



Asamblea General

Distr. general
2 de abril de 2015
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos

29º período de sesiones

Tema 3 de la agenda

**Promoción y protección de todos los derechos humanos,
civiles, políticos, económicos, sociales y culturales,
incluido el derecho al desarrollo**

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

Resumen

En este informe, presentado de conformidad con la resolución 24/6 del Consejo, el Relator Especial ofrece una breve descripción de sus actividades desde que accedió al cargo en agosto de 2014.

El informe se centra en la labor del mandato del Relator Especial sobre el derecho a la salud, prestando especial atención tanto al marco del derecho a la salud como al desarrollo de la forma y el contenido de este derecho. Seguidamente, el Relator Especial reflexiona sobre cuál es, en su opinión, el camino a seguir, habida cuenta del contexto, los retos y las oportunidades actuales, para hacer plenamente efectivo el derecho a la salud.

El Relator Especial formula conclusiones y observaciones.

GE.15-07065 (S) 280415 290415



* 1 5 0 7 0 6 5 *

Se ruega reciclar



Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción	1–3	3
II. Actividades realizadas durante el período abarcado por el informe	4–12	3
A. Comunicaciones enviadas a los Estados	4	3
B. Visitas a países	5–6	3
C. Cooperación con el sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales	7–11	3
D. Cooperación con organizaciones no gubernamentales	12	4
III. Resumen de la labor del mandato (2003 a 2014)	13–31	4
IV. El camino a seguir: contexto, retos y oportunidades	32–63	8
A. El enfoque de políticas para realizar el derecho a la salud	37–48	8
B. Políticas de derecho a la salud: asimetrías de poder, enfoques desequilibrados y otras dificultades	49–63	10
V. Temas prioritarios	64–118	13
A. La salud mundial en la agenda para el desarrollo después de 2015	64–67	13
B. El derecho a la salud y las políticas públicas	68–73	13
C. Salud mental y bienestar emocional	74–85	14
D. El enfoque del ciclo de vida en el derecho a la salud	86–92	16
E. El derecho a la salud de las personas con discapacidad	93–100	18
F. La violencia es uno de los principales obstáculos al ejercicio del derecho a la salud	101–109	19
G. El papel de los interesados	110–118	20
VI. Conclusiones y observaciones	119–122	22
A. Conclusiones	119–121	22
B. Observaciones	122	22

I. Introducción

1. Este informe es el primero que presenta al Consejo el nuevo Relator Especial, Dainius Pūras, y el 24º informe temático presentado por el titular del mandato sobre el disfrute del derecho a la salud desde la creación del mandato en 2003. El informe se presenta en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución 24/6 del Consejo.
2. El Relator Especial ofrece una somera reseña de las actividades que ha llevado a cabo desde su nombramiento, entre ellas el envío de comunicaciones, la realización de visitas a países y la colaboración con el sistema de las Naciones Unidas y otros interesados de primer orden.
3. El Relator Especial describe a grandes rasgos la labor del mandato desde 2003 centrándose tanto en el marco del derecho a la salud como en el desarrollo de la forma y el contenido de este derecho. Seguidamente, reflexiona sobre cuál es, en su opinión, el camino a seguir, habida cuenta del contexto, las dificultades y las oportunidades actuales, para hacer plenamente efectivo el derecho a la salud, y expone los principales temas y prioridades para los próximos años. En el capítulo final, el Relator Especial aporta sus conclusiones y observaciones.

II. Actividades realizadas durante el período abarcado por el informe

A. Comunicaciones enviadas a los Estados

4. Durante el período objeto del informe, comprendido entre el 1 de marzo de 2014 y el 28 de febrero de 2015, el Relator Especial envió 72 comunicaciones a 39 Estados. En el momento en que se redactó el informe, se habían recibido 36 respuestas, lo que supone una tasa de respuestas del 52%.

B. Visitas a países

5. Durante el período que abarca el informe, el Relator Especial visitó Malasia del 19 de noviembre al 2 de diciembre de 2014. El Relator Especial desea dar las gracias al Gobierno del país por la invitación y por haber facilitado la visita. Se ha redactado un informe específico sobre la visita que se presenta como adición 1 al presente informe (A/HRC/29/33/Add.1). El Gobierno ha formulado observaciones a dicho informe (A/HRC/29/33/Add.2).
6. El Relator Especial desea dar las gracias al Gobierno de Argelia por haberlo invitado a visitar el país, y espera poder efectuar la visita en los próximos meses.

C. Cooperación con el sistema de las Naciones Unidas y las organizaciones intergubernamentales

7. El Relator Especial ha participado en períodos de sesiones, reuniones y actos relacionados con el desempeño de su mandato, como el curso de iniciación para los nuevos titulares de mandatos (del 3 al 5 de septiembre de 2014); la 21ª reunión anual de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos (del 29 de septiembre al 3 de

octubre de 2014); y el sexagésimo noveno período de sesiones de la Asamblea General (del 27 al 30 de octubre de 2014).

8. Asimismo, el 18 de septiembre de 2014, el Relator Especial participó como ponente en el acto de presentación a alto nivel de las Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años, que tuvo lugar en Ginebra.

9. Del 9 al 11 de diciembre de 2014, el Relator Especial fue invitado a asistir a la reunión de la Junta de Coordinación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que se celebró en Ginebra y en cuyo contexto participó en varias reuniones y actos, dedicados, entre otros temas, a los cuidados paliativos.

10. El 16 y 17 de octubre de 2014, el Relator Especial fue invitado a participar en el simposio sobre los derechos de las personas con discapacidades psicosociales que organizó la Oficina Regional del ACNUDH para Europa en Bruselas.

11. Del 18 al 20 de febrero, el Relator Especial participó como panelista en el Foro Social de 2015, que se organizó en Ginebra y se centró en el acceso a los medicamentos en el contexto del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y en el que se habló, entre otras cosas, de las mejores prácticas en este ámbito.

D. Cooperación con organizaciones no gubernamentales

12. El 3 de octubre de 2014, el Relator Especial participó en un acto sobre el tema "Autismo y derechos humanos en todo el ciclo de vida", organizado en Ginebra por el consorcio NGO Forum for Health.

III. Resumen de la labor del mandato (2003 a 2014)

13. La Comisión de Derechos Humanos creó el mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en abril de 2002 mediante su resolución 2002/31, y lo renovó en 2005 mediante la resolución 2005/24. Después de que el Consejo de Derechos Humanos sustituyera a la Comisión de Derechos Humanos en junio de 2006, el Consejo refrendó y amplió el mandato mediante las resoluciones 6/29, 15/22 y 24/6.

14. El nuevo Relator Especial fue nombrado en agosto de 2014 y considera un privilegio tener la oportunidad de someter a examen durante los próximos años la realización del derecho a la salud. Hará uso de su voz y de todas las herramientas de que disponga para desempeñar su mandato y contribuir al disfrute pleno del derecho a la salud por parte de todos. En su primer informe al Consejo de Derechos Humanos, el Relator Especial se centra en la labor del mandato, sus dificultades y oportunidades, y en cuál considera que es el camino a seguir en el cumplimiento de sus funciones.

15. Durante los primeros años de existencia del mandato, el primer Relator Especial, en colaboración con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sociedad civil y el sector académico, desarrolló un marco para analizar el derecho a la salud a fin de facilitar su comprensión y fomentar su aplicación en las políticas, programas y proyectos relacionados con la salud.

16. El marco analítico que se desarrolló incluye varios elementos clave y puede aplicarse de manera general e inclusiva a todos los aspectos del derecho a la salud, como los determinantes sociales y subyacentes de la salud y la asistencia médica puntual y

adecuada. El propósito del marco es responder a la pregunta crucial de qué aportan los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular, al proceso de formulación de políticas (véase E/CN.4/2003/58, párr. 9). Esa cuestión sigue vigente a día de hoy y seguirá orientando la labor del Relator Especial.

17. El primer titular del mandato se fijó tres objetivos principales: promover (y alentar a otros a promover) el derecho a la salud en cuanto derecho humano fundamental; aclarar la forma y el contenido del derecho a la salud, y determinar cuáles son las buenas prácticas que permiten hacer efectivo el derecho a la salud en los planos local, nacional e internacional (véase E/CN.4/2003/58, párr. 9). El entonces Relator Especial estudió esos tres objetivos en función de dos temas relacionados entre sí: por un lado, el derecho a la salud y la pobreza, centrándose en los Objetivos de Desarrollo del Milenio que tienen que ver con la salud; y, por otro lado, el derecho a la salud y los elementos determinantes de la discriminación y la estigmatización.

