



**Consejo Económico
y Social**

Distr.
GENERAL

E/CN.4/2003/58
13 de febrero de 2003

ESPAÑOL
Original: INGLÉS

COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
59º período de sesiones
Tema 10 del programa provisional

LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

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

**Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado
de conformidad con la resolución 3003/31* ****

* De conformidad con el párrafo 8 de la resolución 53/208 B de la Asamblea General, este informe se ha presentado con retraso para incluir en él la mayor cantidad posible de información actualizada.

** Los anexos del presente documento se distribuyen solamente en el idioma en que fueron presentados.

Resumen

En su resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos decidió nombrar, por un período de tres años, un Relator Especial cuyo mandato se centrara en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En agosto de 2002 se nombró al Sr. Paul Hunt (Nueva Zelanda) Relator Especial. En el presente informe preliminar, el Relator Especial expone a grandes líneas su planteamiento general del mandato. Tras destacar la importancia que asigna a entablar un diálogo periódico y a examinar los posibles ámbitos de cooperación con los agentes pertinentes, el Relator Especial explica las fuentes y el alcance del derecho a la salud.

En el informe se determinan tres objetivos principales en relación con el mandato: 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 las buenas prácticas que permitan hacer efectivo el derecho a la salud en los planos local, nacional e internacional.

El Relator Especial desea estudiar esos tres objetivos en función de dos temas relacionados entre sí: el derecho a la salud y la pobreza (en este sentido, en el informe se examinan, aunque someramente, los objetivos relacionados con la salud de la Declaración del Milenio), así como el derecho a la salud, la discriminación y los estigmas. Ambos temas permiten al Relator Especial abordar una serie de importantes cuestiones que se plantean en la resolución 2002/31, como el género, las necesidades de los niños, la discriminación racial y el VIH/SIDA.

En el informe se presentan seis temas ilustrativos que, si lo permiten los recursos, el Relator querría examinar a través del prisma del derecho a la salud: a) las estrategias de reducción de la pobreza; b) las "enfermedades descuidadas"; c) las evaluaciones de los efectos; d) los acuerdos de la OMC pertinentes; e) la salud mental; y f) la función de los profesionales de la salud.

ÍNDICE

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
INTRODUCCIÓN.....	1 - 9	4
I. EL DERECHO HUMANO A LA SALUD.....	10 - 36	6
A. Fuentes del derecho a la salud	10 - 21	6
B. Forma y contenido del derecho a la salud.....	22 - 36	8
II. OBJETIVOS GENERALES	37 - 40	11
III. TEMAS PRINCIPALES	41 - 68	12
A. La pobreza y el derecho a la salud.....	44 - 58	12
B. La discriminación, los estigmas y el derecho a la salud	59 - 68	15
IV. PROYECTOS, CUESTIONES E INTERVENCIONES DE CARÁCTER CONCRETO	69 - 98	18
A. Estrategias de reducción de la pobreza	70 - 72	18
B. Enfermedades descuidadas	73 - 81	19
C. Evaluación de los efectos.....	82 - 85	21
D. La Organización Mundial del Comercio y el derecho a la salud	86 - 89	22
E. El derecho a la salud mental	90 - 94	23
F. Profesionales de la salud.....	95 - 98	24
V. CONCLUSIÓN	99	24
<i>Anexos</i>		
I. Some international instruments relevant to the right to health.....		29
II. Some recent Commission on Human Rights resolutions relating to the right to health.....		33

INTRODUCCIÓN

1. En su resolución 2002/31, la Comisión de Derechos Humanos decidió nombrar, por un período de tres años, un Relator Especial cuyo mandato se centrara en el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que se recoge en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como en el derecho a la no discriminación consagrado en el apartado iv) del párrafo e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

2. Se pide al Relator Especial que: a) reúna, solicite, reciba e intercambie información sobre el derecho a la salud de todas las fuentes pertinentes; b) sostenga un diálogo y examine las posibles esferas de cooperación con todos los agentes pertinentes, incluidos gobiernos, órganos, organismos especializados y programas pertinentes de las Naciones Unidas, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, así como organizaciones no gubernamentales e instituciones financieras internacionales; c) informe sobre la situación en todo el mundo sobre el derecho a la salud, entre otras cosas sobre las leyes, las políticas, las buenas prácticas y los obstáculos; y d) formule recomendaciones sobre medidas apropiadas para promover y proteger el derecho a la salud. Además, se pide al Relator Especial que aplique una perspectiva de género y preste especial atención a las necesidades de los niños en el ejercicio del derecho a la salud, habida cuenta de las disposiciones pertinentes de la Declaración y Programa de Acción de Durban, y que tenga presentes la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Humanos, Sociales y Culturales y la Recomendación general N° 24 del Comité para Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. El presente informe preliminar se presenta de conformidad con la resolución 2002/31.

