidos*¹⁸; 3) los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*¹⁹; 4) las *Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*²⁰.

A pesar de todo ello, el Relator Especial²¹ de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU sobre el derecho a la salud cree que "el contenido jurídico del derecho a la salud aún no está bien establecido."²²

Según nuestra opinión, las evidentes carencias en la realización del derecho a la salud no provienen de ahí. Las numerosas legislaciones sobre el derecho a la salud, en el ámbito internacional, regional o nacional, la definición de la OMS así como el artículo 12 del PIDESC ya citado – que han inspirado claramente las legislaciones regionales y nacionales- constituyen un marco suficiente para elaborar políticas a nivel nacional e internacional con vistas a respetar el derecho a la salud. Además, actualmente disponemos de la *Observación general N° 14* del CESCR que aporta algunas precisiones importantes sobre el contenido y alcance de este derecho y que el propio Relator Especial ha citado numerosas veces para describir "los límites y el contenido" de tal derecho en su primer informe²³.

¹³ Cf. § 11, 18, 24, 31 y 41 especialmente, adoptado por la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos, realizada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.

¹⁴ Realizada en el Cairo del 5 al 13 de septiembre 1994.

¹⁵ Realizada en Beijing del 4 al 15 de septiembre 1995.

¹⁶ Cf. Observación general N° 14 del CESCR.

¹⁷ Adoptada el 20 de diciembre de 1971, cf. Resolución de la Asamblea General 2856 (XXVI).

¹⁸ Adoptada el 9 de diciembre de 1975, cf. Resolución de la Asamblea General 46/119.

¹⁹ Adoptados el 17 de diciembre de 1991, cf. Resolución de la Asamblea General 3447 (XXX).

²⁰ Adoptadas el 20 de diciembre de 1993, cf. Resolución de la Asamblea General 48/96.

²¹ Ver el capítulo III.2

²² Cf. E/CN.4/2003/58.

²³ Idem.

2) *A nivel regional*

Varios instrumentos regionales de derechos humanos reconocen igualmente el derecho a la salud. Éstos son los principales textos.

Según la *Carta Social Europea*²⁴:

*"Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; a prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras."*²⁵

En el artículo 16, la *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos*²⁶ garantiza que:

"Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos."

En el continente americano, el *Protocolo de San Salvador* precisa que "toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social", y señala las medidas que tienen que tomar sus Estados Parte²⁷.

3) *A nivel nacional*

Según un estudio encargado por la OMS que aún no ha sido terminado, más de 60 disposiciones constitucionales mencionan el derecho a la salud o el derecho a la asistencia médica, y más de 40 hablan de derechos relacionados con la salud, como el derecho a la asistencia a la salud genésica, el derecho de las personas con alguna discapacidad a una ayuda material y el derecho a un medio ambiente sano²⁸ (ver igualmente capítulo III.B).

²⁴ Adoptada el 18 de octubre de 1961 y revisada en 1996.

²⁵ Cf. art. 11 "Derecho a la protección de la salud". Hay que señalar que varios artículos de dicha Carta también tratan de este derecho y otros relacionados. Como por ejemplo: "Derecho a la seguridad social" (art. 12), "Derecho a la asistencia social y médica" (art. 13) y "Derecho a los servicios sociales" (art. 14).

²⁶ Adoptada el 27 de junio de 1981.

²⁷ Cf. artículo 10 del *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, "Protocolo de San Salvador", adoptado en San Salvador el 17 de noviembre de 1988 y en vigor desde 1999.

²⁸ Cf. ICJ, *Rights to Health Database, Preliminary Proposal, 2002*, citado por el Relator Especial de la CDH sobre la salud en su primer informe anual (ver § 20), E/CN.4/2003/58.

II) EL DERECHO A LA SALUD, UN DERECHO INDISOCIABLE E INTERDEPENDIENTE

A) Derecho a la salud y sus vínculos con otros derechos humanos

Como justamente recuerda el CESCR, el derecho a la salud, a semejanza de otros derechos,

"está estrechamente ligado a otros derechos humanos y depende de su realización: se trata de derechos enunciados en la Carta Internacional de Derechos Humanos²⁹, a saber, los derechos a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación y a la igualdad, el derecho a no ser sometidos a la tortura, el derecho al respeto de la vida privada, el derecho de acceso a la información y los derechos a la libertad de asociación, de reunión y de movimiento. Estos derechos y libertades especialmente, son componentes intrínsecos del derecho a la salud."³⁰

Esto implica que su realización depende de distintos factores que no atañen directamente a la atención sanitaria sino a la realización de otros derechos, incluso derechos civiles y políticos como la participación en la toma de decisiones y el derecho de asociación, que son indispensables, por ejemplo, en la elaboración y la puesta en marcha de un sistema de salud eficaz y no discriminatorio.

En el marco de este capítulo, trataremos principalmente los vínculos entre el derecho a la salud y los derechos económicos, sociales y culturales, vista la preeminencia de estos últimos en la realización del derecho a la salud.

I) Salud-Alimentación

El derecho a la salud depende sobre todo de una alimentación sana y equilibrada. Pero en nuestros días, cerca de mil millones de personas sufren de hambre o malnutrición; cerca de mil millones y medio de personas no tienen acceso a una cantidad adecuada de agua potable y cerca de cuatro mil millones de personas no tienen las condiciones sanitarias convenientes.

En estas condiciones, es ilusorio esperar que una persona hambrienta y sedienta se mantenga bien. Además, la falta de nutrición y de agua potable es la causa de numerosas enfermedades, así como lo es la degradación del medio ambiente (ver más adelante). Sin embargo, el derecho a la alimentación, que comprende naturalmente el derecho al agua, forma parte de los derechos fundamentales del ser humano y exige una acción de parte de los Estados en

²⁹ La *Carta Internacional de Derechos Humanos* la constituyen la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y el *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

³⁰ Cf. § 3 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

particular y de parte de la comunidad internacional en general, tanto en las situaciones *normales* como en las situaciones de *urgencia*³¹.

Aunque estas cifras son alarmantes, las acciones anunciadas así como algunas acciones puntuales y específicas llevadas a cabo por la comunidad internacional tampoco están a la altura de las necesidades. Aún peor, las políticas económicas dirigidas por la mayor parte de los Estados, a menudo bajo presión de las instituciones financieras internacionales, no hacen más que agravar la pobreza, tal como lo indican numerosos estudios.

2) Salud-Vivienda

El derecho a la salud está estrechamente ligado al derecho a tener una vivienda salubre y dotada de agua corriente, ya que "una vivienda sin agua sería inhabitable."³² Estar privado de una vivienda puede conllevar no sólo la violación de otros muchos derechos humanos, tales como el derecho a la educación, al trabajo, los derechos civiles (incluido el derecho a la vida privada) y políticos, sino que además también puede provocar numerosas enfermedades.

Es necesario constatar que, en este campo, las políticas de la mayor parte de los Estados van en contra del derecho a la vivienda. En efecto, la orientación de las subvenciones públicas muy a menudo favorece a los ricos más que a los necesitados. Además, bajo el pretexto del "desarrollo económico" y de la "seguridad nacional" muchos Estados promueven desplazamientos forzosos, privando a millones de personas de una vivienda, muchas veces sin indemnizarlos y/o realojarlos.

3) Salud-Educación

La educación es no sólo "útil" y necesaria para encontrar un buen empleo o participar en la marcha de la "ciudad", sino también para mantener un "espíritu sano en un cuerpo sano" y así prevenir las enfermedades y los accidentes.

Es evidente que, en la mayoría de los países, el nivel de educación aún está lejos de ser satisfactorio. Esto se debe no sólo a numerosos factores como la falta de medios y los conflictos armados, sino también a veces a la falta de voluntad política o a razones confesionales.

4) Salud-Información

El acceso a la información puede resultar crucial no sólo para tener buena salud sino simplemente para mantenerse vivo, en particular en caso de epidemias o de pandemias (ver el capítulo III A.4). Es igualmente crucial para prevenir muchas enfermedades que pueden ser mortales o que, llegado el caso, son perfectamente curables en nuestros días. Esto es igualmente válido para prevenir los accidentes.

En este marco, es primordial divulgar la información con el fin de que sea accesible al gran público. Es decir, la divulgación no debe ni ser falsa, ni aspirar a ser desinformación.

³¹ Ver nuestra publicación *El derecho a la alimentación*, Ginebra, septiembre de 2005.

³² Cf. Informe Anual del Relator Especial de la CDH sobre una vivienda adecuada, E/CN.4/2002/59.

En este contexto, conviene deplorar la agresividad del sector privado que, en nombre del libre comercio, inunda los mercados con publicidad rozando a veces la mentira para poder vender a cualquier precio sus mercancías que son, o pueden ser, nocivas para la salud y presionan a gobiernos e instituciones internacionales para evitar la reglamentación de sus actividades (ver las ilustraciones nº 1 y 2). También ocurre que las empresas farmacéuticas "crean" enfermedades – para mantener, o ver aumentar sus beneficios – en lugar de educar y de prevenir las enfermedades³³.

Las autoridades políticas pecan muy a menudo de esto cuando gestionan catástrofes. Por ejemplo, varios gobiernos de países que se vieron afectados por la catástrofe de Chernobyl (ver más adelante) recurrieron a la desinformación en lugar de informar correctamente a sus ciudadanos³⁴. Aunque, en este tipo de situaciones, las autoridades dan a menudo como excusa que quieren prevenir el pánico, ello no significa que no hayan faltado a su obligación de informar a sus conciudadanos y que tengan que emprender todas las medidas que hagan falta.

Por desgracia, los gobiernos no son los únicos implicados en este juego. A veces, las organizaciones internacionales contribuyen igualmente a la desinformación, como se ha mostrado recientemente durante el XX aniversario de la catástrofe de Chernobil. En efecto, la Agencia Internacional de la Energía Atómica (AIEA) sigue minimizando el impacto de esta catástrofe nuclear (ver asimismo el capítulo II B.3). Es cierto que el mandato de esta organización es la promoción de la energía nuclear y se puede llegar a "comprender" que no sea objetiva y que contribuya a los esfuerzos de los lobby nucleares. Sin embargo, es inadmisibles que instrumentalice agencias de la ONU³⁵ como la OMS que tiene el mandato de proteger la salud pública. Además, el ex-director de la OMS, Sr. Makoto Nakajima, recientemente declaró que "todas las agencias especializadas de la ONU son jerárquicamente iguales, pero cuando se refiere a asuntos atómicos, es la AIEA, bajo la autoridad directa del Consejo de Seguridad, la que manda."³⁶ Esto significa que las investigaciones de la OMS referentes a la radioactividad deben obtener el aval de la AIEA para poder ser publicadas³⁷.

³³ Ver el artículo "Pour vendre des médicaments, inventons des maladies", *Le Monde Diplomatique*, mayo de 2006.

³⁴ En cuanto a los gobiernos ruso y bielorruso, países directamente implicados por la catástrofe, después de 1986, han adoptado una postura de minimización de las consecuencias, cesando y a veces incluso encarcelando a altos funcionarios que, según cifras y estudios, proponían otra versión que la difundida en la versión oficial (ver el artículo de Philippe de Rougemont, publicado en *Le Courrier* de 28 de abril de 2006).

³⁵ La AIEA creó en 2003 "The Tchernobyl Forum", reuniendo bajo su iniciativa a varias agencias de la ONU como la OMS, el PNUE, la FAO y el PNUD. La AIEA se asoció en este informe, equívoco y muy contestado en relación a las cifras anunciadas por muertes y enfermedades debidas a las radiaciones, con dichas agencias de Naciones Unidas. Por ejemplo, ese informe pretende que sólo una pequeña parte de los liquidadores fueron afectados por la radiación en niveles elevados (cf. Informe *The Tchernobyl Forum: 2003-2005, second revised version*, <http://www.iaea.org/Publications/Booklets/Chernobyl/chernobyl.pdf>)

³⁶ Cf. Reportaje de la Televisión suizo-italiana titulado "Mentiras nucleares", citado por *Le Courrier* de 28 de abril de 2006.

³⁷ Idem.

Ilustración N° 1

Leche materna y publicidades engañosas

Aunque el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, adoptado por la OMS en 1981, prohíbe cualquier promoción de sucedáneos de leche materna, sociedades transnacionales, como Nestlé o Wyeth, no sólo continúan su campaña de promoción de sus productos e intentan desacreditar la lactancia materna, sino que presionan igualmente a la OMS y a los gobiernos para evitar o limitar la aplicación de dicho código³⁸. En el estudio llevado a cabo en siete países, el IBFAN³⁹ demuestra cómo durante decenios la industria ha trabajado para desacreditar la lactancia materna y cómo se ha opuesto a la reglamentación de sus actividades comerciales⁴⁰.

Además, según investigaciones hechas por UNICEF, la tasa de lactancia disminuye en Kenia, pero aumenta en Brasil (aunque hay un compromiso de este último país como consecuencia de la participación de Nestlé⁴¹ en el programa "Hambre Cero" por el cual esta empresa distribuye leche entera en polvo)⁴².

Ilustración N° 2

Industria tabaquera y Convención marco para el control del tabaco

Partiendo del hecho de que cinco millones de personas mueren cada año por causa de enfermedades vinculadas con el tabaco, en el marco de la OMS se elaboró una *Convención-marco para el control del tabaco*. Ratificada actualmente por 125 países⁴³ y en vigor desde el 2 de febrero de 2005, una de sus disposiciones esenciales consiste en prohibir la publicidad, la promoción y el mecenazgo vinculados al tabaco.

³⁸ Cf. Comunicado de prensa del IBFAN de 21 de enero de 2004, <http://www.ibfan.org/french/news/press/press21jan04-fr.html>

³⁹ Creada en 1979, la *Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil*, IBFAN (International Baby Food Action Network), la forman asociaciones civiles que operan en todo el mundo, para reducir la morbi-mortalidad infanto-juvenil. Los grupos del IBFAN tienen por finalidad mejorar la salud y el bienestar de bebés y niños jóvenes, sus madres y sus familias a través de la protección, promoción y apoyo de amamantar y las prácticas óptimas de alimentación infantil. El IBFAN lucha por la aplicación total y universal del *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* y de las Resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud (OMS), ver www.ibfan.org.