18. Durante el período en que ejerció sus funciones, el anterior Relator Especial, Sr. Paul Hunt, distinguió entre procesos con orientación judicial y procesos orientados a las políticas. Si bien ambos enfoques están estrechamente relacionados y son sinérgicos, el primero aspira a promover y proteger el derecho a la salud mediante la redacción de normas y principios derivados de la jurisprudencia, recabando orientación a partir de las enseñanzas extraídas de la resolución de conflictos particulares. Las formas judiciales y cuasijudiciales de rendición de cuentas son ejemplos de este enfoque. El anterior Relator Especial también hizo hincapié en que el enfoque orientado a las políticas no es una alternativa "blanda", sino más bien todo lo contrario, pues impone a los responsables de la formulación de políticas la obligación legal de velar por que el sistema de salud incluya planes de salud integrales que aúnen el sector público y el privado, programas de asistencia a los desfavorecidos y muchas otras prestaciones que exige el derecho a la salud. Además, el enfoque orientado a las políticas no prescinde de la rendición de cuentas, pues exige que los responsables de la formulación de políticas estén sujetos a modalidades de examen judicial y extrajudicial.

19. En el marco del mandato se han realizado actividades relacionadas con las dificultades y las oportunidades asociadas a la realización progresiva del derecho a la salud y a las obligaciones que tienen efecto inmediato. Con respecto a la cuestión de las limitaciones de recursos y la realización progresiva, el derecho internacional de los derechos humanos reconoce que hacer efectivo el derecho a la salud es una tarea progresiva que depende de los recursos disponibles. Por eso el nivel de exigencia es mayor para los Estados desarrollados que para los Estados en desarrollo. Sin embargo, todos tienen la obligación de hacer efectivo progresivamente el derecho al más alto nivel posible de salud. Para medir los avances conseguidos es necesario establecer unos indicadores y bases de referencia, y en ese aspecto la labor del primer titular del mandato sigue siendo de gran utilidad (véanse A/58/427 y E/CN.4/2006/58).

20. Los anteriores titulares del mandato han detallado las dificultades y las oportunidades que se derivan del derecho a unos servicios de atención de la salud disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad. En ese sentido, los sistemas de atención de la salud tienen una importancia crucial para el derecho a la salud y son un elemento fundamental para el desarrollo sostenible, la reducción de la pobreza y la prosperidad económica (A/HRC/7/11, párr. 12). Los principios consagrados en la Declaración sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud (1986) siguen siendo pertinentes a día de hoy.

21. La labor del mandato también ha abordado las dificultades que han de afrontar los Estados a la hora de cumplir su obligación de velar por que los presupuestos nacionales asignen los fondos adecuados a las partidas relacionadas con la salud, asegurar la distribución equitativa de los recursos destinados a la salud e intensificar la cooperación internacional para asegurar la disponibilidad de una financiación internacional sostenible para la salud (véase A/67/302).

22. La labor de los predecesores del Relator Especial ha puesto de relieve que una de las obligaciones más importantes de efecto inmediato asociadas al derecho a la salud es el deber de evitar la discriminación¹. Ello implica que, aunque haya limitaciones de recursos, el cumplimiento de esa obligación no debe ser progresivo. La discriminación y la estigmatización se consideran determinantes sociales para el disfrute del derecho a la salud, puesto que las desigualdades sociales y la exclusión condicionan los resultados obtenidos en la esfera de la salud y contribuyen a aumentar la carga de morbilidad que soportan los grupos marginados. Además, algunos problemas de salud, como los trastornos mentales o el VIH/SIDA, pueden exponer a quienes los sufren a una combinación de diversas formas de discriminación y reforzar las desigualdades existentes (E/CN.4/2003/58, párr. 59).

23. La labor de los anteriores titulares del mandato ha puesto de manifiesto la necesidad de respetar, proteger y hacer realidad el disfrute del derecho a la salud y otros derechos conexos de los grupos que parecen encontrarse en situaciones de vulnerabilidad y sufren una discriminación general, entre otras cosas en el acceso a los servicios de salud.

24. La labor realizada hasta ahora en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluida la mortalidad materna, ha demostrado que los derechos humanos pueden salvar vidas si se integran en las políticas de salud pública, pues aseguran que dichas políticas sean equitativas, integradoras, no discriminatorias, participativas y basadas en la realidad (A/61/338, párr. 29). La mayoría de muertes asociadas al embarazo y muchas de las causas de mortalidad de niños menores de 5 años son evitables. Quienes corren más riesgo son los grupos que viven en la pobreza, los de las zonas rurales y las mujeres de minorías étnicas y religiosas o de comunidades indígenas. Todo enfoque integrado de salud sexual y reproductiva debe situar en su centro a las mujeres y los niños, cuyos derechos han de quedar plenamente reconocidos.

25. Además, la labor del mandato se ha centrado en las graves repercusiones que puede tener la penalización de identidades, conductas y estados de salud para el disfrute pleno del derecho a la salud. La penalización y las leyes restrictivas no son medidas eficaces de intervención en materia de salud pública e inhiben la presentación de información sobre los indicadores de salud. Por ejemplo, la labor realizada hasta el momento ha demostrado que las restricciones jurídicas al acceso a los servicios de interrupción del embarazo, a una información y educación integral en materia sexual y reproductiva, y a métodos anticonceptivos y de planificación familiar pueden perjudicar gravemente al disfrute del derecho a la salud. Los datos muestran que ello acarrea repercusiones negativas, no solo para el acceso a bienes, servicios e información, sino también para el disfrute de las libertades y derechos fundamentales, así como para la dignidad y la autonomía de las personas, particularmente de las mujeres (véase A/66/254).

26. Los anteriores titulares del mandato también estudiaron las consecuencias negativas de la penalización del comportamiento homosexual consensual, la orientación sexual y la identidad de género, el trabajo sexual y la transmisión del VIH (véase A/HRC/14/20). Esta labor ha demostrado que las políticas punitivas y la penalización no son eficaces y

¹ Véase la observación general N° 14 (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43.

obstaculizan el acceso a los servicios de salud, fomentan la estigmatización social y la exclusión y dan lugar a la obtención de malos resultados en la esfera de la salud.

27. Con respecto a la política sobre drogas, la labor de los predecesores del Relator Especial ha demostrado que el régimen punitivo del actual sistema internacional, que aspira a crear un mundo sin drogas, ha fallado fundamentalmente porque hace caso omiso de las realidades que rodean al consumo de drogas y la drogodependencia (véase A/65/255). Es necesario reorientar el actual régimen de fiscalización de drogas para alejarlo de las políticas orientadas a las sustancias y centrarlo más en los derechos humanos. Los datos demuestran que penalizar determinadas conductas provoca que quienes necesitan ayuda se muestren reticentes a buscarla, algo que también sucede en el caso de los servicios relacionados con la salud, y ello debería ser un motivo de preocupación para las autoridades. La adopción de enfoques excesivamente punitivos ha generado más destrozos relacionados con la salud que los que las autoridades pretendían evitar.

28. La importante cuestión del acceso a los medicamentos también ha formado parte de la labor del mandato. La atención médica en caso de enfermedad, así como la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades dependen en buena medida de que se pueda acceder a tiempo a medicamentos de calidad. A pesar de los avances conseguidos, se estima que cerca de 2.000 millones de personas siguen sin tener acceso a medicamentos esenciales. Sigue habiendo un vínculo intrínseco entre la pobreza y la realización del derecho a la salud, por el cual los países en desarrollo son los más necesitados de medicamentos y a la vez los que menos acceso tienen a ellos. Los anteriores titulares del mandato, como el Sr. Anand Grover, han abordado las distintas dimensiones de estas cuestiones, entre ellas el papel y las responsabilidades de las empresas farmacéuticas, la repercusión de las leyes de propiedad intelectual y de los acuerdos de libre comercio, y las repercusiones y elementos de un enfoque del acceso a los medicamentos que esté basado en el derecho a la salud (véanse A/63/263, A/HRC/17/43 y A/HRC/23/42).

29. En los últimos doce años, la labor del mandato también ha prestado especial atención a otros dos elementos clave del marco analítico del derecho a la salud: la vigilancia y la rendición de cuentas. Sin ellas, todas las normas y obligaciones de derechos humanos corren el riesgo de convertirse en promesas vacuas. La rendición de cuentas respecto del derecho a la salud y los sistemas de salud suele ser bastante deficiente (véase A/63/263). La labor del mandato también ha puesto de relieve la cuestión de la rendición de cuentas ante instancias judiciales (véase A/69/299), aunque también ha abordado otras fórmulas, como las evaluaciones de los efectos sobre la salud, en particular durante las visitas a países (Rumanía, Suecia y Uganda).

30. Otros informes temáticos han estudiado el disfrute del derecho a la salud y los determinantes subyacentes, como el agua y el saneamiento, la salud ocupacional, el derecho a la salud en los conflictos, los alimentos perjudiciales para la salud, y el derecho a la salud de los migrantes, las personas de edad y las personas con discapacidades psicosociales (incluida la cuestión clave del consentimiento informado).