Consultas y cooperación

3. En agosto de 2002 se nombró al Sr. Paul Hunt (Nueva Zelanda) Relator Especial. En el escaso tiempo transcurrido entre el nombramiento y el plazo para la presentación de su informe preliminar, emprendió las más amplias consultas posibles. Con carácter preliminar y no oficial, llevó a cabo consultas con algunos Estados y una amplia gama de funcionarios de la OMS. Asimismo, mantuvo conversaciones preliminares y no oficiales con el ONUSIDA, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y, en Washington DC, con funcionarios del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI). El Relator Especial también se entrevistó con organizaciones de la sociedad civil, entre ellas asociaciones de profesionales de salud, como la Asociación Médica Mundial.

4. El Relator Especial se entrevistó con el Alto Comisionado y el Alto Comisionado Adjunto de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos a quienes agradeció encarecidamente su apoyo y aliento.

5. En noviembre de 2002, el Servicio Internacional para los Derechos Humanos -en cooperación con el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard, la Oficina del Alto Comisionado para los Refugiados

y la OMS- organizó una reunión en la Sede de las Naciones Unidas para que el Relator Especial pudiese examinar su mandato con diplomáticos, organismos de las Naciones Unidas y ONG. El Relator Especial quisiera expresar su agradecimiento a todas las personas que se encargaron de organizar este acto.

6. El Relator Especial agradece a todas las personas con las que se entrevistó y espera ahondar en esas consultas el próximo año. El Relator Especial asigna especial importancia al apartado b) del párrafo 5 de su mandato, en el que se le pide que "sostenga un diálogo regular y examine las posibles esferas de cooperación con todos los agentes pertinentes" y espera mantener consultas con todas las personas con las que no aún no ha tenido la ocasión de entrevistarse. El Representante Especial acogerá favorablemente las observaciones sobre los objetivos (Parte II) los temas (Parte III) y los proyectos y cuestiones ilustrativas (Parte IV) que se describen en el presente informe preliminar.

7. En cumplimiento de su mandato, el Relator Especial desea, cuando se presente la oportunidad y si los recursos lo permiten, pasar de la fase de consultas a la de cooperación con los agentes nacionales e internacionales pertinentes: gobiernos, instituciones nacionales de derechos humanos, órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos, relatores especiales temáticos y por países y otros expertos independientes, organismos y programas de las Naciones Unidas, instituciones financieras internacionales, profesionales de la salud, organizaciones de la sociedad civil y otros agentes. Por ejemplo, el Relator Especial quisiera colaborar con los ministerios de salud y otros ministerios pertinentes para ayudarles a determinar las leyes, políticas y programas que promuevan y protejan el derecho a la salud. Como intentará demostrar el Relator Especial en el ejercicio de su mandato, el derecho a la salud puede potenciar las políticas en esa esfera y fortalecer la posición de los ministerios de salud en el plano nacional. Además, en el plano internacional, el derecho a la salud puede contribuir a convertir en realidad la visión, enunciada en la Declaración del Milenio, de lograr una situación de equidad y de responsabilidad compartida en todo el mundo.

Un principio fundamental

8. En el transcurso de su labor, el Relator Especial se orientará por el principio fundamental de que las normas internacionales de derechos humanos, en particular el derecho a la salud, deben aplicarse de manera coherente y sistemática en todos los procesos de formulación de políticas en los planos nacional e internacional. En el caso de la formulación de políticas en el plano internacional, el principio está recogido en la Declaración y el Programa de Acción de Viena, así como en los informes del Secretario General titulados *Renovación de las Naciones Unidas: un programa de reforma (1997)*¹, *fortalecimiento de las Naciones Unidas: un programa para profundizar el cambio (2002)*² y *Guía general para la Aplicación del Milenio (2001)*³. Además, este principio se refleja también en la posición adoptada por la Comisión de Derechos Humanos, como en la resolución en la cual pide a los Estados Partes en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales que "velen por que el Pacto se tenga en cuenta en todos sus procesos normativos nacionales e internacionales"⁴.