⁴⁰ Cf. Informe del IBFAN titulado "Using international tools to stop corporate malpractice - does it work? Checks and balances in the global economy", enero de 2004, <http://www.ibfan.org/english/pdfs/casestudies04.pdf>

⁴¹ Según el banco de inversiones UBS Warburg, el 46% de los ingresos de Nestlé provienen "de los alimentos menos sanos" y se ven amenazados si se introducen reglamentaciones. Con estas cifras en juego, por un lado, y la salud y el bienestar de millones de personas, por otro, perseguir este esfuerzo demandará la misma valentía que la que los activistas han mostrado en la cuestión de la alimentación infantil (cf. Comunicado de prensa del IBFAN de 21 de enero de 2004).

⁴² Cf. *Comunicado de prensa del IBFAN de 21 de enero de 2004*.

⁴³ Cf. <http://www.who.int/tobacco/framework/countrylist/fr/index.html>

Pero la industria del tabaco está lejos de darse por vencida. Según Corporate Accountability International⁴⁴, intenta "minar" la Convención en cuestión tratando de obtener, por un lado, un escaño en la conferencia de Estados Parte y, por otro, compromisos voluntarios – evitando así legislaciones exigentes – con los países que, no obstante, son parte de dicha Convención. Esto es lo que ha sucedido con la British American Tobacco (BAT) y con Philip Morris⁴⁵ en México⁴⁶. Asimismo, la industria tabaquera sigue gastando millones de dólares anualmente para mejorar su imagen ante la opinión pública como lo hace por ejemplo BAT, que regala a los periodistas nigerianos un ordenador portátil y 100.000 naira (750 dólares) para que escriban artículos favorables para la compañía⁴⁷.

Sin embargo, con la Convención o sin ella, está claro que los Estados tienen la obligación, en virtud del PIDESC, de tomar medidas para proteger la salud pública contra los productos nocivos y que estarán faltando a su obligación si no desalientan "la producción, comercialización y consumo de tabaco, de estupefacientes y de otras sustancias nocivas."⁴⁸

5) Salud- Trabajo

Para cualquier adulto, el trabajo significa sobre todo unos ingresos aceptables para cubrir sus necesidades y las de su familia y tener un reconocimiento en la sociedad. La realización de este derecho permite en efecto – en principio – la realización de muchos otros derechos humanos: alimentación, vivienda, educación, salud, etc. El derecho al trabajo no es sólo un derecho humano (art. 6 del PIDESC) ya que permite al individuo cumplir sus deberes para con la sociedad en la que vive, al participar en la producción y en su desarrollo.

No obstante, el trabajo puede ser nefasto para la salud. Hay, por ejemplo, muchos trabajos peligrosos (particularmente en el sector industrial, ver más adelante) o, para reducir costes de producción, a veces la protección de los trabajadores es prácticamente inexistente. Para los menores trabajadores, las consecuencias de las condiciones en las que se les obliga a trabajar no se limitan a la peligrosidad del empleo.

Por otro lado, la exigencia de una productividad cada vez mayor y el aumento del ritmo de trabajo, bajo la amenaza del despido y/o la deslocalización,

⁴⁴ La principal organización que trabajó por la adopción de la Convención marco para el control del tabaco, antes Infact.

⁴⁵ Esta compañía no duda en sobornar a los científicos para sus propósitos. Así, el Profesor Ragnar Rylander, médico medioambientalista e "investigador independiente" de la Universidad de Estocolmo, Göteborg y Ginebra fue "uno de los consultores mejor pagados y empleado en secreto" por Philip Morris durante varios decenios para dar a sus estudios "un mensaje escéptico sobre los efectos del humo pasivo" (ver las decisiones de la Corte de Justicia de Ginebra de 13 y 15 de diciembre de 2003 y el comunicado de prensa de la Universidad de Ginebra de 29 de octubre de 2004. Para una mayor información, leer *Infiltration: Une taupe au service de Philip Morris*, éd. Georg, Genève, mayo de 2005).

⁴⁶ Cf. *Guide d'action du Traité mondial de lutte anti-tabac: protection des politiques nationales de santé contre les ingérences de l'industrie internationale du tabac*, Corporate Accountability International, septiembre de 2005.

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Cf. § 51 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

somete a los trabajadores a duras pruebas y, según las profesiones de que se trate, pone a menudo en peligro la integridad física y psíquica de los trabajadores, provocando así el aumento de los accidentes de trabajo. Estos últimos años, este fenómeno ha dado lugar a un aumento visible de las investigaciones, publicaciones, películas, etc. en este campo⁴⁹.

6) Salud - Propiedad Intelectual

El origen del "derecho de toda persona a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora." (§ 2 del artículo 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y § 1c) del artículo 15 del PIDESC), conocido –¿sin razón?– con el nombre de propiedad intelectual, se encuentra sin duda en el *Convenio de Berna para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas*⁵⁰. Se trata de "fomentar la contribución activa de los creadores a las artes y las ciencias y al progreso de la sociedad en su conjunto."⁵¹

Actualmente, se ha desviado el objetivo inicial de este derecho humano y las sociedades transnacionales lo utilizan alegremente en su búsqueda desenfrenada de beneficios para patentar sus "invenciones", incluso en el campo de los seres vivos, lo que tiene consecuencias inquietantes sobre la salud. A modo de ejemplo, las patentes en los campos farmacéutico y biotecnológico plantean muchos problemas (ver la ilustración N° 3). Así, muy a menudo, las transnacionales farmacéuticas y agroalimentarias obtienen patentes por "sus productos", después de haber modificado algunos genes o moléculas o incluso haberlas conseguido simplemente a través de la biopiratería⁵². Las ponen en seguida en el mercado, creando de esta manera un monopolio por un tiempo relativamente largo (20 años, según los acuerdos concluidos en el seno de la OMC).

No obstante, la acumulación de saber y el resultado de una investigación son a menudo el fruto de conocimientos y experiencias de varias generaciones – ¡a veces de varios siglos! De hecho, deberían ser considerados como patrimonio común de la humanidad, siguiendo al doctor Salk que, en 1955 después de descubrir la vacuna contra la polio, declaró: "este descubrimiento pertenece a la gente, no hay patente. ¿Se puede patentar el sol?"⁵³

⁴⁹ Cf. entre otros *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*, Christophe Dejour, éditions du Seuil, febrero de 2000.

⁵⁰ Adoptada el 9 de septiembre de 1886 y modificada después en varias ocasiones.

⁵¹ Cf. *Observación general N° 17* del CESCR, E/CN.4/GC/17 de 12 de enero de 2006.

⁵² La biopiratería (o biopiratería) es un término relativo a la apropiación de algo vivo, usada principalmente para describir las patentes tomadas por las grandes firmas privadas de ingeniería genética a partir de los años 90 para apropiarse de un derecho exclusivo sobre los genes, el genoma humano, las plantas, y en conjunto, todo lo que esté vivo, especialmente los recursos de los pueblos del Tercer Mundo. También se utiliza para describir una utilización ilegal de recursos naturales, es decir, hablando claramente, de un robo (por vía legislativa autorizada por un tribunal estadounidense) que consiste en la apropiación jurídica de un recurso natural en beneficio de una firma privada, bajo pretexto que ha sido el primero en la carrera de las patentes, cf. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Biopiraterie>, (ver asimismo el capítulo 5A).

⁵³ Citado en *Les obstacles à la santé pour tous*, editado por Centre Tricontinental et Editions Syllepse, agosto de 2004.

Precisamente es esta desviación lo que condena el CЕССR en la Declaración adoptada en 2001:

*"Los regímenes de propiedad intelectual – aunque tradicionalmente brindan protección a los autores y creadores individuales – se centran cada vez más en proteger los intereses e inversiones comerciales y empresariales."*⁵⁴

Además, el CЕССR distingue los derechos de propiedad intelectual de los derechos humanos, considerando que los primeros son instrumentos que "pueden, a menudo con excepción de los derechos morales, ser transmitidos y son de alcance y duración limitados y susceptibles de transacción, enmienda e incluso renuncia", y de los cuales se deben servir los Estados "en interés de la sociedad en su conjunto", mientras que los segundos son "intemporales" y son la expresión de las prerrogativas fundamentales de la persona humana.⁵⁵

Con vistas a esto, el sistema de patentes, tal como lo concibe el Acuerdo de la OMC sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual que se refieren al comercio (ADPIC, que entró en vigor 1995), va contra los principios de los derechos humanos.

Asimismo, en una declaración presentada a la Comisión de Derechos Humanos (CDH) en 1995, el CETIM llamó la atención sobre las previsibles consecuencias nefastas del ADPIC en estos términos:

*"El ADPIC constituye un mecanismo dirigido a privatizar el bien común intelectual y a despojar a la sociedad civil de sus facultades intelectuales con el fin de que las empresas puedan monopolizar la inteligencia."*⁵⁶

Tras cinco años desde su adopción, fue la Subcomisión de la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos la que fustigó el ADPIC:

*"(...) habida cuenta de que la aplicación del Acuerdo sobre los ADPIC no refleja adecuadamente el carácter fundamental y la indivisibilidad de los derechos humanos, inclusive el derecho de toda persona a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, el derecho a la salud, el derecho a la alimentación y el derecho a la libre determinación, existen contradicciones aparentes entre el régimen de derechos de propiedad intelectual consagrado en el Acuerdo sobre los ADPIC, por una parte, y el derecho internacional relativo a los derechos humanos, por otra parte."*⁵⁷

Diez años después de la entrada en vigor del ADPIC, esto se puede verificar cada año: ya sea por los enfermos de sida sin medios en los países del Sur que no tienen acceso a los medicamentos o por los agricultores que cada año tienen que pagar cánones por las semillas.

⁵⁴ Cf. Declaración del CЕССR con el nombre *Droits de l'homme et propriété intellectuelle*, E/C.12/2001/15 de 14 de diciembre de 2001.

⁵⁵ Cf. *Observación general N° 17* del CЕССR, E/C.12/GC/17 de 12 de enero de 2006.

⁵⁶ Cf. Intervención oral del CETIM sobre biotecnologías y los acuerdos del GATT sobre la propiedad intelectual.

⁵⁷ Cf. § 2 de la disposición de la resolución E/CN.4/SUB.2/RES/2000/7 de la Subcomisión, adoptada el 17 de agosto de 2000.

Ilustración N°3

Las patentes sobre seres vivos son una amenaza para el derecho a la alimentación y el derecho a la salud

Las patentes no afectan únicamente a los medicamentos y a los enfermos de sida. Promovidos y enmarcados por el régimen de propiedad intelectual de la OMC, las patentes sobre seres vivos son una amenaza para los derechos a la alimentación y a la salud. Estos son algunos ejemplos:

Cada año empresas y universidades depositan numerosas patentes. Aunque los países tropicales albergan el 90% de las especies animales y vegetales, es decir del patrimonio biológico de nuestro planeta, el 97% de las patentes pertenecen a empresas e institutos de investigación implantados en países industrializados⁵⁸.

Efectivamente, según un estudio realizado en 1989, "sobre una cuarta parte de todos los medicamentos se sacan de plantas de bosques tropicales y tres cuartas partes de las mismas se basan en informaciones dadas por poblaciones indígenas."⁵⁹ No es necesario recordar que los pueblos indígenas "no reciben casi nada de este maná."⁶⁰

A veces – pocas – se da el caso de que este tipo de biopiratería se anula. Esto ocurrió con el arroz Basmati hindú, que fue patentado en 1997 bajo el nombre de *Oxemati* (cruce de Basmati y una variedad de arroz americana) por la empresa RiceTec Inc. en Texas (Estados Unidos). Fue necesaria la intervención del gobierno hindú para que la Oficina de Patentes de los Estados Unidos (US-PTO) la anulará en 2001⁶¹. Hay que señalar que el "éxito" de esta lucha fue sin duda debido a la intervención del gobierno hindú, que se hizo con el caso para salvar el "patrimonio nacional". Está claro que las consideraciones económicas jugaron su papel. Ciertamente, es preferible que este país alimente a sus propios ciudadanos a que exporte sus productos, pero el problema aún es más grave, ya que, con este sistema de patente, la misma producción nacional está amenazada.

En efecto, el gigante de la industria agrícola Monsanto declaró recientemente que podría retomar la comercialización de *Terminator* (semillas esterilizadas que en 1999 – por la presión de la opinión pública – se comprometió a no comercializar⁶². El objetivo de la agroindustria es muy claro: crear dependencia a los agricultores forzándoles a comprar semillas nuevas cada año impidiéndoles así que reutilicen como semillas una parte de sus cosechas. A cierto plazo, esta situación puede poner en peligro la soberanía alimentaria y, en consecuencia, agravar las situaciones de sub-alimentación en muchas regiones del mundo.

Por el momento, la amenaza parece descartada, gracias principalmente a una fuerte actividad de movimientos sociales como la Vía Campesina. Así, a pesar de

⁵⁸ Cf. Boletín de Swissaid *Le Monde* N° 1, enero de 2006.

⁵⁹ "Biotechnology and Medicinal Plants", in: *Rural Advancement Fund International*, N° 5, 1989, citado por Andrew Gray en *La nature sous licence ou le processus d'un pillage*, edición CETIM, noviembre de 1994.

⁶⁰ Idem.

⁶¹ Cf. *Solidaire* N° 163, diciembre de 2001.

⁶² Cf. Comunicado de prensa del colectivo "Interdire Terminator" de 21 de febrero de 2006.

los esfuerzos de Canadá, Australia, Estados Unidos y Nueva Zelanda, los Estados Parte de la *Convención de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica* decidieron por unanimidad mantener la moratoria internacional sobre la tecnología *Terminator* durante su VIII encuentro, en Curitiba (Brasil) en marzo de 2006⁶³.

En cuanto a los OGM, son una amenaza para la cultura biológica y tradicional y no respetan el principio de precaución⁶⁴. Por desgracia, actualmente muchos gobiernos están a favor de esta técnica cuyas consecuencias pueden resultar desastrosas para las generaciones futuras.

B) Salud y medio ambiente

Después del Paleolítico, el Hombre ha modificado e intentado controlar su medio ambiente. Si bien – globalmente – esto ha servido para su supervivencia y confort, también ha influido enormemente en la vida terrestre y, en consecuencia, en la salud de los seres humanos. Esto resulta más cierto hoy en día en tanto que la tendencia parece acelerarse.