31. El Relator Especial coincide con sus predecesores en que es necesario adoptar un enfoque integral del derecho a la salud, que incluya la despenalización de la orientación sexual y las identidades de género, así como de determinadas conductas y estados de salud, además del establecimiento de marcos jurídicos y administrativos favorables que pongan énfasis en la educación en derechos humanos, la participación auténtica y el empoderamiento de los grupos a los que vayan dirigidas las medidas, y un esfuerzo decidido por reducir la estigmatización y la discriminación en el conjunto de la sociedad.

IV. El camino a seguir: contexto, retos y oportunidades

32. En palabras de Jonathan Mann "el marco de los derechos humanos constituye un enfoque más útil para analizar y afrontar los retos modernos en el terreno de la salud que ningún otro marco que haya proporcionado hasta ahora la tradición biomédica"². El Relator Especial abordará las cuestiones más importantes relacionadas con el desempeño de su mandato con esta afirmación en mente.

33. El derecho de toda persona a la salud física y mental únicamente puede hacerse efectivo mediante esfuerzos concertados y sostenidos, y mediante la asunción de responsabilidades compartida por todos los interesados a nivel nacional, regional y universal. Requiere un compromiso inequívoco con la realización de los principios universales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el derecho y la normativa de derechos humanos.

34. Sirviéndose de la labor realizada por sus predecesores, el Relator Especial promoverá la aplicación del marco del derecho a la salud para reforzar los sistemas de salud, recalcando la necesidad de situar el bienestar de las personas y las comunidades en el centro de las políticas de salud. Analizará los procesos que tienen lugar dentro de los sistemas de salud (cómo se llevan a cabo y qué agentes participan en ellos) prestando especial atención al acceso a la información, la participación y los mecanismos de rendición de cuentas (véase A/HRC/7/11, párrs. 38 a 64).

35. El Relator Especial continuará aplicando una perspectiva de género en su labor, prestando especial atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos como parte integrante del derecho a la salud. Aplicará a su trabajo un enfoque orientado a todo el ciclo de vida, y prestará una atención especial a las necesidades de los niños y los adolescentes con respecto a la realización de su derecho a la salud, así como a las necesidades de otros grupos que se hallen en situación de vulnerabilidad, como las personas con discapacidad. Además, seguirá prestando atención al acceso a los medicamentos, incluido el acceso a medicamentos esenciales o controlados, y a los aspectos de esta cuestión relacionados con los derechos humanos.

36. En el contexto actual en que se están perfilando los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la realización del derecho a la salud reviste un particular interés, como condición previa para todo proceso que conduzca al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de los principales elementos de dichos objetivos, y también como resultado de ese proceso.

A. El enfoque de políticas para realizar el derecho a la salud

37. Existen formas diversas e igualmente pertinentes de aplicar un enfoque basado en los derechos humanos para mejorar la salud de las personas y los grupos de población, y para promover el derecho a la salud en las prácticas cotidianas. Uno de esos enfoques pasa por el estudio de los marcos normativos, incluido el papel de las leyes y de los procedimientos judiciales, lo cual pone de manifiesto, entre otras cosas, la importancia de la justiciabilidad del derecho a la salud.

38. El enfoque al que el Relator Especial dará prioridad es el que él denomina "enfoque de políticas", que se centra en las políticas de salud y las políticas sobre cuestiones relacionadas con la salud e incluye el análisis de los procesos y resultados de las políticas formuladas y aplicadas. A través de dicho enfoque se determinará si esas políticas se basan

² Mann, "Health and human rights. Protecting human rights is essential for promoting health", *British Medical Journal*, N° 312 (1996), págs. 924 a 925.

o no en los principios de derechos humanos y en enfoques modernos de salud pública, lo cual incluye la utilización de una sólida base de datos científicos.

39. Apartarse de las normas y los principios universales de derechos humanos consagrados en la Declaración Universal y de los datos generados por el enfoque moderno de la salud pública obstaculiza de manera importante la realización efectiva del derecho a la salud. El Relator Especial empleará el marco del derecho a la salud para identificar buenas prácticas en la aplicación de los principios modernos referidos a la promoción de la salud. Pondrá de relieve las posibles sinergias entre los derechos humanos y los enfoques modernos de la salud pública para hacer efectivo el derecho a la salud en todo el mundo.

40. Uno de los objetivos del Relator Especial será examinar el "déficit de aplicación". El enfoque basado en los derechos humanos puede resultar muy eficaz para aplicar políticas y prácticas de salud. No obstante, a pesar de que están debidamente identificados los principios fundamentales y los principales procesos y mecanismos del derecho a la salud, sigue habiendo un desfase significativo entre la formulación de políticas de salud y su aplicación eficaz en la práctica cotidiana. Si bien la formulación de políticas de salud puede considerarse satisfactoria desde el punto de vista del derecho a la salud, su aplicación efectiva todavía constituye un reto importante.

41. Con demasiada frecuencia, lo que impide poner en práctica los principios básicos no son los obstáculos financieros, sino ciertas actitudes que persisten entre los interesados y que no están en consonancia con los derechos humanos y los principios de salud pública. El Relator Especial se centrará en el "déficit de aplicación", aunque seguirá poniendo de relieve e interpretando los principios y normas universales de derechos humanos y poniéndolos en relación con la práctica diaria que consiste en invertir eficazmente en la salud de las personas y de la sociedad.

42. A pesar de la labor de muchas personas que han insistido de forma convincente en la necesidad de atenerse a los principios universales de los derechos humanos y los beneficios que ello conlleva, sigue habiendo una cierta tendencia a aplicar y justificar un enfoque restrictivo y selectivo de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Esa tendencia se ha visto acentuada durante la última década y pone en entredicho la esencia misma de los principios y normas universales de derechos humanos.

43. Por ejemplo, esa tendencia regresiva se ha observado en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y en lo relativo a la discriminación de grupos en situación de vulnerabilidad, como los niños, los migrantes documentados e indocumentados, las personas con discapacidad y las personas lesbianas, gais, bisexuales y transgénero. En sus informes, así como en el resto de sus actividades, el Relator Especial destacará la necesidad y la importancia de aplicar el principio de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, y subrayará su trascendencia para la efectividad plena del derecho a la salud.

44. Al Relator Especial le preocupa que esta tendencia a adoptar un enfoque selectivo con respecto a los derechos humanos tenga sus efectos más perjudiciales en los grupos de población que sufren discriminación, *de jure* o *de facto*. Esos grupos son objeto de exclusión social, estigmatización o humillación, lo que repercute negativamente en su estado de salud. A menudo se les niega el acceso al apoyo y los servicios asistenciales que precisan, y no se les permite participar auténticamente en los procesos que les afectan. Se trata de grupos que, precisamente por la situación que atraviesan, son los que más necesitan unos servicios de salud de calidad y respetuosos con los derechos humanos.

45. Esta desviación de los principios universales de los derechos humanos y este enfoque selectivo, al ignorar uno o varios derechos de un grupo de población o no atenderlos como es debido, refuerzan los ciclos de pobreza, desigualdad, exclusión social,

discriminación y violencia, y a largo plazo repercuten negativamente en la salud y el desarrollo de la sociedad en general.

46. En todo el mundo hay buenas prácticas de salud que surgen cuando se recurre a programas apropiados desde el punto de vista cultural y social que consiguen implicar y empoderar a personas, familias y comunidades. Estas prácticas ponen en entredicho las barreras tradicionales entre la salud, la educación, el bienestar social y otros sectores. Por ejemplo, se pueden desarrollar programas eficaces de apoyo comunitario para prevenir la violencia, en particular la que se ejerce contra las mujeres y la violencia doméstica. También pueden diseñarse iniciativas comunitarias y actividades de prevención en los barrios para la formación de padres primerizos, que se centren en las relaciones entre padres e hijos. Se pueden llevar a cabo actividades de planificación familiar para prevenir el embarazo precoz o no deseado a través de las cuales se ofrezca información y educación sexual de carácter amplio y se facilite el acceso a diversos métodos anticonceptivos.

47. La cooperación entre sectores distintos también puede contribuir a facilitar el acceso a la educación preescolar, particularmente para los niños de las familias en situación de riesgo, y preparar a la comunidad para que acepte e integre a niños y adultos con discapacidad en la vida diaria de la comunidad. Este enfoque también puede suponer una oportunidad para que adolescentes y jóvenes en situación de riesgo encuentren alternativas a la violencia juvenil participando en programas comunitarios para el fomento de centros de esparcimiento para personas de edad, con lo cual se contribuiría a reforzar los vínculos intergeneracionales y mejoraría la calidad de las relaciones humanas en general.

48. Si se aplica de manera eficaz, el "enfoque de políticas" genera oportunidades valiosas de innovar en el terreno social mediante el empoderamiento de los ciudadanos, las familias, las comunidades y las sociedades en general. Al emplear conceptos modernos de promoción de la salud y de salud pública, este enfoque también puede facilitar la participación auténtica de todos los interesados y reforzar los factores protectores y la resiliencia de las personas y las comunidades.