9. Sin embargo, para que este principio sea más que un simple lema, debe darse respuesta a dos preguntas. En primer lugar, ¿qué aportan *en general* los derechos humanos al proceso de formulación de políticas? En segundo lugar, ¿qué aportan determinados derechos *específicos*, como el derecho a la salud, al proceso de formulación de políticas? En el transcurso de su labor,

el Relator Especial hará todo lo posible por responder a estas dos preguntas de vital importancia -especialmente la segunda- centrándose en el derecho a la salud.

I. EL DERECHO HUMANO A LA SALUD

A. Fuentes del derecho a la salud

1. Internacionales

10. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en 1946, dice: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". Dos años más tarde, en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se sentaron las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. Desde entonces, el derecho a la salud ha sido codificado en muchos tratados de derechos humanos vinculantes de carácter internacional y regional. En los párrafos siguientes se hace una somera reseña de fuentes jurídicas seleccionadas del derecho a la salud.

11. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es la piedra angular de la protección del derecho a la salud en el derecho internacional y contiene una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado. Otras medidas de protección del derecho a la salud de grupos marginados figuran en una serie de tratados internacionales que se refieren a determinados grupos. En el apartado iv) del párrafo e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial se establece una serie de medidas de protección dirigidas a grupos raciales y étnicos en relación con "el derecho a la salud pública [y] la asistencia médica". En la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se enuncian varias disposiciones relativas a la protección del derecho a la salud, en particular el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11, el artículo 12 y el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14. En la Convención sobre los Derechos del Niño figuran una serie de amplias y minuciosas disposiciones sobre el derecho del niño a la salud, entre ellas el artículo 24, que trata exclusivamente del derecho a la salud del niño, el apartado 3 del artículo 3 y los artículos 17, 23, 25, 32 y 28, en los cuales se prevé una serie de medidas de protección para los grupos de niños especialmente vulnerables. El Relator Especial también destaca los "principios rectores" de la Convención sobre los Derechos del Niño que figuran en los artículos 2, 3, 6 y 12, que sirven de orientación para aplicar todos los derechos enunciados en la Convención.

12. En otros instrumentos se enuncian normas relativas a determinados grupos, como en los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental y la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. En la sección B del anexo I figura una serie de normas internacionales sobre el derecho a la salud de algunos grupos. Otros instrumentos internacionales de derechos humanos establecen una serie de medidas de protección que afectan al derecho a la salud en distintas situaciones, entornos y procesos, entre los cuales el conflicto armado, el desarrollo, el lugar de trabajo y el encarcelamiento. En la sección C del anexo I figura una lista de las principales normas internacionales relativas al derecho a la salud en contextos determinados.

13. Cabe señalar que en recientes resoluciones de la Comisión, entre ellas la relativa al acceso a la medicación (2002/32) y a las personas con discapacidad (2002/61), se ha enunciado el derecho a la salud reafirmando su carácter de derecho humano. Además, la Comisión ha aprobado importantes resoluciones en que se establecen disposiciones que guardan una relación directa con el derecho a la salud (véase el anexo II).

14. En los documentos finales de muchas conferencias mundiales de las Naciones Unidas se han asumido compromisos de gran alcance en relación con el derecho a la salud. Esas conferencias sirven para que una serie de problemas internacionales, entre ellos cuestiones relativas a la salud como el VIH/SIDA, ocupen un lugar prioritario en el programa de actividades mundial. Los documentos finales influyen en la adopción de políticas en el plano internacional y nacional. En muchos se hace referencia al derecho a la salud y derechos conexos, así como con una serie de cuestiones en esa esfera. En la sección D del anexo I figura una lista de los principales documentos finales.

2. Regionales

15. Además de las normas internacionales, el derecho a la salud está reconocido en tratados regionales de derechos humanos, entre ellos, la Carta Africana de Derechos Humanos de los Pueblos (art. 16), la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (art. 14), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el "Protocolo de San Salvador" (art. 10) y la Carta Social Europea (art. 11).

16. Entre otros instrumentos regionales que no reconocen explícitamente el derecho a la salud, pero que prescriben medidas de protección indirecta por medio de otros derechos relacionados con la salud, figuran la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra Mujer y el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y sus protocolos.