Según la OMS, una tercera parte de las enfermedades está causada por la degradación del medio ambiente⁶⁵. Esta cifra, por si sola, basta para mostrar la importancia de un medio ambiente sano – que igualmente es un derecho humano⁶⁶ – para la salud y el disfrute de otros derechos humanos.

Si bien el derecho a un medio ambiente sano no se menciona explícitamente en los instrumentos internacionales de derechos humanos, hay una tendencia "hacia el reconocimiento de vínculos entre la protección del medio ambiente y el ejercicio de algunos derechos humanos."⁶⁷ Así, el CDESCR, además de su *Observación general N° 14* ya citada, enumera, en su *Observación general N° 15*, entre otras cosas, las trabas de un Estado Parte al derecho al agua por causa de "la contaminación y empobrecimiento de recursos acuíferos que afectan a la salud de las personas"⁶⁸ como parte de los defectos de los Estados a la hora de cumplir con la obligación de respetar el PIDESC. Del mismo modo, cabe mencionar las numerosas convenciones internacionales sobre la protección del medio ambiente⁶⁹ las cuales, a pesar de sus debilidades y fallos, van en el mismo sentido.

⁶³ Cf. Comunicado de prensa del colectivo "Interdire Terminator" de 31 de marzo de 2006.

⁶⁴ Cf. entre otros: Informe anual del Relator Especial de la CDH sobre el derecho a la alimentación, E/CN.4/2004/10.

⁶⁵ Cf. Comunicado de la OMS de 9 de mayo de 2002.

⁶⁶ El derecho a un medio ambiente sano está reconocido en muchas legislaciones nacionales e internacionales.

⁶⁷ Cf. Informe del Secretario General sobre *Los derechos humanos y el medio ambiente como parte del desarrollo sostenible*, sometido a la 61ª sesión de la Comisión de Derechos Humanos, E/CN.4/2005/96.

⁶⁸ Cf. § 44 a) de la Observación general N° 15 del CDESCR, adoptada en noviembre de 2002, HRI/GEN.1/Rev.7, pp. 117-136.

⁶⁹ El Convenio de Estocolmo sobre los contaminantes orgánicos persistentes, el Convenio de Rotterdam sobre ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos, el Convenio de Basilea sobre el control de movimientos transfronterizos de desechos peligrosos y de su eliminación, el Convenio de Río sobre la diversidad biológica y el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología de dicho Convenio, el Protocolo de Kyoto a la Convención-marco de Naciones Unidas sobre el cambio climático...

La degradación del medio ambiente resulta especialmente de contaminaciones diversas, actividades industriales, desechos tóxicos, el armamento y los conflictos armados así como de catástrofes "naturales" – ¡que a veces no lo son tanto como se pretende!

1) Contaminación

No hay día en que los medios no hablen de la contaminación y sus peligros sobre la salud. Sus causas son múltiples. Entre ellas, el uso intensivo y abusivo de sustancias químicas y de fuentes de energía (petróleo, carbón y energía nuclear en particular) en casi todos los ámbitos de la vida, los cuales presentan peligros específicos y pueden contaminar tanto la tierra y el mar como la atmósfera por largos períodos de tiempo.

Como ejemplo, recientemente el Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente (PNUE) puso sobre aviso a la comunidad internacional contra la inquietante contaminación de los recursos acuíferos:

*"La falta de agua ciertamente desencadenará una intensificación de los daños medioambientales en los próximos quince años. Distintos fenómenos, como el debilitamiento del caudal de los ríos, la creciente salinidad de los estuarios, la pérdida de recursos haliéuticos y de especies de plantas acuáticas, y la reducción de los sedimentos arrastrados a las costas, aumentarán en muchas regiones del mundo de aquí a 2020."*⁷⁰

Según los 1500 expertos encargados por el PNUE de elaborar el citado informe, las consecuencias de este fenómeno debido, en gran medida, a las actividades humanas, serán catastróficas:

*"aumentarán las pérdidas de tierras cultivables, la inseguridad alimentaria y los perjuicios en zonas de pesca, mientras que se multiplicarán la malnutrición y la enfermedad."*⁷¹

La explosión de la fábrica Jilin Petrochemical en China el 13 de noviembre de 2005, que contaminó – con sustancias cancerígenas – el río Songhua, afluente del río Amour que cruza la Siberia rusa, no hace sino confirmar las preocupaciones del PNUE⁷². Además, el PNUE considera de una "gravedad extrema" el vertido de petróleo en el mar de las Antillas, el Cuerno del Níger y la Corriente de Benguela en Sudáfrica⁷³.

⁷⁰ Cf. Comunicado del PNUE de 20 de marzo de 2006 sobre su "Informe sobre los recursos mundiales en agua", cf.

<http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?DocumentID=471&ArticleID=5234&I=fr>

⁷¹ Idem.

⁷² Recordamos que una cantidad de benceno y nitrobenceno (productos altamente cancerígenos) estimada en cien toneladas, se vertió en el río Songhua. La capa de contaminantes, de una longitud inicial de 80 km, derivó al Songhua, después al Amour y llegó a muchas ciudades entre las cuales Songyuan (430 000 habitantes), Harbin (5 000 000 habitantes), Jiamusi (600 000 habitantes), Khabarovsk (600 000 habitantes) y Komsomolsk-sur-l'Amour (200 000 habitantes). Ver: http://fr.wikipedia.org/wiki/Catastrophe_de_l'usine_p%C3%A9trochimique_%C3%A0_Jilin_Chine_le_13_novembre_2005

⁷³ Ver nota 70.

2) Actividades industriales y desechos tóxicos

Las actividades industriales y las agriculturas industriales, basadas en gran parte en las sustancias químicas y en el petróleo, representan una de las principales fuentes de contaminación. Es cierto que estas actividades han permitido enormes progresos en el espacio de algunos decenios, facilitando así la vida, pero, al mismo tiempo, han contribuido – y continúan haciéndolo – a la destrucción del medio ambiente a una velocidad vertiginosa y, en consecuencia, a la destrucción progresiva de la vida sobre la tierra.

Como ya hemos subrayado, el uso intensivo y abusivo de dichas sustancias en todos los ámbitos (fabricación de aparatos y de productos domésticos, productos alimentarios y farmacéuticos, fabricación de vehículos automóviles y desarrollo de transportes motorizados, pesticidas-herbicidas, fertilizantes...) – sustancias que se encuentran normalmente en productos y aparatos domésticos así como en productos alimentarios – no sólo presenta peligros para la salud, sino que también provoca el agotamiento de los recursos no renovables.

Actualmente, la producción mundial de sustancias químicas se eleva a 400 millones de toneladas, de las cuales sólo en la Unión Europea se registran 100 000 sustancias diferentes⁷⁴. No obstante, según la OMS, "la exposición crónica, aunque sea a bajas concentraciones de los productos, puede acarrear daños para los sistemas nervioso e inmunológico, afectar la función reproductora y el desarrollo, causar cáncer y daños a determinados órganos."⁷⁵ También según la OMS, "47 000 personas mueren cada año por causa de una intoxicación por productos químicos como los pesticidas."⁷⁶

Por otro lado, las consecuencias de los accidentes en las actividades industriales también pueden ser graves. Por ejemplo, la explosión de la fábrica de pesticidas de Unión Cabide en Bhopal (India) en 1984 provocó la muerte inmediata de varios miles de personas y afectó, y continúa afectando, a centenares de miles de otras personas⁷⁷.

Ocurre lo mismo con la transferencia de productos y desechos tóxicos, como el desmontaje de navíos contaminados por el amianto o el envío de desechos electrónicos "hacia países con economías débiles donde las comunidades no tienen un poder de decisión real."⁷⁸

En este contexto, el almacenamiento de desechos tóxicos y peligrosos puede plantear problemas también después de varios años. Por ejemplo,

"el tsunami removió desechos peligrosos que habían sido depositados a principios de los años 90 sobre las playas alrededor de Hoby Nord y de Warsheik, en el sur de Benadir (norte de Somalia), generándose de esta manera

⁷⁴ Cf. Informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre los *Efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícitos de productos y desechos tóxicos y peligrosos*, E/CN.4/2006/42.

⁷⁵ Idem.

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Ver nuestra publicación *Sociedades Transnacionales y Derechos Humanos*, Ginebra, noviembre de 2005.

⁷⁸ Cf. Nota 74.

problemas sanitarios – especialmente afecciones respiratorias agudas, hemorragias bucales y afecciones cutáneas."⁷⁹

3) Energía nuclear

Si la manipulación de sustancias químicas y desechos tóxicos presenta peligros no sólo para los trabajadores del sector industrial – incluida la agricultura industrial –, sino también para la salud pública, los residuos nucleares – como no pueden eliminarse por el ciclo natural – constituyen un peligro permanente para la humanidad entera, teniendo en cuenta que los conocimientos en este campo siguen siendo limitados.

Como ejemplo, la catástrofe de Chernobil (ver también el capítulo II.A.4), sobrevenida el 26 de abril de 1986 en una central nuclear en Ucrania, continúa provocando víctimas:

*"por lo que se refiere a los liquidadores⁸⁰, ya son más de 25 000 los muertos y más de 200.000 los inválidos, y por lo que se refiere a las poblaciones expuestas a la contaminación, el balance, según las estimaciones, serán de 40 000 a 560 000 muertos por cánceres, con otros tantos cánceres no mortales, por no hablar de malformaciones en niños y en ganado."*⁸¹

4) Armamento y conflictos armados

Sin lugar a dudas, la industria armamentista, que no deja de fabricar nuevos monstruos, tanto armas convencionales, químicas y biológicas como nucleares, es el sector más peligroso, no sólo para la salud sino también para ejercer el derecho a la vida, dado que por su naturaleza, apunta a matar seres humanos y a destruir el medio ambiente.

Aunque estos últimos años, los especialistas hablan de "golpes quirúrgicos" cuando se refieren a las guerras, es público y notorio que la utilización de armas como las bombas de uranio empobrecido, provoca daños irreversibles para el medio ambiente⁸².

Las guerras y los conflictos armados no sólo causan muchos muertos y heridos, sino que además destruyen el medio natural (campos, viviendas, ganado, alimentación, trabajo, educación, información...) de un importante número de personas (a veces millones). También pueden provocar epidemias y

⁷⁹ Cf. Informes del PNUE "After the Tsunami: Rapid Environmental Assessment", 2005, citado por el Relator Especial sobre los *Efectos nocivos para el goce de los derechos humanos del traslado y vertimiento ilícitos de productos y desechos tóxicos y peligrosos* en su Informe Anual, E/CN.4/2006/42.

⁸⁰ Los obreros que trabajaron en el desmontaje de la central después de la explosión.

⁸¹ Cf. http://www.dissident-media.org/infonucleaire/special_tcherno.html. Según la OMS, Chernobil habría provocado nueve mil muertos y 240 000 liquidadores, que actuaban en un perímetro de 30 km. alrededor de la central nuclear, habrían recibido radiaciones en grandes concentraciones. En cuanto a los habitantes de Chernobil, 116 mil personas fueron evacuadas inmediatamente, pero 230 mil personas fueron instaladas en la región contaminada años después de la explosión (ver *Fact Sheet* n° 303, abril de 2006, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs303/en/index.html>).

⁸² Utilizadas masivamente por el ejército estadounidense en Afganistán y en Irak (cf. entre otros, la declaración conjunta del CETIM presentada a la 56ª Sesión de la CDH, E/CN.4/2000/NGO/136).

enfermedades varias porque las necesidades esenciales (agua, alimentos, estructuras sanitarias, etc.) no pueden ser satisfechas y/o porque es imposible acceder a ellas. Así, a pesar de las *Convenciones de Ginebra* y la *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados*, a menudo es la población civil la que paga el precio mayor, tal como indican numerosos estudios sobre el tema.

Hay que constatar que los Estados casi no han cambiado sus políticas en la materia después de la *Declaración de Alma-Ata* que sugería que:

*"La humanidad entera podrá acceder a un nivel de salud aceptable en 2000 si se utilizan de manera más completa y más eficaz los recursos mundiales, una parte considerable de los cuales se gasta actualmente en armamentos y en conflictos armados. Una política de independencia, de paz, de distensión y de desarme podría y debería permitir que se encontraran recursos suplementarios que podrían ser destinados de manera más útil a fines pacíficos y en particular a la aceleración de un desarrollo económico y social en el que la atención sanitaria primaria, elemento esencial del mismo, debería recibir la parte que le corresponde."*⁸³

5) Catástrofes naturales

Las catástrofes naturales como temblores de tierra, inundaciones o huracanes son igualmente amenazas para la vida y la salud de las poblaciones en la medida en que están en el origen de numerosas muertes y privan a los sobrevivientes de sus medios de subsistencia (alimentación, vivienda, destrucción del medio ambiente y los cultivos, etc.). Si bien en ciertas regiones del mundo ciertas catástrofes son cíclicas, los especialistas atribuyen la reciente frecuencia de las inundaciones y las sequías, por ejemplo, a la erosión debida a las talas, a la urbanización intensiva⁸⁴ y a la emisión creciente de gas con efecto invernadero, que provocan el cambio climático.

En este sentido, el CDESCR recuerda que:

*"los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad"*⁸⁵

6) Medidas adoptadas (o posición de los Estados)

La comunidad internacional es consciente de los problemas que provoca la degradación del medio ambiente después de que la ONU convocara una cumbre mundial sobre el medio ambiente en 1972 – que llevó a la creación del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUE) – y adoptó

⁸³ Cf. § 10 de la *Declaración de Alma-Ata*, adoptada el 12 de septiembre de 1978 durante la conferencia internacional sobre la atención sanitaria primaria, organizada por la OMS.

⁸⁴ A día de hoy, el 50% de la población mundial vive en centros urbanos y una veintena de megápolis cuentan con más de 10 millones de habitantes. Según los especialistas, se llegará al 70% en 2050 (cf. http://www.univ-paris12.fr/1142951146546/0/fiche___actualite/)

⁸⁵ Cf. § 40 de la *Observación N° 14* del CDESCR.

varias convenciones en este tema⁸⁶. Sin embargo, éstas tienen defectos y además, muy a menudo, no son respetadas. Y las tímidas medidas que se han adoptado son totalmente insuficientes frente a los nuevos descubrimientos. Esto se debe principalmente a un modo de vida (sociedad de consumo) promovido desde hace decenios y que favorece a la economía en detrimento de cualquier otra consideración.