B. Políticas de derecho a la salud: asimetrías de poder, enfoques desequilibrados y otras dificultades

49. La implantación de la medicina y la ciencia de la salud pública basadas en pruebas suele verse obstaculizada cuando se hace caso omiso de esas pruebas o datos científicos, lo que da lugar a políticas y prácticas desequilibradas y selectivas que dificultan la realización plena de los derechos humanos, y del derecho a la salud en particular. Una forma de analizar las dificultades y las oportunidades que presenta la realización efectiva del derecho a la salud consiste en centrarse en la necesidad de equilibrar los principales elementos del derecho a la salud y evitar tendencias e incentivos que den lugar a asimetrías de poder y políticas y prácticas injustas.

50. Los desequilibrios en políticas y prácticas relacionadas con la salud suelen ser el resultado de luchas de poder y una consecuencia y un signo de la falta de transparencia, de rendición de cuentas y de voluntad política para seguir las normas y principios establecidos. Esos desequilibrios suelen aparecer cuando se produce algún desvío respecto del enfoque holístico de los derechos humanos. Se alimentan, además, de las asimetrías de poder entre los intervinientes y los grupos de interés de dentro y fuera del sector de la salud. Estas prácticas y políticas selectivas tienden a generar políticas de salud ineficaces y prácticas asistenciales ineficaces, e incluso nocivas, así como violaciones de los derechos humanos.

51. Preocupan al Relator Especial los casos de políticas y prácticas desequilibradas que socavan notablemente el disfrute pleno del derecho a la salud. Esos desequilibrios pueden llevar a una jerarquía artificial y a una visión selectiva de los derechos humanos, de manera

que se dé prioridad a un grupo de derechos sobre los demás, o que se puedan establecer normas de derechos humanos diferentes para distintos grupos de población. Existen ciertos desequilibrios y asimetrías de poder entre los distintos elementos de los sistemas de salud: por ejemplo, la atención primaria generalmente no puede competir en las asignaciones presupuestarias con la medicina especializada. Estos desequilibrios también han conllevado históricamente disparidades en la inversión en salud física y mental.

1. Derechos humanos sin jerarquías

52. Hay que aprender de las experiencias pasadas y actuales, que nos demuestran que jerarquizar los derechos humanos o dar prioridad a uno o varios derechos sobre los demás tiene consecuencias perjudiciales y acarrea violaciones sistemáticas de los derechos humanos. Los enfoques selectivos privan a determinados grupos de sus derechos básicos y socavan la participación auténtica y el empoderamiento de todos los interesados. La participación auténtica y el empoderamiento constituyen un requisito previo para que las políticas públicas generen resultados positivos, basados en la atención particular que se presta a las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

53. El movimiento en favor de la salud y los derechos humanos ha aportado muchos ejemplos de derechos económicos, sociales y culturales que se han desatendido porque se consideraba que no requerían la adopción de medidas inmediatas al interpretarse, erróneamente, que su realización podía hacerse de manera progresiva. Esa tendencia a restar importancia a los derechos económicos, sociales y culturales ha generado, y sigue generando, una combinación perjudicial de pobreza, desigualdades y pérdida de poder de grandes grupos de población, que acabarán sufriendo el deterioro de su estado de salud y tendrán dificultades para acceder a los servicios de atención de la salud.

54. El enfoque del derecho a la salud, como parte del enfoque basado en los derechos humanos, ha demostrado ser, en los últimos decenios, una potente herramienta para reforzar el objetivo mundial de mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones. Sin embargo, también puede usarse para controlar y prevenir trastornos de salud subyacentes y tendencias en los sistemas de salud que pueden suponer violaciones de los derechos humanos y acarrear efectos negativos sobre la salud de las personas y las sociedades.

55. En este sentido, el Relator Especial seguirá subrayando la necesidad de reducir la pobreza y las desigualdades, incluidas las que existen entre y dentro de las regiones y los países. Para tal fin, analizará las causas fundamentales del desfase existente entre las oportunidades y la realidad, entre las pruebas y datos científicos y las políticas y prácticas; y entre las obligaciones de los responsables y el cumplimiento eficaz de esas obligaciones.

56. Un ejemplo reciente del efecto nocivo de las desigualdades ha sido la epidemia del virus del Ébola en países de África Occidental con sistemas de salud deficientes que no pudieron responder adecuadamente al contagio. Una de las conclusiones extraídas de esa experiencia y de otras epidemias es la importancia de la medicina social que, desde el siglo XIX, ha puesto de relieve que muchas enfermedades y epidemias son, en su origen, enfermedades sociales. Por lo tanto, la atención primaria ha de ocuparse debidamente de los determinantes sociales de la salud y del contexto en que surgen las epidemias.

57. La crisis del Ébola nos ha permitido extraer conclusiones importantes sobre los múltiples elementos que conforman el derecho a la salud. Nuestra preparación para reaccionar ante emergencias a nivel nacional, regional y mundial ha quedado en tela de juicio. Se han puesto sobre la mesa cuestiones importantes, como el acceso a la información, la confianza en las autoridades públicas y la seguridad del personal médico, y esta crisis nos ha recordado la importancia de respetar los derechos humanos de las poblaciones afectadas cuando se produce un problema de seguridad pública. La crisis del Ébola ha vuelto a poner de manifiesto la cuestión de la responsabilidad y la rendición de

cuentas de los agentes clave (como las empresas farmacéuticas) y la necesidad de contar con un liderazgo público sólido al hacer frente a los problemas de salud de alcance mundial.

58. Otro ejemplo de enfoque desequilibrado de los derechos humanos se produce cuando la realización plena del derecho a la salud se ve obstaculizada por restricciones indebidas en el disfrute de derechos civiles y políticos. Este enfoque puede suponer que no se apliquen los principios de participación y empoderamiento, y debilita el papel esencial que puede desempeñar la sociedad civil en la promoción de la salud y el bienestar de la sociedad.

59. Los derechos humanos no están jerarquizados, y todo intento de limitar o menoscabar, ya sea de forma deliberada o involuntaria, alguno de los derechos humanos básicos puede tener repercusiones nocivas sobre la salud y el bienestar de las personas y de la sociedad. Por eso, la mejor manera de "inmunizar" los sistemas de salud y las decisiones sobre políticas frente al incumplimiento de las normas y principios consensuados pasa por aplicar sistemáticamente un enfoque de derechos humanos que se ajuste plenamente a los principios universales consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en las convenciones y tratados sobre derechos humanos.

2. Equilibrar los elementos clave del sistema de salud

60. Todos los principales elementos de los sistemas de salud han de mantenerse en equilibrio. Esto incluye la relación entre el aspecto curativo y el preventivo de la atención de la salud, a fin de que las asimetrías de poder no debiliten la atención primaria y la medicina preventiva. Ha de reforzarse el enfoque moderno de la salud pública y asegurar el equilibrio adecuado entre todos los elementos del sistema de salud para que la aplicación de las políticas en la materia no esté dominada por los servicios de atención especializada y los programas verticales "basados en enfermedades".

61. Además, también se debe equilibrar el papel del sector de la salud y el de otros sectores en la mejora de la salud de las personas y las poblaciones. Una forma moderna de entender la realización efectiva del derecho a la salud exige un enfoque que introduzca la cuestión de la salud en todas las demás políticas. Para conseguir plenamente todos los objetivos, como el de reducir el número de muertes de menores de 5 años, mejorar la salud mental, reducir la carga que representan las enfermedades no transmisibles o promover la salud de las personas de edad, ha de recabarse la participación de todos los sectores y esferas responsables de las políticas públicas.

62. Esto no implica que el papel del sector de la salud deba limitarse a la atención médica especializada. Al contrario, la imagen de los ministros de salud preocupados fundamentalmente por cubrir las necesidades de servicios médicos especializados ya ha pasado a la historia. El papel del sector de la salud cobra cada vez más protagonismo en esferas como la promoción de la salud, la prevención de los problemas de salud y la protección de los derechos humanos, sobre todo dentro de los servicios de cuidado de la salud, con la atención especial que debe prestarse a la situación de los grupos marginados. Al promover un enfoque de "salud en todas las políticas", el sector de la salud ha de asumir el liderazgo y compartir la responsabilidad de la salud de la sociedad con otros sectores.

63. Teniendo todo esto en cuenta, el Relator Especial está valorando considerar prioritario el análisis de los siguientes temas.

V. Temas prioritarios

A. La salud mundial en la agenda para el desarrollo después de 2015

64. La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible es una oportunidad única para replantear los logros alcanzados y evaluar los retos pendientes que afectan al derecho a la salud y al bienestar de las personas y las sociedades. Entre los años 2000 y 2010, se estima que se evitaron 3,3 millones de muertes por paludismo y se salvaron 22 millones de vidas en la lucha contra la tuberculosis. El acceso a tratamientos antirretrovirales para las personas infectadas por el VIH ha salvado 6,6 millones de vidas desde 1995. Al mismo tiempo, el acceso a la atención de la salud maternoinfantil ha ido mejorando de manera constante³.