17. Varios mecanismos regionales de derechos humanos resuelven casos que afectan al derecho a la salud. En 2002 uno de los casos más notables fue la decisión de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre una violación del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental de que fue responsable la República Federal de Nigeria en vista de los abusos cometidos contra el pueblo ogoni en relación con las actividades de empresas petroleras en el delta del Níger⁵.

18. En otros casos, los mecanismos regionales han determinado violaciones de otros derechos relacionados con la salud. Por ejemplo, en el asunto *López Ostra c. España*, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos falló que el daño a la salud humana causado al medio ambiente podía constituir una violación del derecho a un hogar y a la vida familiar y privada⁶. En *ICJ c. Portugal*, el Comité Europeo de Derechos Sociales examinó las acusaciones sobre el trabajo infantil en Portugal. Al fallar que se había violado la Carta Social Europea, el Comité expresó su preocupación porque un importante número de menores trabajaba en actividades que podían tener consecuencias negativas para la salud del niño así como para su desarrollo⁷.

19. En su decisión sobre la admisibilidad del caso *Jorge Odir Miranda Cortez y otros c. El Salvador*, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sostuvo que, si bien no era competente para determinar las violaciones del artículo 10 (el derecho a la salud) del Protocolo de San Salvador, tomaría "en consideración las normas referentes al derecho a la salud en su análisis sobre el fondo de este caso, conforme a lo establecido en los artículos 26 y 29 de la Convención Americana"⁸.

3. Nacionales

20. La OMS ha encargado a la Comisión Internacional de Juristas que lleve a cabo un estudio de las constituciones nacionales que consagran el derecho a la salud y derechos conexos⁹. Según los resultados preliminares del estudio, que aún se encuentra en sus primeras fases, en más de 60 disposiciones constitucionales figuran el derecho a la salud o el derecho a la atención sanitaria, mientras que más de 40 disposiciones constitucionales se refieren a derechos conexos, como el derecho a la atención de la salud reproductiva, el derecho de los discapacitados a la asistencia material y el derecho a un medio ambiente saludable. Además, en un gran número de constituciones se enuncian los deberes del Estado en relación con la salud, como el deber de establecer servicios sanitarios, de lo cual es posible deducir derechos a la salud. Además, en algunas jurisdicciones las disposiciones constitucionales sobre el derecho a la salud han generado una importante jurisprudencia, como la reciente decisión del Tribunal Constitucional de Sudáfrica en el asunto *Ministerio de Salud c. Treatment Action Campaign*. En esta causa, el Tribunal consideró que la Constitución obligaba al Estado a formular y aplicar un programa general y coordinado para hacer efectivo de manera paulatina el derecho de las mujeres embarazadas y de sus hijos recién nacidos a tener acceso a los servicios de salud para impedir que la madre transmitiese el VIH al hijo¹⁰. Este asunto -y muchas otras leyes y decisiones en los planos internacional, regional y nacional- confirman la posibilidad de hacer valer ante la justicia el derecho a la salud.

21. En el ejercicio de su mandato, el Relator Especial se propone examinar el derecho y la práctica constitucional y de otra índole sobre el derecho a la salud, con miras a esclarecer la forma y el contenido del derecho a la salud y determinar las buenas prácticas de su aplicación.

B. Forma y contenido del derecho a la salud

22. El Relator Especial se limita a algunas observaciones iniciales sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud.

23. *La atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud.* El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, 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 reproductiva¹¹.

24. *Libertades y derechos.* El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud, en particular el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud (esto es, atención sanitaria y los determinantes básicos de la

salud) que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud¹².

25. *Derechos más concretos*¹³. El derecho a la salud es un concepto amplio que puede desglosarse en derechos más concretos como los derechos a:

- la salud materna, infantil y reproductiva;
- la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos;
- el acceso al agua limpia y potable.

26. *No discriminación e igualdad de trato*. La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente, entre ellos el estado de salud, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud¹⁴.

27. *Obligaciones inmediatas*. Aunque está supeditado a su paulatina realización y a limitaciones de recursos, el derecho a la salud impone diversas obligaciones de efecto inmediato. Entre estas obligaciones figuran las garantías de no discriminación e igualdad de trato, así como la obligación de tomar medidas deliberadas, concretas y encaminadas a la plena realización del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia nacional y de un plan de acción en materia de salud pública. La realización paulatina significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud¹⁵.