Como ejemplo, a pesar de que en 2000 se creó el Programa Africa Stockpiles, 50 000 toneladas de pesticidas obsoletos almacenados en todo el continente africano esperan después de cuatro decenios, donaciones de fondos para ser limpiados⁸⁷.

Ocurre lo mismo con el sistema REACH, adoptado recientemente por el Consejo de Ministros de la Unión Europea, que permite, contrariamente a la proposición del Parlamento Europeo, perseguir la comercialización de:

*"agentes cancerígenos, productos químicos tóxicos para la reproducción (como el ftalato DEHF) y sustancias que perturban el sistema hormonal (como el bisfenol A), incluso si hay alternativas menos nocivas."*⁸⁸

El Protocolo de Kyoto de la Convención-marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático, que establece un calendario de reducción de las emisiones de gas con efecto invernadero, se ha desviado completamente de su objetivo inicial, como era imaginable. En la práctica, "permite que las empresas contaminantes compren derechos de emisión de CO² a las que contaminan menos. Ha nacido una Bolsa europea del carbono. (...) Se trata de poner fin a la emisión gratuita de dichos gases, que a partir de ahora está regulada por un sistema de cuotas por tonelada, o 'permiso para contaminar', que se compra según las leyes de la oferta y la demanda."⁸⁹

En este contexto, hay que precisar que la elección de las llamadas energías verdes o limpias (biocarburantes) presenta el riesgo de tener repercusiones sobre el cultivo de plantas comestibles y el medio ambiente y, en consecuencia, sobre el derecho a la alimentación y a la salud.

Efectivamente, el biocarburante, un combustible líquido que se obtiene tras tratamientos más o menos importantes a partir de cultivos o de vegetales no cultivados, se presenta como una alternativa al petróleo.⁹⁰ Un diario suizo

⁸⁶ Los más importantes son: el *Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes*, el *Convenio de Rotterdam sobre ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos*, el *Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación*, el *Convenio de Río sobre la diversidad biológica* y el *Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología de dicho Convenio*, el *Protocolo de Kyoto a la Convención-marco de Naciones Unidas sobre el cambio climático*.

⁸⁷ Ver el Informe del Relator Especial de la CDH sobre desechos tóxicos, E/CN.4/2006/42.

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ Cf. *Le Monde* del 16 de febrero de 2006.

⁹⁰ Tradicionalmente hay tres grandes grupos de biocarburantes: los combustibles obtenidos a partir de cultivos oleaginosos (literalmente, una planta oleaginosa es una planta que puede dar aceite), y que son esencialmente la colza y el girasol; los combustibles obtenidos a partir de alcoholes (metanos, etanol) y los obtenidos a partir del metano que contiene el biogas (cf. http://www.manicore.com/documentation/carb_agri.html).

reveló recientemente el entusiasmo de unos inversores que, entre 1999 y 2004, habían inyectado más de 4,4 billones de dólares norteamericanos en el sector de la energía, dedicándose la mayor parte de esta suma a "proyectos vinculados a las energías renovables."⁹¹ ¿De qué se trata exactamente? Según Jean-Marc Jancovici, habría que, por ejemplo, multiplicar por 3 o 4 las tierras agrícolas actuales en Francia para producir 50 millones de toneladas [vegetales] equivalentes al petróleo⁹². Es fácilmente imaginable el daño sobre el medio ambiente y, por tanto, sobre la salud de la población. Además, los "biocarburantes" utilizados actualmente serían como aditivos menores para los productos petrolíferos y, ¡sin productos petrolíferos, no se podrían ni utilizar bajo su forma actual⁹³.

Pero las directrices del CDESCR en este sentido son claras para los Estados, los cuales deberían:

"abstenerse de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario" (§ 34 de la Observación N° 14 del CDESCR)

⁹¹ Cf. *Le Temps* del 8 de febrero de 2006.

⁹² Cf. http://www.manicore.com/documentation/carb_agri.html

⁹³ *Idem.*

III) LA REALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

La realización del derecho a la salud supone superar obstáculos como la pobreza, las carencias en cuanto a la salud primaria, la privatización del sector público, las pandemias, la falta de medios financieros... Sin embargo, existen mecanismos de control a nivel internacional y regional. Este capítulo los revisa (A) antes de abordar los ejemplos de sistemas concretos llevados a cabo en ciertos países (B) y de precisar las obligaciones que tienen ciertos actores según el derecho internacional (C).

A) Los mecanismos de control

Independientemente de los ministerios de sanidad y otras instancias, existen mecanismos de control específicos del derecho a la salud. Son, no obstante, limitados y recurrir a ellos no es práctica habitual. Esta situación perdura aunque la interposición de recursos para la reparación en caso de violación de este derecho debería ser la regla tal como lo declara sin ambigüedades el CESCR:

*"Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos."*⁹⁴

I) A nivel regional

El Comité Europeo de Derechos Sociales

Pueden presentarse quejas colectivas ante el Comité Europeo de Derechos Sociales⁹⁵ en relación al derecho a la salud en virtud del artículo 11 de la *Carta Social Europea*, lo mismo que en relación a los derechos a una seguridad social (art. 12), a la asistencia social y médica (art. 13) y a los beneficios de los servicios sociales (art. 14).

Tras la entrada en vigor del sistema de reclamaciones colectivas en 1998, se han presentado 33 quejas al Comité⁹⁶, de las cuales, una tercera parte se refieren a las condiciones de higiene en los lugares de trabajo, las consecuencias de

⁹⁴ Cf. § 59 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

⁹⁵ Encargado de velar por el respeto a la Carta Social Europea adoptada en 1961 y revisada en 1996.

⁹⁶ Según la lista hecha por el Comité el 25 de abril de 2006, cf. http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%E9clamations_collectives/liste_des_r%E9clamations/default.asp#P97_10508

actividades industriales sobre la salud⁹⁷ y la protección social, jurídica y económica de los menores y adolescentes⁹⁸.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Encargada de vigilar la aplicación de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (como también la Corte Interamericana de Derechos Humanos) no está habilitada para recibir quejas relativas a violaciones de derechos económicos, sociales y culturales, contrariamente a lo que sucede con los derechos civiles y políticos.

En cambio, los Estados Parte del *Protocolo de San Salvador*⁹⁹, consagrado a los derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales el derecho a la salud (art. 10), tienen que presentar informes periódicos a la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos sobre el cumplimiento de dicho protocolo (art. 19.1).

La Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos

Además de los informes periódicos presentados por los Estados Parte de los tratados africanos en materia de derechos humanos, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos puede recibir quejas individuales y colectivas referidas al derecho a la salud en virtud, entre otros, de la *Carta Africana de Derechos Humanos* (art. 16) y de la *Carta Africana de Derechos y Bienestar del Niño* (art. 13 y 14).

Aunque el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, que crea la Corte Africana de Derechos Humanos, entró en vigor en enero de 2004, la Corte no está realmente activa y, por ello, no ha recibido – por lo que nosotros sabemos – ninguna queja al día de hoy.

2) A nivel internacional

Los comités que aquí se presentan son, con excepción del CESCR¹⁰⁰, órganos creados en virtud de convenciones internacionales debidamente ratificadas por los Estados. Están compuestos por expertos independientes en número variable (10 a 23), elegidos por los Estados Parte de la Convención en cuestión por un tiempo de cuatro años y son reelegibles¹⁰¹.

⁹⁷ Ver, entre otros, el caso n° 22/2003 Confederación General del Trabajo (CGT) c. Francia y n° 30/2005 Fundación Marangopoulos por los Derechos Humanos (FMDH) c. Grecia.

http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%2E9clamations_collectives/liste_des_r%2E9clamations/default.asp#P47_3588

http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%2E9clamations_collectives/liste_des_r%2E9clamations/default.asp#P97_10508

⁹⁸ Ver, entre otros, el caso n° 19/2003 Organización Mundial Contra la Tortura (OMCT) c. Italia y n° 18/2003 Organización Mundial Contra la Tortura (OMCT) c. Irlanda,

http://www.coe.int/t/f/droits_de_l%27homme/cse/4_r%2E9clamations_collectives/liste_des_r%2E9clamations/default.asp#P97_10508

⁹⁹ Adoptado en 1988 y en vigor desde 1999.

¹⁰⁰ Ver nuestra publicación *Por un Protocolo Adicional del PIDESC*, febrero de 2006.

¹⁰¹ Para mayor información, dirigirse al sitio del Alto Comisionado de los Derechos Humanos, <http://www.ohchr.org/spanish/bodies/index.htm>

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR) es el órgano de Naciones Unidas encargado de velar por el cumplimiento del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (PIDESC)¹⁰². Los Estados Parte de este pacto tienen que presentar informes periódicos ante el CESCR sobre el respeto y la aplicación del Pacto. En cambio, por ahora, no se pueden presentar quejas ante el CESCR en caso de violaciones de derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales el derecho a la salud (art. 12 del PIDESC), ya que aún no se ha adoptado ningún protocolo al Pacto que permita dirigirse al CESCR para ello¹⁰³.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD) es el órgano de Naciones Unidas cuya tarea principal es velar por el cumplimiento por parte de los Estados de la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*¹⁰⁴. Además de examinar los informes periódicos de los Estados Parte, el CERD tiene competencias para recibir quejas (individuales y colectivas), en virtud del art. 14 de dicha Convención¹⁰⁵, por ejemplo en caso de discriminación en el respeto de derechos económicos, sociales y culturales entre los que figuran el "derecho a la salud, a la asistencia médica, a la seguridad social y a los servicios sociales (art. 5.e) iv).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación de las Mujeres

El Comité para la Eliminación de la Discriminación de las Mujeres (CEDAW) es el órgano de Naciones Unidas encargado de velar por el cumplimiento de la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres*¹⁰⁶. El CEDAW examina los informes periódicos sometidos por los Estados Parte y puede recibir quejas individuales y colectivas tras la entrada en vigor en 2000 del Protocolo Facultativo de la Convención en caso de discriminación en relación a los derechos que se enumeran en ella, incluido el derecho a la salud (art. 12)¹⁰⁷.

El Comité de los Derechos del Niño

El Comité de los Derechos del Niño (CRC) es el órgano de Naciones Unidas encargado de velar por el cumplimiento de la *Convención de los Derechos del Niño*¹⁰⁸ por los Estados Parte, que contempla también el derecho a la salud (art. 24)¹⁰⁹. También vela por la aplicación de los dos *Protocolos*

¹⁰² Adoptado en 1966 y en vigor desde 1976.

¹⁰³ Ver en este sentido nuestra publicación *Por un Protocolo Adicional del PIDESC*, febrero de 2006.

¹⁰⁴ Adoptada en 1965 y en vigor desde 1969.

¹⁰⁵ Según este artículo, el Estado Parte debe hacer una declaración para reconocer la competencia del CERD.

¹⁰⁶ Adoptada en 1979 y en vigor desde 1981.

¹⁰⁷ Otros artículos, como el 11 y el 14, están consagrados igualmente a esta cuestión.

¹⁰⁸ Adoptada en 1989 y en vigor desde 1991.

¹⁰⁹ A destacar que varios artículos de esta convención también están consagrados a la salud (art. 17, 23 y 25 especialmente).

Facultativos de la Convención, uno relativo a *la implicación de los niños en los conflictos armados*, y el otro a *la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil*. El CRC¹¹⁰ examina los informes periódicos sometidos por los Estados Parte de la Convención y los informes complementarios presentados por los Estados que se han adherido a los dos Protocolos Facultativos antes citados.

El Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares

El Comité para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (CMW) es el órgano más reciente de Naciones Unidas, creado tras la entrada en vigor en 2003 de la *Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus familiares*¹¹¹. Todos los Estados Parte tienen que presentar al CMW informes periódicos sobre la aplicación de los derechos consagrados en la Convención. El CMW examina cada informe y comunica sus preocupaciones y sus recomendaciones al Estado Parte bajo la forma de "observaciones finales". El CMW también podrá recibir quejas interestatales (art. 76) e individuales (art. 77), pero sólo de parte de personas residentes del Estado Parte acusado de violar los derechos enumerados en la Convención en cuestión, entre los que se encuentra el derecho a la atención médica urgente (art. 28), desde que 10 Estados Parte de la Convención reconocieron la competencia del CMW en este terreno¹¹².

Por otra parte, también es posible dirigirse al *Comité de Derechos Humanos* que se ocupa de los derechos civiles y políticos y al *Comité contra la Tortura* por la violación de ciertos aspectos del derecho a la salud, tales como el derecho a la vida o la obligación de no ser cómplice de ni de someter a nadie a actos de tortura y a malos tratos.

El Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho a la salud

Nombrado en 2002 por la CDH, el mandato principal del Relator Especial sobre el derecho a la salud, Sr. Paul Hunt, es:

*"rendir cuentas de la realización, en todo el mundo, del derecho de toda persona a disfrutar del mejor estado de salud posible físico y mental [...] y de la evolución en este campo, sobre todo por lo que se refiere a las leyes, políticas y prácticas más propicias al disfrute de dicho derecho, así como los obstáculos encontrados en el plan interno y a nivel internacional en su aplicación; recomendar medidas adecuadas para promover y proteger el ejercicio de [este derechos]."*¹¹³

A semejanza de otros relatores especiales, el Relator Especial sobre el derecho a la salud presenta cada año un informe anual a la CDH, dirige

¹¹⁰ A destacar que este órgano no dispone aún de procedimiento para recibir quejas.

¹¹¹ Adoptada en 1999.

¹¹² Cf. <http://www.ohchr.org/spanish/law/cmw.htm>

¹¹³ cf. § 5 de la Resolución E/CN.4/RES/2002/31.

misiones en distintos países (en principio, dos misiones por año) sobre el respeto de este derecho y puede hacer "llamados urgentes" a los gobiernos sobre las alegaciones que recibe de parte de ONG, comunidades o individuos.

Hay que precisar que todos los mandatos existentes en el seno de la CDH, tras la reciente supresión de esta institución, han sido transferidos al nuevo Consejo de Derechos Humanos. En el momento de redactar esta publicación¹¹⁴, habría un consenso entre los Estados miembros del nuevo Consejo para prorrogar un año dichos mandatos, incluido el mandato del Relator Especial sobre el derecho a la salud. Sin embargo, en el futuro, el Consejo se reserva el derecho a examinar todos estos mandatos con vistas a "mejorarlos" y a "racionalizarlos"¹¹⁵.