65. Desde finales del siglo XIX, la ciencia y la práctica de la medicina y la salud pública han generado numerosas oportunidades para evitar la mortalidad prematura y mejorar el bienestar de las personas y las sociedades. Se han conseguido llevar a la práctica con éxito multitud de descubrimientos científicos, lo que ha supuesto un incremento general de la esperanza de vida, una reducción de la mortalidad maternoinfantil, el triunfo en la lucha contra múltiples enfermedades infecciosas y una mejora general en la calidad de vida de la población mundial.

66. No obstante, las tasas actuales de mortalidad por causas prevenibles de recién nacidos, niños menores de 5 años y adultos siguen siendo inaceptablemente elevadas. La cobertura universal de la atención de la salud sigue siendo un sueño para muchas personas. Existen multitud de factores que obstaculizan la realización del derecho a la salud, y la mayoría de ellos están asociados a desigualdades y a una visión selectiva de los principios de los derechos humanos y de las pruebas y datos científicos existentes. Esto puede y debe resolverse con el firme empeño de los Estados y los esfuerzos coordinados de todas las partes interesadas.

67. En el contexto de la agenda para el desarrollo después de 2015, el marco del derecho a la salud puede ser una herramienta operativa y analítica útil y potente para facilitar la transición hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estos últimos, a su vez, pueden ser decisivos para la realización efectiva y holística del derecho a la salud, siempre que en su conceptualización se incorporen efectivamente los derechos humanos.

B. El derecho a la salud y las políticas públicas

68. La atención primaria deberá fortalecerse en el siglo XXI, ya que constituye un pilar fundamental de la medicina moderna y de la salud pública. Convendría reafirmar lo dispuesto en la Declaración de Alma-Ata y en la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, y averiguar las causas profundas del relativo fracaso del llamamiento a formular compromisos en el marco del programa Salud para Todos en el Año 2000.

69. Sin una infraestructura sólida de atención primaria de la salud, todos los logros de la ciencia moderna y del ejercicio de la medicina pueden verse comprometidos y podrían utilizarse de manera indebida. Cuando la política en materia de salud opta por dar prioridad a servicios especializados, estos últimos tienden a funcionar sin las necesarias salvaguardias éticas y de derechos humanos, lo que da lugar bien a barreras en el acceso a servicios para

³ *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*, citado en "El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta", informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015 (A/69/700), párr. 17.

aquellas personas y grupos que tienen más necesidades en materia de salud, bien a la utilización ineficaz de esos servicios, o a ambas cosas.

70. Preocupa al Relator Especial que la atención primaria y el enfoque moderno de la salud pública a menudo pierdan la batalla de la asignación de recursos frente al modelo biomédico y los programas verticales para el tratamiento de enfermedades que se basan en una atención de la salud especializada. Asignar recursos a la atención de la salud especializada puede reforzar las asimetrías de poder y los desequilibrios en la financiación, lo que con frecuencia favorece a grupos poderosos con intereses creados en el sector y la industria de la salud. Los Estados, al cumplir su obligación de proteger, respetar y hacer realidad el disfrute del derecho a la salud, deberían ser conscientes de esas asimetrías de poder, y estar dispuestos y en condiciones de hacerles frente. También deberían establecer mecanismos de vigilancia independientes, ya que dichos mecanismos son herramientas esenciales para garantizar la rendición de cuentas.

71. De no ser así, las asimetrías de poder y los desequilibrios pueden conducir a situaciones en las que: a) al asignar presupuestos, se otorgue preferencia a tecnologías biomédicas costosas que no siempre se utilizan de forma ética y rentable; b) existan mayores incentivos para incurrir en prácticas corruptas a raíz de las cuales las costosas medidas de intervención en materia de atención de la salud especializada en el sector público no beneficien a quienes más lo necesitan; c) los filtros (niveles) en los sistemas de atención de la salud no funcionen de forma adecuada, y los casos leves se deriven a la atención especializada, lo que puede exponer a todo el sistema de atención de la salud a un riesgo de gestión deficiente de los principios de la ética médica y la economía de la salud. Todo ello tiene un efecto negativo sobre el pleno disfrute del derecho a la salud y genera resultados negativos en el ámbito de la salud pública.

72. La aplicación sostenible de un enfoque moderno de la salud pública no solo está en consonancia con los derechos humanos, sino que también es un instrumento eficaz para desarrollar y fortalecer la justicia social y la cohesión social. A ese respecto, no se debe subestimar la importancia de la cobertura universal de la atención de la salud. Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud se han producido numerosos logros, pero también fracasos. La cobertura universal es un elemento central de las políticas de salud pública, y lograr este tipo de cobertura a nivel mundial debería considerarse uno de los principales objetivos de la agenda para el desarrollo después de 2015. Sin embargo, el Relator Especial considera que es necesario aplicar un enfoque holístico más amplio para que nadie, en particular las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y aquellas que más necesitan la atención de la salud, quede excluido *de jure* o *de facto* del acceso a servicios de calidad.

73. Todos los agentes internacionales y nacionales deberían movilizarse para reafirmar y revitalizar las decisiones de la histórica Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud y la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. El pleno disfrute del derecho a la salud solo puede hacerse realidad mediante políticas de promoción de la salud acordes con los derechos humanos y culturalmente pertinentes que brinden a las personas los medios necesarios para que asuman un mayor control sobre sus vidas y mejorar su salud y bienestar.

C. Salud mental y bienestar emocional

74. La división histórica, tanto en las políticas como en las prácticas, entre la salud mental y física lamentablemente ha resultado en un aislamiento político, profesional y geográfico, así como en la marginación y estigmatización, de la atención de la salud mental.

75. El enfoque moderno de la salud mental pública, que apareció en la escena mundial a finales del siglo XX con una masa crítica de nuevos datos sobre la importancia de la salud mental y la eficacia de los enfoques integrados, aún tropieza con enormes escollos. Es lamentable que, en muchos países y regiones del mundo, aún no sea posible obtener una atención de la salud mental moderna. Además, en los países que se pueden permitir asignar recursos a servicios de atención de la salud mental, los recursos a menudo se destinan a instituciones psiquiátricas segregadas en las que los servicios prestados son estigmatizantes y no están en consonancia con los derechos humanos.

76. El Relator Especial quisiera destacar dos mensajes fundamentales del enfoque moderno de la salud mental pública. En primer lugar, sin salud mental no hay salud. En segundo lugar, una buena salud mental significa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales.

77. La concepción moderna de salud mental abarca un buen bienestar emocional y social y unas relaciones sanas y pacíficas entre los grupos y las personas, en las que exista un vínculo mutuo de confianza, tolerancia y respeto por la dignidad de cada uno. A ese respecto, la promoción de una buena salud mental debería constituir una prioridad transversal aplicable a la agenda para el desarrollo sostenible, ya que resulta de interés para muchos de sus elementos, como la protección de la dignidad y las personas de cara a lograr una vida sana y de economías sólidas e inclusivas, promover sociedades seguras y pacíficas e instituciones sólidas, y catalizar la solidaridad mundial para el desarrollo sostenible (véase A/69/700).

78. Al invertir en la buena salud mental de los niños y los jóvenes, no solo se realiza una contribución sustancial al desarrollo sostenible de nuestras economías, para lo que son necesarias unas buenas capacidades emocionales y cognitivas, sino que también se hace frente a las causas profundas de la intolerancia y la exclusión social, y se promueven sociedades sanas y cohesivas.

79. Se calcula que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades⁴. Sin embargo, en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes.

80. El final del siglo XX trajo consigo dos mensajes principales para la comunidad internacional. El primero de ellos se refería a la importancia crucial de la salud mental en las políticas modernas de salud, habida cuenta de la alta incidencia de los problemas de salud mental y los trastornos mentales. El segundo mensaje es que, contrariamente a lo que antes se creía, es posible adoptar medidas eficaces si se abandonan las tradiciones obsoletas y se aplica el enfoque moderno de la salud pública. En el siglo XXI no hay cabida para las instituciones psiquiátricas basadas en la estigmatización y la segregación y, en palabras de G. H. Brundtland, es necesario "velar por que la nuestra sea la última generación que tolere que la vergüenza y la estigmatización prevalezcan sobre la ciencia y la razón"⁵.

81. Sin embargo, tras más de una década desde la publicación histórica del *Informe sobre la salud en el mundo 2001*, la salud mental sigue siendo objeto de actitudes obsoletas y servicios inadecuados. Los estudios muestran que, en muchos casos, o no hay acceso

⁴ Las estimaciones de la OMS pueden consultarse en la página: www.who.int/mental_health/mhgap/en/.