28. *Asistencia y cooperación internacional*. Los Estados tienen la obligación de tomar medidas, tanto a título individual como por medio de la asistencia y la cooperación internacional, para lograr la plena realización del derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados Partes están obligados a respetar el disfrute del derecho a la salud en otras jurisdicciones, velar por que ningún acuerdo o política internacional menoscabe el derecho a la salud y que sus representantes en organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta este derecho, así como la obligación de asistencia en todos los asuntos de formulación normativa¹⁶.

29. *Asistencia humanitaria*. Los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar para proporcionar ayuda en caso de catástrofe y asistencia humanitaria, entre otras cosas ayuda médica y agua potable, en situaciones de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados internos¹⁷.

30. *Responsabilidades de todos los agentes*. Si bien los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, todos los agentes sociales -particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y

no gubernamentales, profesionales de la salud, empresas privadas y otros agentes- tienen responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud¹⁸.

31. *Interdependencia.* El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales enunciadas en los principales tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, a la participación, al acceso a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación¹⁹.

32. *Limitaciones.* Los Estados suelen utilizar a veces cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. Esas limitaciones deben estar en consonancia con el derecho, incluidas las normas internacionales de derechos humanos y que son estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática, proporcionales, sujetas a revisión y de duración limitada²⁰.

33. *Marcos analíticos.* En estos últimos años, varios agentes de derechos humanos han elaborado marcos o instrumentos analíticos concebidos para que se comprendan mejor los derechos económicos, sociales y culturales. En sus próximos informes, el Relator Especial espera estudiar algunas o todas esas iniciativas.

34. En primer lugar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales observa que los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los factores determinantes básicos de la salud deberán ser disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad²¹. El Comité explica cada uno de estos términos -por ejemplo, la "accesibilidad" presenta cuatro dimensiones: no discriminación en la flexibilidad, accesibilidad física, accesibilidad económica (esto es, asequibilidad) y accesibilidad a la información relativa a la salud.

35. En segundo lugar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la Subcomisión para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos observan que los derechos humanos imponen a los Estados tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir²². Una variante de este análisis se consagra en la Constitución de Sudáfrica.

36. En tercer lugar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala la importancia de los indicadores y bases de referencia²³. El derecho a la salud reconocido internacionalmente está sujeto a una realización paulatina. Indudablemente, esto significa que con el tiempo lo que se espera de un Estado será diferente. Para vigilar los adelantos obtenidos, el Estado necesita un mecanismo que haga posible medir esta dimensión variable del derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales sugiere que el mecanismo más apropiado es la aplicación combinada del derecho nacional a los indicadores y bases de referencia en la esfera de la salud. Un Estado selecciona los indicadores adecuados relacionados con el derecho a la salud que le permita vigilar las distintas dimensiones de ese derecho. Cada indicador tendrá que estar desglosado según los distintos motivos de discriminación prohibidos. A continuación, el Estado fija una serie de objetivos -o bases de referencia- nacionales en relación con cada uno de los indicadores desglosados. El Estado puede emplear estos indicadores y bases de referencia nacionales para vigilar los progresos conseguidos, lo cual le permite determinar cuando se requieren ajustes normativos. Evidentemente, por muy refinados

que sean, los indicadores y bases de referencia relativos al derecho a la salud no reflejarán nunca de manera completa la situación del disfrute del derecho a la salud en una determinada jurisdicción. A lo sumo, proporcionarán unas indicaciones útiles de carácter general sobre el derecho a la salud en un determinado contexto nacional.

II. OBJETIVOS GENERALES

37. El Relator Especial propone centrar la atención en tres objetivos generales relacionados entre sí.

1. Promover y alentar a otros a que promuevan el derecho a la salud en tanto que derecho humano fundamental, tal como se enuncia en muchos tratados internacionales de derechos humanos vinculantes en resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos y en la Constitución de la OMS

38. A pesar de ser un derecho humano fundamental, con la misma condición jurídica internacional que la libertad de religión o el derecho a un juicio con las debidas garantías, no se reconoce el derecho a la salud con la misma amplitud que los derechos mencionados o que otros derechos civiles y políticos. Muchos agentes, como los Estados, las organizaciones internacionales y los grupos de la sociedad civil pueden contribuir a que cobre más visibilidad el derecho a la salud en tanto que derecho humano fundamental. Si bien pueden transcurrir años antes de que el derecho a la salud tenga la misma difusión que otros derechos humanos más establecidos, uno de los objetivos del Relator Especial es contribuir a que se reconozca más ampliamente el derecho a la salud en tanto que derecho humano fundamental.