B) El cumplimiento del derecho a la salud a nivel nacional: algunos ejemplos

Este capítulo se concentra esencialmente en el cumplimiento del derecho a la salud a nivel nacional, presentando los sistemas de salud de tres países.

El CDESCR fija las *obligaciones fundamentales mínimas* de los Estados Parte para el cumplimiento del derecho a la salud como sigue:

a) Garantizar el derecho de acceso a los equipamientos, productos y servicios sanitarios sin ninguna discriminación, especialmente para los grupos vulnerables o marginalizados;

b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea suficiente y segura en el plano nutricional, para librarse del hambre;

c) Asegurar el acceso a medios elementales de alojamiento, vivienda y saneamiento y a una provisión suficiente de agua salubre y potable;

d) Proveer de los medicamentos esenciales, como se definen periódicamente en el marco del Programa de Acción de la OMS sobre los medicamentos esenciales;

e) Velar por una repartición equitativa de todos los equipamientos, productos y servicios sanitarios;

f) Adoptar y poner en práctica a nivel nacional una estrategia y un plan de acción en materia de salud pública, basada en datos epidemiológicos y respondiendo a las preocupaciones del conjunto de la población en el terreno de la salud; esta estrategia y este plan de acción serán aplicados y examinados periódicamente en el marco de un proceso participativo y transparente; comprenderán métodos (tales como el derecho a indicadores y criterios de salud) que permitirán vigilar de cerca el progreso que se consiga; el cumplimiento de la estrategia y del plan de acción, igual que su contenido, tienen que combinar una atención particular a todos los grupos vulnerables o marginalizados."¹¹⁶

El sistema de salud varía enormemente de un país a otro, según el régimen político e ideológico en el poder. Por el contrario, la calidad y eficacia del sistema no dependen forzosamente de los gastos comprometidos (ver más adelante).

¹¹⁴ Mayo de 2006.

¹¹⁵ Ver § 6 de la Resolución de la Asamblea General de la ONU A/RES/60/251 que instituyó el Consejo de Derechos Humanos en lugar de la Comisión de Derechos Humanos.

¹¹⁶ Cf. § 43 de la *Observación general N° 14* del CDESCR.

1) Estados Unidos

Según el Instituto de salud pública, los Estados Unidos consagran a la salud una parte de su PIB (15% en 2002) mayor que cualquier otro país industrializado¹¹⁷.

En Estados Unidos el seguro médico puede ser privado o público. El seguro privado es el más corriente (68,3% de la población menor de 65 años en 2005¹¹⁸). La mayoría de las personas que tienen un seguro privado están cubiertas por su empresa o la de su familia (seguro de grupo). En este caso, se hace cargo de una parte (o la totalidad, según el contrato individual del empleo de que se trate) del seguro, la empresa, y el empleado se hace cargo del resto. Sin embargo, en caso de pérdida del empleo, el empleado pierde también su seguro. Hay que subrayar que no todas las empresas ofrecen el seguro. En este caso, se puede contratar uno individual que, en general, es bastante caro.

También hay programas federales en los que participaba el 17% de la población americana por debajo de los 65 años en 2005¹¹⁹. Los dos principales programas son Medicare, destinado a personas mayores (de más de 65 años) y a ciertas personas con discapacidades, y cubre los gastos hospitalarios, las visitas médicas y, en parte, los medicamentos¹²⁰, y Medicaid, que se ocupa de personas con ingresos modestos¹²¹. Medicaid lo administra el Estado, y cada uno puede decidir los criterios para acceder a él. Estos criterios pueden ser, por ejemplo, edad, embarazo, discapacidad, ingresos y otros recursos.

A pesar de estas posibilidades, una parte nada despreciable de la población queda fuera del sistema. Según la encuesta *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey, January-September 2005*¹²², en el momento de hacerla, 18,8% de las personas cuya edad variaba entre los 18 y los 64 años no tenían seguro, así como el 8,8% de los menores de 18 años. En cuanto a las personas mayores de 65 años, la cifra era del 0,9%. Entre 1997 y 2005, sin distinguir por edades, entre el 14,1% y el 15,4% de la población no tenía seguro de enfermedad (lo que representa sobre unos 15 millones de personas).

En estas cifras, también se puede ver un abismo entre los distintos segmentos de la sociedad: en las personas de origen hispano, el porcentaje de gente sin seguro es del 30,6%; en las de origen africano, del 17%; y en los blancos, del 10%¹²³.

¹¹⁷ *Health, United States 2005. With Chartbook of Trends in the Health of Americans*, National Center for Health Statistics, Hyattsville, Maryland, 2005.

¹¹⁸ Cohen, R. et Martínez, M., *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey*, January-September 2005, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

¹¹⁹ Idem.

¹²⁰ Hay que destacar que los precios de los medicamentos en los Estados Unidos son los más altos del mundo. Los estadounidenses que viven cerca de la frontera canadiense acostumbraban a abastecerse de medicamentos en Canadá para ahorrarse cantidades sustanciales de dinero. La Administración Bush declaró que esta práctica era ilegal.

¹²¹ *Checkup on Health Insurance Choices*. AHCPR Publication No. 93-0018, December 1992. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD, <http://www.ahrq.gov/consumer/insuranc.htm>

¹²² Cohen, R. et Martínez, M., *Health Insurance Coverage: Estimates from the National Health Interview Survey*, January-September 2005, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>

¹²³ Idem.

Actualmente, este sistema es muy criticado en el país. Según *ABCNEWS/Washington Post*¹²⁴, dos americanos de cada tres preferirían un sistema universal al sistema actual muy centrado en el hecho de tener un empleo. Una gran parte de la población está descontenta con los precios. Hasta un 25% de los americanos ha renunciado a un tratamiento que se les había indicado a causa del precio de los medicamentos. La cifra se eleva al 49% cuando se trata de personas no aseguradas.

El sistema también es criticado en el informe *Le système de santé américain: le meilleur du monde ou juste le plus coûteux?*¹²⁵ que indica que el precio del sistema (evaluado en gasto por persona) es el más costoso del mundo. Los Estados Unidos son "el único país del mundo desarrollado, a excepción de Sudáfrica¹²⁶, que no ofrece un servicio médico a todos sus ciudadanos"; la tasa de mortalidad infantil es una de las más elevadas de los países de la OCDE y está situado en la parte baja de todos los países de la Organización en cuanto a la igualdad de financiación de los servicios sanitarios.

2) Cuba

La Constitución cubana afirma la igualdad de todos los ciudadanos, que tienen los mismos derechos y deberes en la sociedad. Uno de estos derechos es el derecho a la asistencia en todas las instituciones de salud (artículo 43), definido con más precisión en el artículo 50, como sigue:

"Todos tienen derecho a que se atienda y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho: con la prestación de la asistencia médica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio médico rural, de los policlínicos, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatológica gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales."

Tras la revolución de 1959, la política de salud cubana se articula en torno a cinco directrices: i) el acceso a los cuidados médicos es un derecho de todos y cada uno. Con el fin de poder realizarlo, es necesario que dicha asistencia sea gratuita y que los equipamientos estén dispersos por todo el país, ii) la salud pública es responsabilidad del Estado; iii) la asistencia sanitaria debe ser global – lo que significa que la información, la prevención y el tratamiento de enfermedades tienen que formar un todo; iv) el pueblo y sus organizaciones de masas participan en la elaboración y el funcionamiento del sistema de salud pública; v) las actividades relativas a los cuidados médicos se integran siempre en el desarrollo socioeconómico.

¹²⁴Langer, G., *Health Care Pains. Growing Health Care Concerns Fuel Cautious Support for Change*, ABCNEWS.com, 9 April 2006, www.abcnews.go.com

¹²⁵*The U.S. Health Care System: Best in the World, or Just the Most Expensive?* Bureau of Labor Education, University of Maine, Orono, Summer 2001.

¹²⁶Hay que destacar que este ya no es considerado como un país desarrollado por la ONU.

En el transcurso de los años, las estructuras organizativas necesarias para la realización de estos principios, han cambiado constantemente – las necesidades más importantes y las más urgentes han determinado la estrategia a seguir.

Los gastos que asume la economía familiar son los medicamentos prescritos a pacientes ambulatorios, las prótesis auditivas, del estómago y ortopédicas, las sillas de ruedas, bastones, muletas o artículos similares, y las gafas. En todos los casos, los precios son bajos y están subvencionados por el Estado. Algunas personas con ingresos modestos reciben ayuda financiera y algunos productos, incluso medicamentos y prótesis.

Por lo que se refiere a los componentes del sistema de salud pública¹²⁷, son: la medicina preventiva y la rehabilitación; la asistencia a personas mayores y personas que sufren alguna discapacidad física o psíquica; el control higiénico – epidemiológico; la formación, la especialización y el perfeccionamiento de profesionales y técnicas; la investigación y el desarrollo de ciencias médicas; las estadísticas de salud; la información científica y técnica; la promoción de la salud; la seguridad de los suministros no médicos y el mantenimiento del sistema; la seguridad tecnológica, médica y electromédica; la producción y la comercialización de medicamentos y de materiales médicos. Hay que precisar que cada componente dispone de una red de unidades que lo mantienen.

El sistema de salud cubano se reconoce por ser de buena calidad; los 11 millones de cubanos tienen generalmente una muy buena salud. Además fue premiado por la OMS en 1998¹²⁸. Con una esperanza de vida y una tasa de mortalidad infantil parecida a la de los países desarrollados, este país se destaca de otros países pobres. Como dice C. Grégoire: "Se dice que los cubanos viven como pobres, pero mueren como ricos, ya que las principales causas de mortalidad son las mismas que las que prevalecen en los países desarrollados, es decir las enfermedades cardiovasculares y los cánceres".¹²⁹

3) *Finlandia*

La Constitución finlandesa reconoce el derecho a la salud en el artículo 19 (derecho a la seguridad social):

"Todas las personas que no puedan procurarse la seguridad inherente a una vida digna tienen derecho al sustento y a la atención imprescindibles.

Se garantizará por ley a todas las personas el derecho a la seguridad del sustento básico durante períodos de desempleo, de enfermedad, de incapacidad laboral y durante la vejez, así como por causa de nacimiento de hijos o de pérdida de sostén de familia.

El poder público deberá asegurar a todos, de la manera que se regule más precisamente por Ley, servicios sociales y sanitarios suficientes, y promoverá la salud de la población. El poder público asimismo habrá de apoyar la capa-

¹²⁷ Componentes del Sistema Nacional de Salud, www.cubagob.cu.

¹²⁸ El Presidente cubano es el único jefe de Estado que ha recibido la medalla "Health for All" por haber alcanzado en su país, desde 1983, los objetivos establecidos por la OMS en 1988 (ver comunicado de prensa de la OMS, WHA/5 del 14 de mayo de 1998).

¹²⁹ Grégoire, C., *La bonne santé des Cubains*, Alternatives, 25 de abril de 2005, www.alternatives.ca.

*idad de las familias y de otras personas a cargo de la atención infantil, para que garanticen el bienestar y el desarrollo individual de los niños (...)*¹³⁰

En Finlandia, el sistema de salud pública lo rige la Ley sobre el seguro médico¹³¹. El Instituto de Salud Pública es el responsable de ejecutar y vigilar el cumplimiento de dicha ley y se encarga de las indemnizaciones para todos los residentes permanentes de Finlandia. El seguro cubre visitas médicas y cuidados dentales, medicamentos recetados y gastos de desplazamiento del asegurado, incluidos los cuidados necesarios durante las estancias en el extranjero. Una condición obligatoria para ello es que los cuidados sean prescritos por un médico o dentista acreditado. Se reembolsa normalmente el 60% del coste de las visitas médicas, el 75% de los exámenes suplementarios prescritos por un médico, el 100% de los desplazamientos según las tarifas del modo de transporte más barato y el 50% de los medicamentos, pudiéndose llegar al 100% en ciertas enfermedades crónicas. El seguro también cubre la pérdida de ingresos por larga enfermedad. La ley define el marco de las actividades sin regular los detalles.

Concretamente, corresponde a los municipios organizar los servicios (el sistema de salud está descentralizado en 448 municipios). Según la ley, los servicios obligatorios son los siguientes: consultas médicas de tipo preventivo (información y controles sanitarios); servicio médico y reinserción (centros de salud pública y urgencias); transportes (ambulancias); cuidados dentales (información, visitas y tratamientos); salud escolar (seguimiento y controles regulares para jóvenes de entre 7 y 18 años) y salud de los estudiantes (universidades y escuelas superiores por un precio reducido); controles generales de segmentos de la población en riesgo; medicina laboral (controles anuales y prevención) y protección del medio ambiente y de la salud¹³². La ley define también el tiempo de espera máximo para recibir cuidados no urgentes.

El sistema de salud pública está financiado principalmente por el sector público. En 1999, el 43% de las actividades eran financiadas por los municipios, el 18% por el Estado, el 15% por la FPA (la Agencia del Seguro Público) y el 24% por el sector privado (sobre todo consumidores de servicios)¹³³.

Este sistema público se completa con servicios privados igualmente reembolsables. El sistema público y la red de sistemas privados (especialistas, servicios de prevención de salud laboral, etc.) no están coordinados entre sí ni se hacen la competencia. Se complementan – no es extraño que una persona utilice los dos sistemas. De las indemnizaciones pagadas en 2004, sólo el 15,7% respondían a servicios privados¹³⁴. Muchos médicos trabajan en los dos sectores.

¹³⁰ Traducción no oficial, editada en la publicación *Ordenamiento jurídico de Finlandia* del Parlamento de Finlandia, el Ministerio de Asuntos Exteriores y el Ministerio de Justicia, 2001

¹³¹ Sjukförsäkringslag 21.12.2004/1224.

¹³² *Lagstadgade tjänster inom hälso- och sjukvården*, Social- och hälsovårdsministeriets broschyrer 2005:7swe, Helsingfors 2005.

¹³³ *Health Care Systems in Transition: Finland*, European Observatory on Health Care Systems, vol. 4, no. 1, 2002.