⁵ *Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (Ginebra, Suiza, 2001), pág. x.

alguno a servicios de salud mental, o dichos servicios son estigmatizadores y vulneran los derechos humanos⁶.

82. Uno de los obstáculos significativos a la aplicación de los principios modernos de la salud mental pública es la falta de voluntad política, incluso en el marco de la agenda mundial para la salud, a la hora de reconocer el lugar central que ocupa la salud mental en la realización plena del derecho a la salud y en la aplicación del principio de paridad entre la salud física y la salud mental. Preocupa al Relator Especial que, a pesar de los datos inequívocos que demuestran la elevada incidencia de la mala salud mental, muchos interesados importantes siguen marginando este campo de la salud.

83. La salud mental merece una atención mucho mayor y debe integrarse de forma eficaz en los Objetivos de Desarrollo Sostenible a través de los objetivos y bases de referencia referentes a la salud y el desarrollo sostenible. El elevado número de suicidios e intentos de suicidio son un indicador de que es preciso tratar en profundidad la cuestión de la salud mental de las personas y la población⁷. Es necesario aplicar medidas concertadas y eficaces para abordar de manera sustantiva este reto y reducir el número de suicidios, que en muchos países ha alcanzado niveles epidémicos. El Relator Especial analizará en mayor profundidad la pertinencia de los derechos humanos a la hora de hacer frente al desafío para la salud pública que constituyen los suicidios y otras cuestiones relativas a la salud mental.

84. En algunas regiones, los recursos destinados a la atención de la salud mental se utilizan de forma ineficaz y primordialmente para el mantenimiento de grandes instituciones segregadas de atención psiquiátrica a largo plazo y hospitales psiquiátricos independientes. En esas instituciones, muy a menudo se recetan en exceso medicamentos psicotrópicos, entre otras cosas como medida de contención química o incluso como castigo. Este es un ejemplo de desequilibrio: recursos que se emplean para intervenciones biomédicas y para el internamiento en instituciones en lugar de para el desarrollo de intervenciones psicosociales a través de servicios basados en la comunidad, que responderían de forma más adecuada a las necesidades de cada persona. Dichos desequilibrios sirven de alimento a los sistemas ineficaces, refuerzan la estigmatización y la exclusión social y conducen a violaciones sistémicas de los derechos humanos, que en ocasiones constituyen tortura o malos tratos.

85. Esto, una vez más, es reflejo de las asimetrías de poder entre los grupos de interés que hay detrás de las diferentes formas de servicios e intervenciones, y de la falta de transparencia, vigilancia y rendición de cuentas en los sistemas de atención de la salud mental. Las recomendaciones de la OMS establecen muy claramente cuáles son los cinco componentes obligatorios de la atención en la comunidad para las personas con discapacidades psicosociales agudas, a saber, el acceso a medicamentos psicotrópicos, la psicoterapia, la rehabilitación psicosocial, la rehabilitación laboral y el empleo, y las viviendas subvencionadas. Sin embargo, son muchos los países en que varios de esos componentes no se aplican⁸.

D. El enfoque del ciclo de vida en el derecho a la salud

86. Hay datos abrumadores de que muchos niños mueren a una edad muy temprana por causas prevenibles y/o sufren altos niveles de violencia e inseguridad. En consecuencia, el estado de salud, la calidad de vida y el bienestar de muchas personas, grupos y sociedades

⁶ Saraceno B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., Chris Underhill, Ch., "Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries", *The Lancet*, vol. 370 (2007), págs. 1164 a 1174.

⁷ Véase OMS, *Prevención del suicidio, un imperativo global* (2014).

⁸ Véase OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2001*.

enteras en todo el mundo siguen siendo intolerablemente bajas. A juicio del Relator Especial, el enfoque del ciclo de vida puede utilizarse como método para identificar los elementos más importantes de los desafíos y las oportunidades para la reducción de las muertes prevenibles, el mejoramiento de los indicadores de salud y el aumento del bienestar y la calidad de vida.

87. El Relator Especial tiene previsto hacer frente a los retos con que tropieza el derecho a la salud utilizando, entre otros métodos, el enfoque del ciclo de vida. Este enfoque ayuda a identificar los elementos más importantes de los desafíos y las oportunidades para el pleno disfrute del derecho a la salud. Hay etapas importantes de la vida de las personas en que es particularmente necesario proteger el derecho a la salud, ya que durante dichas etapas existe un riesgo mayor de que se vulneren los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Además, las intervenciones durante esas etapas críticas de la vida crean nuevas oportunidades y dan lugar a nuevos factores de protección de la salud. El enfoque del ciclo de vida puede contribuir a la prevención de enfermedades crónicas en la vida adulta gracias a la protección eficaz de los niños frente a las adversidades en la primera infancia.

88. En consonancia con el enfoque del ciclo de vida, el Relator Especial consagrará su próximo informe temático a los desafíos, las oportunidades y las mejores prácticas en el ámbito de la promoción del derecho a la salud en la primera infancia. Analizará dos derechos interdependientes e indivisibles directamente relacionados con el derecho a la salud: el derecho a la supervivencia y el derecho al desarrollo durante los primeros cinco años de vida.

89. El derecho a la supervivencia se refiere a la prevención de la mortalidad infantil y de los niños menores de 5 años. A pesar de los numerosos logros en el campo de la medicina, 6 millones de niños menores de 5 años mueren cada año en todo el mundo. Esos niños no mueren como consecuencia de dolencias o enfermedades desconocidas o incurables; mueren debido a las condiciones en las que ellos y sus padres viven, y a una gobernanza y rendición de cuentas deficientes.

90. La introducción en 2014 de las Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y programas destinados a reducir y eliminar la mortalidad y morbilidad prevenibles de los niños menores de 5 años (A/HRC/27/31) constituye un serio intento de poner fin a la epidemia inaceptable de muertes prevenibles de niños menores de 1 año. El enfoque de derechos humanos tiene una importancia crucial a ese respecto, puesto que la mortalidad de los niños está íntimamente relacionada con los derechos humanos de la mujer y la discriminación generalizada contra los grupos vulnerables de la población.

91. El derecho al desarrollo holístico es otro elemento igualmente importante del derecho a la salud del niño. Es preciso proteger a los niños mediante la promoción y protección de sus derechos económicos, sociales y culturales. Además, debería considerarse a los niños ciudadanos titulares de todos los derechos, incluidos los derechos y libertades civiles, desde el nacimiento. El derecho a la salud del niño debería promoverse no solo a través de la prevención de la mortalidad y morbilidad en la infancia, sino también mediante la protección del derecho del niño a un desarrollo holístico.

92. El enfoque del ciclo de vida también se utilizará para abordar el derecho de los adolescentes y los jóvenes a la salud; el papel de la familia y la crianza de los hijos; los problemas de salud mental y las formas de prevenir la violencia en cuanto problema de salud pública; y cuestiones importantes relativas al envejecimiento sano.

E. El derecho a la salud de las personas con discapacidad

93. Una de las prioridades del Relator Especial consistirá en examinar el papel del sector de la salud y los profesionales de la salud en el logro de los ambiciosos objetivos establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El Relator Especial confía en abordar dicho papel en estrecha cooperación con el Relator Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad y otros titulares de mandatos y mecanismos de las Naciones Unidas.

94. Las disposiciones de derechos humanos consagradas en la Convención brindan una buena oportunidad para replantearse el legado histórico de los modelos anteriores y apartarse de aquellas prácticas del ámbito de la atención de la salud que son contrarias a los derechos humanos y al enfoque moderno de la salud pública. Nos hallamos ante una ocasión única e histórica de poner fin al legado de la utilización excesiva o indebida del modelo biomédico.

95. Todas las personas con discapacidad tienen derecho a la salud, lo que incluye el acceso a servicios de atención de la salud de calidad. A ese respecto, no se debería discriminar a las personas con discapacidad y estas deberían disfrutar de ese derecho en sus comunidades del mismo modo que las personas sin discapacidad. Preocupa al Relator Especial que, demasiado a menudo, niños y adultos con diferentes formas de discapacidad se vean privados del pleno ejercicio del derecho a la salud. El Relator Especial tratará esta importante cuestión fijándose especialmente en los derechos de las personas con discapacidad psicosocial e intelectual.

96. La Convención cuestiona las prácticas tradicionales en el campo de la psiquiatría, tanto a nivel científico como en la práctica clínica. A ese respecto, existe la necesidad imperiosa de abordar ciertas cuestiones relacionadas con los derechos humanos en el ámbito de la psiquiatría y de elaborar mecanismos destinados a la protección eficaz de los derechos de las personas con discapacidad mental.