2. Aclarar la forma y el contenido del derecho a la salud. En términos de jurisprudencia, ¿qué se entiende por derecho a la salud? ¿Qué obligaciones entraña ese derecho?

39. Aunque existe una jurisprudencia nacional e internacional cada vez mayor sobre el derecho a la salud, el contenido jurídico de ese derecho no está aún bien establecido, lo que no es sorprendente si se piensa en el abandono histórico de que ha sido objeto, lo mismo que otros derechos económicos, sociales y culturales. El Relator Especial se propone aclarar y explorar la forma y el contenido del derecho a la salud examinando: i) la evolución de la jurisprudencia nacional e internacional y ii) los principios fundamentales que sustentan el derecho internacional de derechos humanos, como la igualdad, la no discriminación y la dignidad de la persona.

3. Determinar las buenas prácticas para hacer efectivo el derecho a la salud a nivel comunitario, nacional e internacional

40. Si bien es de la mayor importancia que se reconozcan los derechos humanos y se comprenda su contenido, luego esas disposiciones deben llevarse a la práctica. En otras palabras, las normas nacionales e internacionales han de convertirse en políticas, programas y proyectos efectivos. No obstante, no está claro a primera vista cómo hacer efectivo el derecho a la salud, ni tampoco cómo conseguir el ejercicio efectivo de otros derechos humanos. Afortunadamente, en distintas jurisdicciones existen ejemplos de leyes, políticas, programas y proyectos eficaces en los que se refleja el derecho a la salud. Aun cuando lo que tiene buenos

resultados en un contexto puede no tenerlos en otro, la experiencia deja algunas enseñanzas. El Relator se propone reunir, analizar y promover las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. Esas prácticas se tomarán de los niveles comunitario, nacional e internacional y guardarán relación con los diversos agentes, entre los cuales los gobiernos, los tribunales, las instituciones nacionales de derechos humanos, los profesionales de la salud, las organizaciones de la sociedad civil y las organizaciones internacionales.

III. TEMAS PRINCIPALES

41. El derecho a la salud abarca una amplia gama de cuestiones, algunas de ellas de extrema complejidad. A fin de facilitar el desempeño de su mandato, el Relator Especial se propone centrarse en dos temas relacionados entre sí. No se limitará exclusivamente a ellos, pero en términos generales tratará de organizar su labor en torno a los dos temas siguientes:

- a) El derecho a la salud y la pobreza;
- b) El derecho a la salud, la discriminación y los estigmas.

42. Como se afirma en la Declaración del Milenio, la erradicación de la pobreza se ha convertido en uno de los objetivos políticos primordiales de las Naciones Unidas así como de otras organizaciones internacionales y de muchos Estados. En cuanto a la discriminación y los estigmas, ambos siguen limitando y socavando gravemente los avances en el campo de la salud.

43. Como parte de su mandato, se invita al Relator Especial a "que aplique una perspectiva de género" y a "que preste especial atención a las necesidades de los niños" y a la Declaración y Programa de Acción de Durban. Los temas paralelos de la pobreza y la discriminación/los estigmas se prestan a ser tratados en relación con las cuestiones relativas al género, la infancia y la discriminación racial. Esos temas paralelos llevan también a un examen de otras cuestiones a las que el Relator Especial asigna particular importancia, como la salud mental y el VIH/SIDA.

A. La pobreza y el derecho a la salud

44. El derecho a la salud -y otros derechos humanos- tienen una función importante y constructiva que desempeñar en la reducción de la pobreza y otras estrategias semejantes. Las políticas fundadas en los derechos humanos a nivel nacional e internacional son las que más posibilidades tienen de resultar eficaces, sostenibles, inclusivas, equitativas y útiles a quienes viven en la pobreza²⁴.

1. La salud y la pobreza

45. La mala salud lleva a la pobreza al eliminar los medios de ganarse la vida, reducir la productividad de los trabajadores, rebajar los logros de la educación y limitar las oportunidades. Puesto que la pobreza puede hacer que disminuya el acceso a los cuidados médicos, que aumente la exposición a los riesgos ambientales y que aparezcan las peores formas de trabajo infantil y de malnutrición, muchas veces la mala salud llega también como consecuencia de la pobreza. En otras palabras, la mala salud es al mismo tiempo causa y efecto de la pobreza: los enfermos tienen más probabilidades de hacerse pobres y los pobres son más vulnerables a la enfermedad y la discapacidad.