¹³⁴ *FPA-statistik: Sjukförsäkring 2004*, Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2005, www.fpa.fi/statistik

Sin embargo, el sistema de salud finlandés muestra signos de degradación, ya que no se escapa de las imprecisiones neoliberales ni de las presiones de la Unión Europea. Así, estos últimos años ha sido a menudo criticado por el hecho de que las colas para ser atendido ante los hospitales abarrotados de gente son muy largas y de que el personal sanitario está agotado¹³⁵. Algunos partidos políticos han empezado a preconizar la privatización del sector, pero sin encontrar un apoyo importante.

C) Las obligaciones internacionales de diversos actores

El derecho a la salud indica por sí solo hasta qué punto es indisociable e interdependiente de otros derechos humanos y la necesidad de llevar a cabo acciones concertadas de la comunidad internacional. Aunque los Estados sean los principales implicados, las acciones y orientaciones de las organizaciones e instituciones internacionales así como las del sector privado juegan un rol cada vez más importante en el sector de la salud. Por lo que se refiere a la sociedad civil, ésta vela por que dichos actores contribuyan a la realización del derecho a la salud.

1) Los Estados

A pesar del manifiesto debilitamiento de estos dos últimos decenios, los Estados siguen siendo, en tanto que sujetos de derecho internacional, los principales actores de la realización de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud. A semejanza de otros derechos humanos, los Estados tienen tres niveles de obligaciones en relación al derecho a la salud: *respetarlo, protegerlo y cumplirlo*¹³⁶.

La obligación de *respetar* requiere de los Estados que no adopten políticas o medidas discriminatorias, en particular respecto a los más necesitados y vulnerables. Por ejemplo, no deben privar a la población de sus medios de subsistencia o sacarla de sus viviendas arbitrariamente, o poner obstáculos a su acceso a la asistencia. En resumen, tienen que abstenerse de cualquier acción que pueda ser nociva para la salud humana.

La obligación de *proteger* exige a los Estados que eviten a terceros atentar contra el derecho a la salud. Los Estados deben adoptar legislaciones adecuadas para garantizar el disfrute del derecho a la salud. Tienen, por ejemplo, que asegurar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios y a las coberturas sociales, incluso las prestadas por terceros.

La obligación de *cumplir* significa que los Estados tienen la obligación, entre otras, de "asegurar la prestación de servicios sanitarios, entre ellos llevar a cabo programas de vacunación contra las grandes enfermedades infecciosas, y garantizar la igualdad de acceso a todos los elementos que determinan la salud como una alimentación segura en el plano nutricional y agua potable,

¹³⁵ Holmberg, V., *Myten om privatiseringen, Löntagaren*, Årg. 32, No. 1/2002, www.lontagaren.fi

¹³⁶ Ver § 33 a 37 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

una higiene mínima y condiciones de vivienda y de vida adecuados."¹³⁷ Tienen, por ejemplo, que "instituir un sistema de seguro médico (público, privado o mixto) accesible para todos."¹³⁸

Faltade recursos y cooperación internacional

En su *Observación general n° 14*, aun reconociendo "la existencia de obstáculos estructurales y otros considerables, consecuencia de factores internacionales y otros que se escapan al control de los Estados" (§ 5), el CESCR hace "una distinción entre la incapacidad y la renuencia" (§ 47). Según él, si se trata de falta de recursos, el Estado implicado debe "demostrar que ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone" (§ 47) para cumplir sus obligaciones en virtud del PIDESC. Con este fin, el CESCR subraya que "incumbe de manera particular a los Estados Parte y otros intervinientes en situación de hacer sus aportes, ofrecer asistencia y cooperación internacionales, sobre todo en el plano económico y técnico", necesarios para permitir a los países en desarrollo cumplir con sus obligaciones fundamentales (§ 45).

Acciones colectivas de los Estados a favor del derecho a la salud y prohibición de embargos

El CESCR avisa igualmente a los Estados Parte del PIDESC de que "deben respetar el ejercicio del derecho a la salud en los otros países e impedir que cualquier tercero viole dicho derecho en otros países." (§ 39) Es más, les ordena que "faciliten el acceso a cuidados, servicios y bienes sanitarios esenciales en la medida de lo posible, ofrezcan, en caso de necesidad, la ayuda necesaria (§ 39)" y "se abstengan, en cualquier circunstancia, de imponer embargos o medidas restrictivas del mismo orden sobre el aprovisionamiento de otro Estado de medicamentos y material médico. Los suministros de bienes de este tipo no deberían servir nunca como instrumento de presión política o económica." (§ 41)

Incumplimiento de las obligaciones de los Estados

Por otro lado, el CESCR enumera, entre otros, los elementos siguientes como constituyentes de incumplimiento de las obligaciones de los Estados:

"denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto (...);

"que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales (§ 50);

"la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás (§ 51);

¹³⁷ Cf. § 36 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

¹³⁸ *Idem.*

"la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos (§ 51);

"el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma (§ 51);

"los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas (§ 52)."

2) Las organizaciones e instituciones internacionales

Especializada en el campo de la salud, la OMS, por su mandato, ocupa un lugar preponderante entre las organizaciones internacionales y un rol ineludible en la promoción y la realización de la salud para todos.

Efectivamente, nacida sobre las ruinas de la II Guerra Mundial, su fin es preservar y promover la salud pública en el mundo con la cooperación internacional. Esta cooperación "está motivada", según los iniciadores, "por la rápida propagación de enfermedades epidémicas como el cólera, la peste, la fiebre amarilla, vinculadas a la extensión de las relaciones internacionales y los intercambios comerciales que permitieron el desarrollo de los medios de transporte y de comunicación."¹³⁹ También estaba motivada, a semejanza de otras instituciones especializadas de Naciones Unidas, por la necesidad de realizar arreglos funcionales, *ad hoc*, de redes entre naciones fundadas sobre intereses comunes. Esta cooperación contribuiría al cambio pacífico de las relaciones internacionales y a la preservación de la paz.

El principal objetivo de la OMS es "llevar a todos los pueblos al grado máximo de salud que se pueda lograr."¹⁴⁰ La Constitución de la OMS afirma también que "la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad."¹⁴¹

Actualmente, todos los Estados miembros de la ONU lo son igualmente de esta organización, lo que representa una ventaja para la cooperación y la coordinación internacionales. Con cerca de 8 000 especialistas de la salud pública en todo el mundo, "los expertos de la OMS dan elementos de orientación, establecen normas sanitarias y ayudan a los países a hacer frente a los problemas de salud pública."¹⁴² Además, la OMS "apoya y fomenta la investigación en el tema de la salud. A través de su intermediación, los gobiernos pueden enfrentarse juntos a problemas sanitarios de alcance mundial y contribuir al bienestar de las poblaciones."¹⁴³ La OMS reivindica con orgullo, por ejemplo, la erradicación de la viruela en 1979 y la adopción, en 2003, de la Convención-marco de lucha antitabaco (ver también la ilustración nº 2).

¹³⁹ Cf. "L'Organisation mondiale de la santé", édition Que sais-je?, abril de 1997.

¹⁴⁰ Art. 1 de la *Constitución de la OMS*

¹⁴¹ Cf. *Preámbulo de la Constitución de la OMS*

¹⁴² Cf. *Presentación de la OMS: Œuvrer pour la santé*, Ginebra, 2006.

¹⁴³ *Idem*.

Ciertamente, las ventajas y el rol indiscutible de la OMS son innegables, pero hay que tener en cuenta, sin embargo, el hecho de que la OMS "está hoy en día profundamente imbuida de la ideología neoliberal."¹⁴⁴

Entre las demás organizaciones internacionales activas en el campo de la salud, se puede mencionar la *UNICEF* en el derecho a la salud de los niños así como el *Alto Comisionado para los Refugiados* (ACNUR), la *Federación Internacional de la Cruz y la Media Luna Rojas* y el *Comité Internacional de la Cruz Roja* (CICR), que juegan un rol importante en el campo de la salud, ocupándose respectivamente, por su mandato, de los refugiados y/o personas desplazadas en caso de conflictos o de catástrofes naturales, aunque a estas organizaciones a veces les falta eficacia por causa de falta de recursos o de consideraciones políticas.

Como ya se ha señalado, conviene precisar que la industria farmacéutica se ha hecho muy influyente en la OMS después de los años 80 y que UNICEF se presta a prácticas de asociación con STN como McDonald's y Coca-Cola¹⁴⁵, poniendo así su credibilidad en juego. Es cierto que estos organismos no son los únicos en hacerlo, dado que toda la maquinaria de la ONU está sumergida en "asociaciones" con las STN, empezando por el ya muy oficial *Global Compact*¹⁴⁶. De ahí, también, el llamado a presionar al UNRISD a que "repiense" la noción de "asociación" entre la ONU y las sociedades transnacionales¹⁴⁷.

En cuanto a las instituciones financieras internacionales (Banco Mundial y FMI), ya hemos recordado su rol nefasto en la degradación de los servicios públicos. En este sentido, el CESCR precisa que:

*"los Estados Parte que son miembros de instituciones financieras internacionales, en particular del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mundial y de bancos regionales de desarrollo, deberían prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud y modificar en este sentido la política de préstamos, los acuerdos de crédito así como las medidas internacionales de dichas instituciones."*¹⁴⁸

3) *El sector privado*

Motivado esencialmente por el beneficio y el mercado solvente, el sector privado tiene hoy un impacto nefasto sobre la evolución de las políticas de salud pública, como hemos indicado en los capítulos precedentes. De ahí, el llamado apremiante del CESCR a los Estados recordándoles su deber de:

"velar por que la privatización del sector de la salud no hipoteque la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los equipamientos, productos y servicios sanitarios, controlar la comercialización por terceros de material médico y medicamentos y procurar que los médicos y otros profesionales de la

¹⁴⁴ Cf. Artículo de Alison Katz, en *ONU: droits pour tous ou loi du plus fort?*, édition CETIM, enero de 2005.

¹⁴⁵ Cf. *Les obstacles à la santé pour tous*, Editions Centre Tricontinental et Syllepse, agosto de 2004.

¹⁴⁶ Ver nuestra publicación *Sociedades Transnacionales y derechos humanos*, noviembre de 2005.

¹⁴⁷ Idem.

¹⁴⁸ Cf. § 39 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

salud posean la formación y aptitudes requeridas y observen los códigos deontológicos apropiados."¹⁴⁹

4) La sociedad civil

La situación dramática de las condiciones sanitarias y los numerosos obstáculos para acceder a los servicios sanitarios en numerosos países empujan a la sociedad civil a organizarse frente a los gobiernos a menudo inertes o a veces cómplices de los apetitos del sector privado.

A veces la movilización de la sociedad civil tiene éxito. Por ejemplo, la sociedad civil salvadoreña apoyó una huelga del personal sanitario que duró nueve meses (de octubre de 2002 a junio de 2003) para bloquear el proceso de privatización del sector de la salud impulsado por el Banco Mundial¹⁵⁰. Hay que decir que esta victoria no es definitiva y la sociedad civil salvadoreña y los movimientos sociales de otros países tienen que vigilarla ya que el Banco Mundial sigue plantado en su posición.

Fue también la fuerte movilización de la sociedad civil, a nivel nacional e internacional, la que logró que 39 STN retiraran la demanda que habían puesto contra Pretoria el 5 de marzo de 2001, contra una ley sudafricana de 1997 que favorecía la importación de medicamentos genéricos y un control de los precios de estos últimos en la lucha contra el VIH/sida.

Los uruguayos, por su parte, escaldados por la privatización abusiva del sector del agua, a través de un referéndum que recogió el 65% de votos, incluyeron en su Constitución:

*"El acceso al agua potable constituye un derecho fundamental cuya realización no puede ser asegurada por entidades privadas."*¹⁵¹

A nivel internacional, abundan las redes en los Fóruns sociales, pero parece que la organización que reúne un mayor consenso es el Movimiento Popular de la Salud (Peoples Health Movement, PHM). Partiendo de la constatación de que "la desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia son la base de la enfermedad y la muerte de personas pobres y marginalizadas"¹⁵², el PHM inició una campaña (finales de 2005) sobre el derecho a los servicios sanitarios en la que pone en tela de juicio la mercantilización de la salud y subraya el rol inalienable del Estado en los sistemas de salud pública¹⁵³.

¹⁴⁹ Cf. § 35 de la *Observación general N° 14* del CESCR.

¹⁵⁰ Cf. http://www.agirici.org/HTML/PRESSE/ESPACE_DPRESSE_FICHE.php?IdCampagne=50&numero_fiche=3

¹⁵¹ Cf. *Boletín de información del CETIM N° 22*, <http://www.cetim.ch/es/documents/bul22esp.pdf>

¹⁵² Cf. *Préambule de la Charte du PHM*, adoptada en Savar (Bangladesh) en diciembre de 2000.

¹⁵³ Cf. Artículo de C. Schuftan y A. Shukla, que aparecerá en el próximo libro del CETIM sobre los factores políticos y económicos determinantes para la salud.

CONCLUSIÓN

Derecho interdependiente por excelencia, el derecho a la salud necesita de acciones concertadas para su realización, tanto a nivel nacional como internacional. Estas acciones deberían atacar prioritariamente las causas sociales, económicas y políticas de los problemas de salud.

El derecho a la salud es el pilar del derecho al desarrollo. No es ni normal ni tolerable que un mundo que dispone de suficientes recursos y medios no pueda, después de 60 años, asegurar el nivel de salud "más elevado posible" a todos sus habitantes.

Como ya hemos indicado, el mantenimiento del bienestar pasa por satisfacer las necesidades fundamentales y la repartición equitativa de las riquezas. El Estado, conforme a sus obligaciones con sus ciudadanos, debería garantizar el acceso a estas necesidades fundamentales que son, entre otras, la alimentación, el agua, la vivienda y los medicamentos esenciales.

Vistos los numerosos obstáculos para la realización efectiva del derecho a la salud, en particular la ideología neoliberal que gangrena las políticas de la mayor parte de gobiernos en materia de salud, es la sociedad civil, una vez más, la que ha de movilizarse para empujar a los Estados a respetar el derecho a la salud y a cumplir con sus obligaciones en este tema. Todos los actores, a todos los niveles, han de movilizarse para que se respete el derecho a la salud ya que sin salud, no hay mundo sano y ninguna actividad es posible.