97. La historia de la psiquiatría demuestra que las buenas intenciones de los proveedores de servicios pueden convertirse en violaciones de los derechos humanos de los usuarios. Los argumentos tradicionales que restringen los derechos humanos de las personas a las que se ha diagnosticado una discapacidad psicosocial o intelectual, que se basan en la necesidad médica de proporcionar a dichas personas el tratamiento necesario y/o protegerlas a ellas o la seguridad pública, están a día de hoy en tela de juicio, porque no son acordes con lo dispuesto en la Convención.

98. El Relator Especial considera que es necesario entablar un diálogo serio entre múltiples interesados acerca de los futuros modelos y prácticas de la psiquiatría que hagan frente a la situación vivida en numerosos países, donde las excepciones que permiten restringir los derechos humanos de los usuarios se convierten lamentablemente en normas, y las personas con una discapacidad psicosocial e intelectual sufren vulneraciones sistémicas o *ad hoc* de sus derechos.

99. Un elevado número de personas con discapacidades psicosociales están privadas de libertad en instituciones de régimen cerrado y son despojadas de su capacidad legal sobre la base de un diagnóstico médico. Este es un ejemplo de la utilización indebida de la ciencia y el ejercicio de la medicina, y pone de manifiesto la necesidad de reevaluar el papel del modelo biomédico que predomina actualmente en el ámbito de la salud mental. Para realizar progresos en las investigaciones y prácticas actuales, deberían considerarse modelos alternativos que presten una atención particular a los derechos humanos, las experiencias y las relaciones y que tengan en cuenta los contextos sociales.

100. La cuestión de la responsabilidad compartida es de vital importancia. Los representantes de los grupos de profesionales del sector de la salud, incluida la psiquiatría, deberían convenir en que sería beneficioso para todos desmonopolizar el proceso de toma de decisiones y elaborar mecanismos para compartir competencias y responsabilidades entre los distintos intervinientes, incluidos los proveedores y usuarios de servicios, los responsables de la formulación de políticas y la sociedad civil.

F. La violencia es uno de los principales obstáculos al ejercicio del derecho a la salud

101. El Relator Especial considera que la protección frente a todas las formas de violencia es una cuestión transversal presente en todos los elementos clave del ejercicio del derecho a la salud. Como ha destacado recientemente el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, la violencia y las violaciones de los derechos humanos a menudo tienen sus raíces en la privación y la discriminación que sufren las personas y las comunidades. Esas violaciones no se generan de forma espontánea, sino que son el "resultado de opciones de política que limitan las libertades y la participación, y crean obstáculos a la distribución equitativa de los recursos y las oportunidades"⁹. Es necesario hacer frente a la violencia de forma integral y proactiva, no solo por ser una de las causas de graves violaciones de los derechos humanos, sino también porque es consecuencia de la falta de voluntad política de invertir de forma efectiva en los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

102. Hasta finales del siglo XX no empezó a entenderse debidamente la estrecha relación entre violencia y salud. Es interesante señalar que, a medida que la salud y los derechos humanos se fueron acercando progresivamente, a finales de siglo se observó una tendencia similar según la cual la violencia finalmente fue considerada un problema de salud pública. En 1996, la Asamblea Mundial de la Salud declaró que violencia era "un importante problema de salud pública en todo el mundo"¹⁰. Desde entonces, se ha documentado la incidencia de la violencia y se ha evaluado la eficacia de los programas, prestando especial atención a las mujeres y los niños y a las iniciativas de ámbito comunitario.

103. Los datos señalan que, cuando se hace frente a la violencia de forma proactiva y se la considera un problema de salud pública, hay una mayor probabilidad de romper el ciclo de violencia, pobreza y desamparo y, a largo plazo, de reducir significativamente la prevalencia de todas las formas de violencia, incluida la violencia colectiva¹¹.

104. Todas las formas de violencia son dañinas y perjudiciales para la salud y el desarrollo de los seres humanos, empezando por los niños de más corta edad. Las adversidades en la primera infancia, incluidas todas las formas de violencia contra los niños, como el maltrato físico y emocional y la desatención crónica, de no atajarse oportunamente mediante políticas de salud pública, pueden resultar en enfermedades crónicas en la edad adulta que afecten a la salud física y mental.

105. El enfoque de derechos humanos, junto con la concepción moderna de la salud pública, advierte del riesgo que entraña la categorización de la violencia entre formas graves y las formas que se consideran "más moderadas", y, por lo tanto, susceptibles de ser consideradas inocuas. Esto puede conducir a la proliferación de prácticas que se justifican

⁹ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, discurso inaugural durante la serie de sesiones de alto nivel del 28º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos, 2 de marzo de 2015.

¹⁰ Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud (1996).

¹¹ Véase Etienne G. Krug y otros (eds.), "World report on health and violence" (OMS, Ginebra, 2002). Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.

por ser formas "moderadas" de violencia y, por lo tanto, que estén toleradas e incluso recomendadas, como la violencia doméstica contra las mujeres, la mutilación genital femenina o el acogimiento de niños en instituciones.

106. Desde la perspectiva de la salud pública, el efecto acumulativo de un elevado número de "casos moderados" genera una carga mayor para la salud de la población que un menor número de "casos graves"¹². La práctica de tolerar y justificar las formas más moderadas de violencia puede allanar el camino para violaciones de los derechos humanos, que pueden constituir violaciones graves de los derechos humanos e incluso atrocidades.

107. Ninguna forma de violencia, tampoco la violencia colectiva, se origina en el vacío. La violencia está arraigada en relaciones malsanas entre las personas, y se refuerza si no se promueven y protegen las relaciones humanas de calidad, empezando por las relaciones entre el bebé y la persona encargada de su cuidado. El ciclo de la violencia se refuerza cuando los niños crecen —ya sea en el ámbito familiar o en instituciones— sin que se satisfagan sus necesidades básicas, que no solo incluyen la necesidad de sobrevivir, sino también la necesidad de sentirse seguro y, por lo tanto, de disfrutar del derecho a un desarrollo sano.

108. El medio más eficaz de prevenir la elevada incidencia de la violencia y las diferentes formas de inseguridad en el mundo moderno consiste en prestar un apoyo holístico a todas las formas de unidad familiar, lo cual incluye el acceso a alimentos, alojamiento, atención de la salud y educación, pero también en impartir unas competencias básicas para la crianza de los hijos. La calidad de las relaciones entre las personas de una sociedad es un elemento cada vez más importante para el disfrute del derecho a la salud y la prevención del ciclo de violencia. El derecho a un medio ambiente saludable no debería incluir únicamente el entorno físico, sino también el entorno emocional y psicosocial en todos los ámbitos: unidad familiar, escuela, lugar de trabajo, comunidad y sociedad en general.

109. Se deben promover la resiliencia y los factores de protección en las personas, familias, comunidades y sociedades, y es necesaria una mayor inversión en las relaciones humanas sanas, en el bienestar emocional y social y en el capital social. El empoderamiento de todos los interesados, sin excepción, es un modo eficaz de hacer frente a las principales amenazas contra la salud pública y a las violaciones de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud.

G. El papel de los interesados

110. El Relator Especial considera que la participación activa e informada de todos los interesados es uno de los elementos clave del marco analítico del derecho a la salud. Cada vez hay mayor conciencia y más datos que demuestran que las relaciones de arriba abajo entre los gobiernos y las autoridades y poblaciones locales, incluida la sociedad civil, y las relaciones paternalistas entre el personal sanitario y los usuarios de los servicios de salud no contribuyen de forma eficaz al ejercicio del derecho a la salud.

111. La participación auténtica de todos los agentes y el empoderamiento de los usuarios, especialmente los pobres y otros grupos en situaciones vulnerables, es una condición previa crucial para hacer plenamente efectivo el derecho de toda persona al disfrute de la salud y otros derechos.

¹² Véase Geoffrey Rose, "A large number of people exposed to a small risk may generate many more cases than a small number exposed to a high risk", en *The Strategy of Preventive Medicine* (Oxford University Press, 1992).

112. Las entidades de la sociedad civil deberían poder llevar a cabo su labor de promoción y protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, en un entorno seguro y propicio, y no deberían sufrir penalización, estigmatización ni hostigamiento de ningún tipo debido a la labor que realizan (véase el informe de la Relatora Especial sobre la situación de los defensores de los derechos humanos, A/HRC/25/55). La Relatora Especial considera que existe una relación clara y directa entre el entorno en que opera la sociedad civil en un país determinado y el grado de efectividad de los derechos y libertades fundamentales, no solo de las libertades públicas que son necesarias para la defensa de los derechos humanos, sino también de los derechos específicos que defienden. El hostigamiento o la persecución de los agentes de la sociedad civil debido a su labor de defensa y promoción del derecho a la salud constituye un síntoma de que existen lagunas importantes en el disfrute de ese derecho.

113. Es vital fortalecer la confianza y la cooperación entre las instituciones públicas y aquellas que representan al Estado y las entidades de la sociedad civil que representan a la población en general, incluidos los grupos más desfavorecidos de la sociedad. No debería subestimarse su importancia. La sociedad civil desempeña un papel fundamental como agente del cambio, defiende buenas prácticas, realiza una función de vigilancia independiente y, en muchos casos, proporciona servicios necesarios. Las alianzas basadas en la confianza entre organismos gubernamentales, los servicios estatales de atención de la salud y el sector sin ánimo de lucro, incluida la sociedad civil, constituyen una de las piedras angulares de los sistemas de salud eficaces y sirven de garantía para la realización efectiva de los derechos humanos relacionados con la salud.

114. El papel de los médicos y otros profesionales del sector de la salud también es crucial. En el actual contexto de cambio de paradigma, de la medicina paternalista donde las relaciones son de arriba abajo a la alianza entre los proveedores y usuarios de los servicios de salud, la profesión médica debería reconsiderar algunas de sus opiniones tradicionales. Los profesionales del sector de la salud deben fortalecer las prácticas eficaces de autorregulación y las actividades de fomento de capacidad en el ámbito de sus profesiones, a fin de promover las mejores tradiciones de la medicina y prevenir las conductas indebidas desde el punto de vista ético y las violaciones de los derechos humanos.

115. La enseñanza en el sector de la salud es un elemento importante a ese respecto. Es necesario reafirmar la doctrina del "doctor de cinco estrellas"¹³ al trasladar los valores y las pruebas científicas modernas al ejercicio cotidiano de la medicina. Los médicos modernos no solo tienen que ser buenos clínicos, sino también mostrarse eficaces en su papel de líderes comunitarios y en sus labores de comunicación, toma de decisiones y administración. Esa doctrina debería ir acompañada de un sólido enfoque basado en los derechos humanos y de los datos obtenidos gracias al enfoque moderno de la salud pública.

116. Fortalecer los aspectos relacionados con los derechos humanos en los planes educativos de la atención de la salud beneficiaría no solo a los usuarios, sino también a los médicos y otros profesionales de la salud. La enseñanza de la medicina, así como la investigación médica y del ámbito de la salud, deberían aportar herramientas para hacer frente a los desequilibrios cuando las asimetrías de poder provocan que se ponga demasiado énfasis en el nivel terciario de la atención de la salud, las tecnologías biomédicas y otros componentes del modelo biomédico tan excesivamente explotado.

117. Es necesario recordar la Declaración de Edimburgo sobre la reforma de la enseñanza de la medicina¹⁴, y la enseñanza y la investigación deberían reorientarse a los fundamentos

¹³ Dr. Charles Boelen, "The five-star doctor: An asset to health care reform?" (OMS, Ginebra). Disponible en la página: www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf.

¹⁴ Véase la resolución 42.39 de la Asamblea Mundial de la Salud (1989).

de la medicina social a través de la capacitación en entornos comunitarios y el fomento de las ciencias sociales y los métodos cualitativos, que son tan pertinentes como las ciencias biomédicas y la investigación cuantitativa. Ello contribuiría a restablecer el equilibrio con un enfoque holístico encaminado a la promoción de la salud y el bienestar de las personas y las sociedades.

118. Asimismo, cabe destacar el papel que desempeñan las empresas privadas, como las empresas farmacéuticas. La labor realizada por los titulares de mandatos anteriores ha sido crucial para subrayar los deberes de esas empresas respecto del derecho a la salud, en particular las Directrices de Derechos Humanos para las Empresas Farmacéuticas en relación con el Acceso a los Medicamentos (A/63/263, anexo). El Relator Especial abordará esas cuestiones con miras a poner fin a las prácticas inaceptables y a erradicar las ideas falsas.

VI. Conclusiones y observaciones

A. Conclusiones

119. **Durante los últimos decenios, han mejorado de manera mensurable los indicadores de salud y la realización del derecho a la salud en todo el mundo. Esto ha permitido progresos importantes en los objetivos de desarrollo y la introducción en muchos países de políticas públicas en materia de salud con un enfoque de derechos humanos y un enfoque moderno de la salud pública.**

120. **Además, los últimos doce años han supuesto la consolidación del marco del derecho a la salud, basado en el papel clave de los derechos humanos en la formulación de políticas. El Relator Especial confía en seguir contribuyendo a hacer plenamente efectivos el derecho a la salud y los derechos conexos, impartiendo para ello orientación sobre el modo de hacer frente a los desafíos actuales y de aprovechar las oportunidades existentes.**

121. **Los Estados tienen la responsabilidad primordial de proporcionar un entorno propicio para la realización plena del derecho a la salud y los derechos conexos. No obstante, el papel de otros interesados es crucial a este respecto.**

B. Observaciones

122. **En ese sentido, al comienzo de su mandato, el Relator Especial quisiera proponer las siguientes observaciones:**

a) **Apartarse de los principios y las normas universales de derechos humanos consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y de los datos generados por el enfoque moderno de la salud pública constituye un obstáculo importante a la realización efectiva del derecho a la salud.**

b) **La historia y los datos muestran que los enfoques selectivos en materia de derechos humanos refuerzan el ciclo de pobreza, las desigualdades, la exclusión social, la discriminación y la violencia, y son perjudiciales para el pleno disfrute del derecho a la salud.**

c) **Las desigualdades y la discriminación siguen siendo un factor crucial que obstaculiza la realización plena del derecho a la salud y amenaza el desarrollo sano de las personas y las sociedades.**

d) La voluntad política inequívoca para aplicar los principios y las normas de derechos humanos a los marcos normativos y las políticas públicas es clave para subsanar los desequilibrios y las asimetrías de poder existentes en la formulación y puesta en práctica de las políticas públicas en materia de salud.

e) Deberían promoverse la participación auténtica y el empoderamiento de todos los interesados, en particular de los grupos en situaciones vulnerables, y es preciso contar con mecanismos eficaces de vigilancia y de rendición de cuentas que velen por la realización plena del derecho a la salud.

f) El análisis del funcionamiento y la financiación de los sistemas de atención de la salud, y la necesidad de asegurar el derecho a servicios de atención de la salud disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad siguen siendo elementos cruciales.

g) Si se aplica de manera creativa y eficaz, el enfoque de políticas genera oportunidades valiosas de innovar en el terreno social, mediante el empoderamiento de las personas, las comunidades y las sociedades en general.

h) El papel del sector de la salud cobra cada vez más protagonismo, entre otras cosas para la promoción y la protección de los derechos humanos, en particular de los grupos marginados. El sector de la salud ha de asumir el liderazgo en la promoción del enfoque de "salud en todas las políticas".

i) Es preciso fortalecer la atención primaria, pues se trata de una piedra angular del sistema de salud, de modo que permita una utilización eficaz de los descubrimientos de la medicina moderna y la salud pública.

j) Lograr la cobertura universal de la atención de la salud es uno de los principales objetivos y procesos de la agenda para el desarrollo después de 2015; y todos los interesados deberían reafirmar y dar un nuevo impulso a los compromisos formulados en la Declaración de Alma-Ata y la Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud.

k) Sin salud mental no hay salud. Una buena salud mental significa mucho más que la ausencia de enfermedades mentales. La concepción moderna de salud mental abarca un buen bienestar emocional y social, y unas relaciones sanas y pacíficas entre los grupos y las personas, en las que exista un vínculo mutuo de confianza, tolerancia y respeto por la dignidad de cada uno.

l) La salud mental es pertinente para muchos elementos clave de la agenda para el desarrollo después de 2015 y para la formulación de los objetivos de desarrollo sostenible, y debería ser una nueva prioridad en las políticas públicas a la que se otorgue la misma importancia que a la salud física.

m) La promoción y protección efectivas de los derechos de los niños y los adolescentes ofrecen un gran potencial para la plena realización del derecho a la salud en nuestras sociedades. Las sinergias entre el derecho a la supervivencia y el derecho al desarrollo holístico deben impulsar la formulación de políticas intersectoriales y los mecanismos de rendición de cuentas.

n) Los derechos de las personas con discapacidad son particularmente pertinentes para el derecho a la salud y deberían protegerse y promoverse desde la óptica de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. A ese respecto, es necesario reconsiderar el papel de los profesionales y los servicios de la atención de la salud y el papel del modelo biomédico.

o) La violencia, en cuanto problema de salud pública, debe combatirse con la acción concertada de todos los agentes, pues se trata de un obstáculo a los derechos

humanos que tiene un efecto perjudicial sobre la salud de las personas y las sociedades. No debería haber excusa ni justificación alguna para ninguna forma de violencia.

p) Las alianzas basadas en la confianza entre los responsables de la formulación de políticas del sector de la salud y los actores de la sociedad civil, incluidas las organizaciones no gubernamentales, la comunidad académica y las asociaciones profesionales, constituyen una de las piedras angulares de los sistemas de salud eficaces y sirven de garantía para la realización plena del derecho a la salud y los derechos conexos.