IV. ANEXOS

Anexo 1

Observación general N° 14 sobre el derecho de salud¹⁵⁴

Aprobada el 11 de mayo de 2000 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen "el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas "medidas que deberán adoptar los Estados Partes... a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho". Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la

¹⁵⁴ Nota de Redacción: El título exacto es: "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", cf. HRI/GEN/1/Rev.7, páginas 95 a 116. Para hacer más ligera la lectura hemos suprimido muchas notas. El texto entero puede descargarse a la siguiente dirección:

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/HRI.GEN.1.Rev.7.Sp?Opendocument).

Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4. Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades". Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

5. El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Partes.

6. Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, esta observación general se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años

1. Contenido normativo del artículo 12

7. El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.

Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10. Desde la adopción de los dos Pactos internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al mismo tiempo que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, ha opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS;

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos;

Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades;

Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos;

Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad;

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate;

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

13. La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes.

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 – El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva

14. La disposición relativa a "la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños" (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12) se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios

obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información¹⁵⁵.

Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 – El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente

15. "El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial" (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 — El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas

16. "La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas" (apartado c) del párrafo 2 del artículo 12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12 – El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud

17. "La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad" (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades,

¹⁵⁵La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general

No discriminación e igualdad de trato

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la Observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

La perspectiva de género

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

La mujer y el derecho a la salud

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a

lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Los niños y adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

Personas mayores

25. En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la Observación general Nº 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica

destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

26. El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su Observación general Nº 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

27. Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

Limitaciones

28. Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa – el artículo 4 - tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas – o encarcela a personas - con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29. De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

2. Obligaciones de los Estados Partes

Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12.

32. Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte.

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de *respetar*, *proteger* y *cumplir*. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover¹⁵⁶. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de *cumplir* requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Obligaciones legales específicas

34. En particular, los Estados tienen la obligación de *respetar* el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y

¹⁵⁶Según las Observaciones generales N° 12 y N° 13, la obligación de cumplir incorpora una obligación de *facilitar* y una obligación de *proporcionar*. En la presente observación general, la obligación de cumplir también incorpora una obligación de *promover* habida cuenta de la importancia crítica de la promoción de la salud en la labor realizada por la OMS y otros organismos.

paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35. Las obligaciones de *proteger* incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas para la salud al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de *cumplir* requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre

todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud¹⁵⁷.

37. La obligación de *cumplir (facilitar)* requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de *cumplir (facilitar)* un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición. La obligación de *cumplir (promover)* el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

¹⁵⁷ Forman parte integrante de esa política la identificación, determinación, autorización y control de materiales, equipo, sustancias, agentes y procedimientos de trabajo peligrosos; la facilitación a los trabajadores de información sobre la salud, y la facilitación, en caso necesario, de ropa y equipo de protección; el cumplimiento de leyes y reglamentos merced a inspecciones adecuadas; el requisito de notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales; la organización de encuestas sobre accidentes y enfermedades graves, y la elaboración de estadísticas anuales; la protección de los trabajadores y sus representantes contra las medidas disciplinarias de que son objeto por actuar de conformidad con una política de esa clase, y la prestación de servicios de salud en el trabajo con funciones esencialmente preventivas. Véase el Convenio N° 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981) y el Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

Obligaciones internacionales

38. En su Observación general N° 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto (párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma-Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir su compromiso de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

39. Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda. Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales. En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medidas para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.

40. De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41. Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su Observación general N° 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

42. Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad -particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada- tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

Obligaciones básicas

43. En la Observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;

- c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

45. Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar "asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica", que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 *supra*.

3. Violaciones

46. Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas *supra*. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 *supra*, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 *supra*, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de *actos de comisión* figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por *actos de omisión* figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación *de iure* o *de facto*; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

Violaciones de las obligaciones de proteger

51. Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

4. Aplicación en el plano nacional

Legislación marco

53. Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la

obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

54. Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.

55. La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

56. Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

57. Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud – que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho- de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.

58. Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

Recursos y rendición de cuentas

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.

60. La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61. Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás juristas que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.

62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

5. Obligaciones de los actores que no sean Estados Partes

63. El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional, tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.

64. Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme a lo dispuesto en

los artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás ONG en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.

65. El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el UNICEF, así como también las ONG y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.

Extractos de la Observación General Núm. 17 sobre los derechos humanos y la propiedad intelectual¹⁵⁸

Aprobada en noviembre de 2005 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

I. Introducción y premisas básicas

1. El derecho de toda persona a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora es un derecho humano, que deriva de la dignidad y la valía inherentes a toda persona. Este hecho distingue el derecho consagrado en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 y otros derechos humanos de la mayoría de los derechos legales reconocidos en los sistemas de propiedad intelectual. Los primeros son derechos fundamentales, inalienables y universales del individuo y, en ciertas circunstancias, de grupos de individuos y de comunidades. Los derechos humanos son fundamentales porque son inherentes a la persona humana como tal, mientras que los derechos de propiedad intelectual son ante todo medios que utilizan los Estados para estimular la inventiva y la creatividad, alentar la difusión de producciones creativas e innovadoras, así como el desarrollo de las identidades culturales, y preservar la integridad de las producciones científicas, literarias y artísticas para beneficio de la sociedad en su conjunto.

2. En contraste con los derechos humanos, los derechos de propiedad intelectual son generalmente de índole temporal y es posible revocarlos, autorizar su ejercicio o cederlos a terceros. Mientras que en la mayoría de los sistemas de propiedad intelectual los derechos de propiedad intelectual, a menudo con excepción de los derechos morales, pueden ser transmitidos y son de alcance y duración limitados y susceptibles de transacción, enmienda e incluso renuncia, los derechos humanos son la expresión imperecedera de un título fundamental de la persona humana. Mientras que el derecho humano a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales resultantes de las producciones científicas, literarias o artísticas propias protege la vinculación personal entre los autores y sus creaciones y entre los pueblos, comunidades y otros grupos y su patrimonio cultural colectivo, así como los intereses materiales básicos necesarios para que contribuyan, como mínimo, a un nivel de vida adecuado, los regímenes de propiedad intelectual protegen principalmente los intereses e inversiones comerciales y empresariales. Además, el alcance de la protección de los intereses morales y materiales del autor prevista en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 no coincide necesariamente con lo que se denomina derechos de propiedad intelectual en la legislación nacional o en los acuerdos internacionales¹⁵⁹.

¹⁵⁸ El título exacto es “Derecho de toda persona a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autor(a) (apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, E/C.12/GC/17.

[http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.GC.17.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.GC.17.Sp?OpenDocument).

¹⁵⁹ Los instrumentos internacionales pertinentes comprenden, entre otros, el Convenio de París para la Protección de la Propiedad Industrial, en su última versión revisada en 1967; el Convenio de Berna para la Protección de las Obras Literarias y Artísticas, en su última versión revisada

3. Es importante pues no equiparar los derechos de propiedad intelectual con el derecho humano reconocido en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15. (...)

4. El derecho de toda persona a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora tiene por finalidad fomentar la contribución activa de los creadores a las artes y las ciencias y al progreso de la sociedad en su conjunto. Como tal está intrínsecamente relacionado con los demás derechos reconocidos en el artículo 15 del Pacto, a saber, el derecho a participar en la vida cultural (apartado a) del párrafo 1 del artículo 15) y el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (apartado b) del párrafo 1 del artículo 15) y la indispensable libertad para la investigación científica y la actividad creadora (párrafo 3 del artículo 15). La relación entre estos derechos y el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 los refuerza mutuamente y los limita recíprocamente. Las limitaciones concomitantes impuestas al derecho de los autores a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales resultantes de sus producciones científicas, literarias o artísticas en virtud de estos derechos se examinarán en parte en la presente observación general y en parte en otras observaciones generales relativas al párrafo 3 del artículo 15 del Pacto. Como salvaguardia material de la libertad para la investigación científica y la actividad creadora, garantizada en el párrafo 3 del artículo 15, el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 también tiene una dimensión económica, por lo que está íntimamente relacionado con el derecho a la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido (párrafo 1 del artículo 6) y a percibir una remuneración adecuada (apartado a) del artículo 7) y con el derecho humano a un nivel de vida adecuado (párrafo 1 del artículo 11). Además, la aplicación del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 depende del goce de otros derechos humanos garantizados en la Carta Internacional de Derechos Humanos y en otros instrumentos regionales e internacionales, como el derecho a la propiedad, individual y colectivamente¹⁶⁰, la libertad de expresión, incluida la libertad de investigar y recibir información e ideas de toda clase y de difundirlas, el derecho al pleno desarrollo de la personalidad humana y el derecho a participar en las actividades culturales, incluidos los derechos culturales de grupos específicos. (...)

II. Contenido normativo del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15

6. En el párrafo 1 del artículo 15 se enumeran, en tres párrafos, tres derechos que abarcan distintos aspectos de la participación cultural, incluido el derecho de toda persona a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le

en 1979; la Convención Internacional sobre la protección de los artistas intérpretes o ejecutantes, los productores de fonogramas y los organismos de radiodifusión (la "Convención de Roma"); el Tratado de la OMPI sobre Derecho de Autor; el Tratado de la OMPI sobre Interpretaciones o Ejecuciones y Fonogramas (que entre otras cosas prevé la protección internacional de los artistas intérpretes o ejecutantes de "expresiones del folclore"), el Convenio sobre la Diversidad Biológica; la Convención Universal sobre Derechos de Autor, en su última versión revisada en 1971; y el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) de la OMC.

¹⁶⁰ Véanse el artículo 17 de la Declaración Universal de Derechos Humanos; el inciso v) del apartado d) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; el artículo 1 del Protocolo N° 1 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convenio Europeo de Derechos Humanos); el artículo 21 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; y el artículo 4 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul).

correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autor(a) (apartado c) del párrafo 1 del artículo 15), sin establecer explícitamente el contenido y alcance de este derecho. En consecuencia, cada uno de los elementos del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 requiere aclaración.

Elementos del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15

"Autor"

7. El Comité considera que sólo el "autor", lo que significa el creador -ya sea hombre o mujer, individuo o grupo- de producciones científicas, literarias o artísticas como, por ejemplo, escritores, artistas e inventores, entre otros, se puede beneficiar de la protección que ofrece el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15. Ello deriva del empleo de las palabras "toda persona", "le" y "autora", que indican que los redactores de ese artículo al parecer daban por sentado que los autores de producciones científicas, literarias o artísticas eran personas físicas, sin darse cuenta en ese momento de que también podía tratarse de grupos. En los regímenes de protección de los tratados internacionales vigentes, las personas jurídicas son también titulares de derechos de propiedad intelectual. Sin embargo, como ya se ha señalado, debido a su diferente carácter, sus derechos no están protegidos en el plano de los derechos humanos.

8. Aunque la formulación del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 se refiere en general al individuo que crea ("toda persona" "le", "autora"), el derecho a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de sus propias producciones científicas, literarias o artísticas, puede, en ciertas circunstancias, también ser reivindicado, ejercido o disfrutado por grupos o por comunidades.

"Producción científica, literaria o artística"

9. El Comité considera que, en el sentido del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15, "las producciones científicas, literarias o artísticas" se refieren a las creaciones de la mente humana únicamente, es decir, las "producciones científicas", como publicaciones e innovaciones científicas, incluidos los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas o locales, y las "producciones literarias o artísticas", como, entre otras cosas, poemas, novelas, pinturas, esculturas, composiciones musicales u obras teatrales y cinematográficas, y las tradiciones orales.

"Beneficiarse de la protección"

10. El Comité considera que el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 reconoce el derecho de los autores e inventores de gozar de la protección de los intereses morales y materiales que les correspondan por razón de sus propias producciones científicas, literarias o artísticas, sin especificar las modalidades de dicha protección. Para evitar que el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 carezca de todo sentido, la protección que se conceda debe garantizar efectivamente a los autores los intereses morales y materiales que les correspondan por sus obras. Sin embargo, la protección prevista en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 no debe reflejar necesariamente el nivel y los medios de protección que se encuentran en los actuales regímenes de derechos de autor, patentes u otros regímenes de propiedad intelectual, siempre que la protección disponible sea adecuada para garantizar a los creadores los intereses morales y materiales que les correspondan por sus obras, como se establece en los párrafos 12 a 16 infra.

11. El Comité observa que, al reconocer el derecho de toda persona a "beneficiarse de la protección" de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de sus propias producciones científicas, literarias o artísticas, el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 no impide en modo alguno a los Estados Partes adoptar unas normas más elevadas de protección en los tratados internacionales sobre la protección de los

intereses morales y materiales de los autores o en la legislación nacional, siempre que estas normas no limiten injustificadamente el disfrute por terceros de los derechos reconocidos en el Pacto.

"Intereses morales"

12. La protección de los "intereses morales" de los autores era una de las principales preocupaciones de los redactores del párrafo 2 del artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. Así, el autor de toda obra artística, literaria o científica y el inventor conservan, independientemente de la justa remuneración de su trabajo, un derecho moral sobre su obra o descubrimiento, derecho que no desaparece ni siquiera cuando la obra pasa a ser patrimonio común de la humanidad¹⁶¹. El propósito de los redactores era proclamar el carácter intrínsecamente personal de toda creación de la mente humana y la consiguiente relación duradera entre el creador y su creación.

13. De conformidad con el proceso de elaboración del párrafo 2 del artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 del Pacto, el Comité considera que los "intereses morales" del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 comprenden el derecho de los autores a ser reconocidos los creadores de sus producciones científicas, literarias y artísticas y a oponerse a cualquier deformación, mutilación u otra modificación de esas producciones, que cause perjuicio a su honor o reputación. (...)

"Intereses materiales"

15. La protección de los "intereses materiales" de los autores que figura en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 pone de manifiesto la estrecha vinculación existente entre esta disposición y el derecho a la propiedad, reconocido en el artículo 17 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los instrumentos regionales de derechos humanos, así como el derecho de todo trabajador a una remuneración adecuada (apartado a) del artículo 7 del Pacto). A diferencia de lo que ocurre con otros derechos humanos, los intereses materiales de los autores no guardan una relación directa con la personalidad del creador, sino que constituyen un requisito para el goce del derecho a un nivel de vida adecuado (párrafo 1 del artículo 11 del Pacto).

16. El período de protección de los intereses materiales en virtud del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 no debe por fuerza abarcar toda la vida de un creador. El propósito de que los autores gocen de un nivel de vida adecuado puede lograrse también mediante pagos únicos o la concesión al autor durante un período determinado del derecho exclusivo a explotar su producción científica, literaria o artística.

"Que le correspondan"

17. La palabra "correspondan" pone de relieve que los autores sólo se benefician de la protección de los intereses morales y materiales directamente generados por sus producciones científicas, literarias o artísticas. (...)

III. Obligaciones de los estados partes

Obligaciones legales generales

(...)

28. El derecho de toda persona a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora impone, al igual que todos los derechos

¹⁶¹ Comisión de Derechos Humanos, segundo período de sesiones, informe del Grupo de Trabajo sobre la Declaración de Derechos Humanos, E/CN.4/57, 10 de diciembre de 1947, pág. 15.

humanos, tres tipos o niveles de obligación a los Estados Partes: las obligaciones de *respetar*, de *proteger* y de *cumplir*. (...)

Obligaciones legales específicas

30. Los Estados tienen la obligación de *respetar* el derecho humano de los autores a beneficiarse de la protección de sus intereses morales y materiales, entre otras cosas absteniéndose de violar el derecho de los autores a ser reconocidos como los creadores de sus producciones científicas, literarias o artísticas y a oponerse a toda deformación, mutilación u otra modificación de sus producciones, o a cualquier otra acción que atente contra éstas, que sería perjudicial para su honor o reputación. Los Estados Partes deben abstenerse de interferir injustificadamente en los intereses materiales de los autores, que son necesarios para que los autores puedan gozar de un nivel de vida adecuado.

31. La obligación de *proteger* incluye el deber de los Estados de asegurar la protección efectiva de los intereses morales y materiales de los autores contra las infracciones cometidas por terceros. En particular, los Estados deben impedir que terceros infrinjan el derecho de los autores de reivindicar la autoría de sus producciones científicas, literarias o artísticas, y que deformen, mutilen o modifiquen dichas producciones o realicen cualquier otra acción que atente contra las mismas de manera que cause perjuicio al honor o reputación del autor. De modo similar, los Estados Partes tienen la obligación de impedir que terceros menoscaben los intereses materiales que les correspondan a los autores respecto de sus producciones. Para ello, los Estados deben impedir el uso no autorizado de producciones científicas, literarias o artísticas fácilmente accesibles o reproducibles con tecnologías modernas de comunicación o reproducción, por ejemplo estableciendo sistemas de administración colectiva de los derechos de los autores, o aprobando leyes que dispongan que los usuarios deben informar a los autores del uso que se da a sus producciones y ofrecerles una remuneración adecuada. Los Estados deben velar por que los autores reciban una indemnización adecuada de terceros por los perjuicios irrazonables que hayan sufrido como consecuencia del uso no autorizado de sus producciones.

32. Con respecto al derecho a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de los pueblos indígenas, los Estados deberían adoptar medidas para garantizar la protección efectiva de los intereses de los pueblos indígenas en relación con sus producciones, que a menudo son expresiones de su patrimonio cultural y sus conocimientos tradicionales. Al adoptar medidas para proteger las producciones científicas, literarias y artísticas de los pueblos indígenas, los Estados Partes deberían tener en cuenta sus preferencias. Esa protección podría incluir la adopción de medidas para reconocer, registrar y proteger la autoría individual o colectiva de los pueblos indígenas en el marco de los regímenes nacionales de derechos de propiedad intelectual y debería impedir el uso no autorizado de las producciones científicas, literarias y artísticas de los pueblos indígenas por terceros. En la aplicación de esas medidas de protección, los Estados Partes deberían respetar, siempre que sea posible, el principio del consentimiento libre, previo y fundado de los autores indígenas en cuestión y las formas orales u otras formas consuetudinarias de transmisión de la producción científica, literaria o artística y, de proceder, deberían velar por que los pueblos indígenas administren de forma colectiva los beneficios derivados de sus producciones.

33. Los Estados Partes, donde existen minorías étnicas, religiosas o lingüísticas, tienen la obligación de proteger los intereses morales y materiales de los autores que

pertenecen a esas minorías adoptando medidas especiales para preservar el carácter distintivo de las culturas minoritarias¹⁶².

34. La obligación de *cumplir* (prever) requiere que los Estados Partes prevean procedimientos administrativos y recursos judiciales o de otra índole adecuados para que los autores puedan defender los intereses morales y materiales que les correspondan por razón de sus producciones científicas, literarias o artísticas y pedir y obtener una reparación efectiva en caso de que no se respeten esos intereses. Los Estados Partes también tienen la obligación de *cumplir* (facilitar) el derecho previsto en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15, por ejemplo adoptando medidas positivas financieras o de otra índole que faciliten la formación de asociaciones profesionales y de otra índole que representen los intereses morales y materiales de los autores, incluso los desfavorecidos o marginados, de conformidad con lo dispuesto en el apartado a) del párrafo 1 del artículo 8 del Pacto. La obligación de *cumplir* (promover) exige que los Estados garanticen el derecho de los autores de producciones científicas, literarias y artísticas a participar en la gestión de los asuntos públicos y en todo proceso importante de adopción de decisiones que tenga repercusión en sus derechos y legítimos intereses, y que consulten a esas personas o grupos o a sus representantes elegidos antes de adoptar decisiones importantes que afecten sus derechos contemplados en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15.

Obligaciones conexas

35. El derecho de los autores e inventores a beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que les correspondan por razón de sus producciones científicas, literarias y artísticas no puede considerarse independientemente de los demás derechos reconocidos en el Pacto. Por consiguiente, los Estados Partes tienen la obligación de lograr un equilibrio entre las obligaciones que les incumben en el marco del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15, por un lado, y las que les incumben en el marco de otras disposiciones del Pacto, por el otro, a fin de promover y proteger toda la serie de derechos reconocidos en el Pacto. Al tratar de lograr ese equilibrio, no deberían privilegiarse indebidamente los intereses privados de los autores y debería prestarse la debida consideración al interés público en el disfrute de un acceso generalizado a sus producciones. Por consiguiente, los Estados Partes deberían cerciorarse de que sus regímenes legales o de otra índole para la protección de los intereses morales o materiales que correspondan a las personas por razón de sus producciones científicas, literarias o artísticas no menoscaben su capacidad para cumplir sus obligaciones fundamentales en relación con los derechos a la alimentación, la salud y la educación, así como a participar en la vida cultural y a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, o de cualquier otro derecho reconocido en el Pacto. En definitiva, la propiedad intelectual es un producto social y tiene una función social. Así pues, los Estados tienen el deber de impedir que se impongan costos irrazonablemente elevados para el acceso a medicamentos esenciales, semillas u otros medios de producción de alimentos, o a libros de texto y material educativo, que menoscaben el derecho de grandes segmentos de la población a la salud, la alimentación y la educación. Además, los Estados deben impedir el uso de los avances científicos y técnicos para fines

¹⁶² Véase el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 del Pacto, leído en conjunción con el artículo 27 de Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Véase asimismo el inciso f) del apartado 2) del párrafo 1 de la recomendación relativa a la participación y la contribución de las masas populares en la vida cultural, aprobada el 26 de noviembre de 1976, 19ª reunión de la Conferencia General de la UNESCO.

contrarios a la dignidad y los derechos humanos, incluidos los derechos a la vida, la salud y la vida privada, por ejemplo excluyendo de la patentabilidad los inventos cuya comercialización pueda poner en peligro el pleno ejercicio de esos derechos¹⁶³. En particular, los Estados Partes deberían estudiar en qué medida la comercialización del cuerpo humano o de sus partes puede afectar las obligaciones que han contraído en virtud del Pacto o de otros instrumentos internacionales pertinentes de derechos humanos¹⁶⁴. Los Estados deberían considerar asimismo la posibilidad de realizar evaluaciones del impacto en los derechos humanos antes de aprobar leyes para proteger los intereses morales y materiales que correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas, así como tras un determinado período de aplicación. (...)

VI. Obligaciones de los agentes distintos de los estados partes

55. Si bien sólo los Estados Partes en el Pacto son responsables de la aplicación de sus disposiciones, se les exhorta a que consideren la posibilidad de regular la responsabilidad que incumbe al sector de la empresa privada, a las instituciones privadas de investigación y a otros agentes no estatales de respetar el derecho reconocido en el apartado c) del párrafo 1 del artículo 15 del Pacto.

56. El Comité señala que, como miembros de organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial del Comercio (OMC), los Estados Partes tienen la obligación de adoptar todas las medidas posibles para asegurar que las políticas y decisiones de esas organizaciones sean compatibles con las obligaciones que han contraído en virtud del Pacto, en particular las que figuran en el párrafo 1 del artículo 2, en el párrafo 4 del artículo 15 y en los artículos 22 y 23 respecto de la asistencia y la cooperación en el plano internacional.

57. Los órganos y los organismos especializados de las Naciones Unidas, en sus distintas esferas de competencia y de conformidad con los artículos 22 y 23 del Pacto, deberían adoptar medidas internacionales que pudieran contribuir a la progresiva aplicación efectiva del apartado c) del párrafo 1 del artículo 15. En particular se insta a la OMPI, la UNESCO, la FAO, la OMS y otros organismos, órganos y mecanismos pertinentes de las Naciones Unidas a que intensifiquen los esfuerzos por tener en cuenta los principios y obligaciones de derechos humanos en su labor relacionada con la propiedad intelectual, en cooperación con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos.

¹⁶³ Véase el párrafo 2 del artículo 27 del Acuerdo de la OMC sobre los ADPIC.

¹⁶⁴ Véase el artículo 4 de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, de la UNESCO, aunque ese instrumento no es jurídicamente vinculante.

Declaración de Alma-Ata¹⁶⁵

Aprobada el 12 de septiembre de 1978 por los Estados miembros de la OMS

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I. La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III. El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V. Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo

¹⁶⁵ §Cf. http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

VII. La atención primaria de salud:

- es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
- 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;
- comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
- entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
- exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
- debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
- se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII. Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX. Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de

salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X. Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

Anexo 4

Principales sitios de referencia y direcciones de instancias a las que poder dirigirse

SITIOS PRINCIPALES DE REFERENCIA

Organización Mundial de la Salud. www.who.int
Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos. www.ohchr.org
Comisión Interamericana de Derechos Humanos. www.cidh.oas.org
Unión Africana. www.africa-union.org
Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. www.achpr.org
Consejo de Europa. www.coe.int
Unión Europea. <http://europa.eu.int>
Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. www.unicef.org
Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. www.unaids.org
Programa de las Naciones Unidas para el medio ambiente. www.unep.org
El Movimiento por la Salud de los Pueblos (People's Health Movement). www.phmovement.org
La Red Mundial de Grupos Pro Alimentación Infantil (IBFAN). www.ibfan.org
Corporate Accountability International (antes "Infact"). www.stopcorporateabuse.org
Medact. www.medact.org
Global Health Watch. www.ghwatch.org
Global Equity Gauge Alliance. www.gega.org.za
Centro de estudios y asesoría en salud. www.ceas.med.ec
Médicos sin fronteras. www.msf.org
Médicos del Mundo. www.medecinsdumonde.org

DIRECCIONES DE LAS INSTANCIAS A DONDE SE PUEDE ACUDIR

A nivel internacional

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CESCR (para enviar informaciones)

Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Sr. Alexandre Tikhonov, Secretario
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Tel: (41 22) 9179321. Fax: (41 22) 9179046/9179022.
E-mail: atikhonov@ohchr.org

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW (para enviar quejas e informaciones)

Naciones Unidas
2 UN Plaza, DC2-12th Floor, New York, NY, 10017, Estados Unidos de América
Fax: +1212 9633463. E-mail: daw@un.org
Web: <http://www.un.org/womenwatch/daw>

Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, CERD (para enviar quejas e informaciones)

Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Fax: +4122 9179022. E-mail: nprouvez@ohchr.org

Comité de los Derechos del niño, CRC (para enviar informaciones)

Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Fax: +4122 9179022. E-mail: pdavid@ohchr.org

Comité de los Trabajadores Migrantes, CMW (informaciones actuales)

Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Fax: +4122 9179022. E-mail: cedelenbos@ohchr.org

Comité de Derechos Humanos, HRC (para enviar quejas e informaciones)

Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Fax: +4122 9179022.

Sr. Paul Hunt, Relator especial del Consejo de derechos humanos sobre el derecho a la salud

(para enviar quejas e informaciones)
Alto Comisionado para los Derechos Humanos
Avenue de la Paix 8-14, 1211 Ginebra 10, Suiza
Fax: +4122 9179006. E-mail: urgent-action@ohchr.org

A nivel regional

Secretaría de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (para enviar quejas e informaciones)

Avenue Kairaba, P.O. Box 673, Banjul – Gambia
Tel: + 220 4392962. Fax: + 220 4390764. E-mail: achpr@achpr.org

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (para enviar quejas e informaciones)

Organización de los Estados Americanos
1889 F Street, N.W., Washington, D.C. 20006, Estados Unidos de América
Fax: (202) 458-3992. E-mail: cidhoea@oas.org

Comité Europeo de Derechos Sociales (para enviar quejas colectivas e informaciones)

Secretaría de la Carta Social Europea
Direcciones generales de Derechos Humanos – DGII
F-67075 Strasbourg Cedex, Francia
Tel: +33 (0)3 88 41 32 58. Fax: +33 (0)3 88 41 37 00
E-mail: social.charter@coe.int Web: <http://www.coe.int/>

PRESENTACIÓN DEL PHM

El People's Health Movement (PHM – Movimiento popular de la salud) tiene sus orígenes en movimientos populares y en diferentes redes y militantes dedicados al tema de la salud y preocupados por el crecimiento de las desigualdades que se manifiestan en el sector de la salud desde hace 25 años. El PHM pide que los principios de la Declaración de Alma Alta sean reafirmados. En el año 2000, éstos prometían la salud para todos y mayores cambios en la formulación de políticas internacionales y nacionales que demostraron impactos negativos sobre la salud y de los sistemas de salud.

Se puede contactar el People's Health Movement via la secretaría internacional.

Dirección postal: People's Health Movement Secretariat, C/O AHED, # 17, Beirut St. Apt. 3/501, Heliopolis, Caire, Egypt.