46. La buena salud es fundamental para crear y mantener las aptitudes que necesitan los pobres para salir de la pobreza. La buena salud, activo fundamental del pobre, contribuye a que goce de mayor seguridad económica. La buena salud no es meramente un resultado del desarrollo sino también una manera de alcanzar el desarrollo. Por esta razón las cuestiones de salud figuran de manera destacada en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y en los objetivos de desarrollo del milenio²⁵.

2. Los objetivos de desarrollo del milenio: la importancia de la salud

47. De los ocho objetivos de desarrollo del milenio, cuatro guardan relación con la salud:

- a) Reducir, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes;
- b) Reducir, para el año 2015, en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de cinco años;
- c) Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA, y la incidencia del paludismo y de otras enfermedades graves que afligen a la humanidad;
- d) Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Hay elementos del quinto objetivo de desarrollo del milenio -fomentar una asociación mundial para el desarrollo- que también tienen una estrecha relación con el derecho a la salud. Además, 8 de los 16 objetivos de desarrollo del milenio y 17 de los 48 indicadores guardan relación con la salud.

48. En vista de que la salud figura de manera tan destacada en los objetivos de desarrollo del milenio y en sus indicadores, el Relator Especial se propone examinar, en el desempeño de sus actividades, los objetivos del milenio relacionados con la salud desde el punto de vista del derecho a la salud, con miras a contribuir a su realización.

3. Los objetivos de desarrollo del milenio y el derecho a la salud

49. Se ha observado que los objetivos del milenio no se han formulado en términos de derechos humanos. El Relator Especial señala, en particular, tres objeciones que pueden hacerse a los objetivos de desarrollo del milenio desde la perspectiva de los derechos humanos.

50. En primer lugar, los objetivos de desarrollo del milenio que tienen relación con la salud son incompletos: no se abordan cuestiones decisivas de salud que son rasgos fundamentales de ese derecho. Por ejemplo, en los objetivos no se habla de la salud reproductiva. La omisión sorprende en particular porque en las conclusiones de las Conferencias de El Cairo y Beijing, lo mismo que en los objetivos internacionales del desarrollo (antecesores de los del milenio), figuraba la salud reproductiva. La respuesta del Relator Especial a esta crítica es que con los objetivos de desarrollo del milenio no se pretende abarcar todo. Hay objetivos clave en materia de salud que quedan al margen de los objetivos de desarrollo del milenio, por lo que es preciso complementar y suplementar éstos. Desde luego, la salud reproductiva es parte integrante del derecho a la salud y deberá incorporarse en cualquier estrategia en la que se refleje ese derecho.

51. En segundo lugar, los derechos humanos entrañan una preocupación especial por las personas y grupos vulnerables. Desde la perspectiva de los derechos humanos, conocer el promedio de salud de toda una población no tiene ninguna utilidad y hasta puede ser engañoso: el mejoramiento de los indicadores medios de salud puede de hecho disimular un deterioro en grupos marginales. Los derechos humanos requieren que se desglosen todos los datos pertinentes de manera que se reflejen las condiciones en que se hallen determinados grupos desfavorecidos, a saber, las mujeres pobres, las minorías, las poblaciones indígenas, etc. A veces se critican los objetivos de desarrollo del milenio porque no se presentan de esa manera, es decir, los datos no se desglosan. La respuesta del Relator Especial a esa crítica consiste en sugerir que en este caso se trata precisamente de una contribución que el derecho a la salud puede hacer a los objetivos de desarrollo del milenio en la esfera de la salud. Si se insiste en el debido desglose de los datos, el derecho a la salud puede contribuir a que se determinen las políticas que permitirán cumplir la promesa de la Declaración del Milenio para todas las personas y grupos.

52. En tercer lugar, desde la perspectiva de los derechos humanos puede aducirse que resulta inaceptable el objetivo de reducir en tres cuartos la mortalidad materna para el año 2015: el objetivo en términos de derechos humanos debe consistir en acabar con toda la mortalidad materna evitable. La respuesta a esta objeción viene dada por el concepto de la realización progresiva que es un aspecto integrante de muchos derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud. Con el criterio de derechos humanos no se pretende lograr el ejercicio de todos los derechos de la noche a la mañana, lo cual no sería razonable. Al reconocer la realidad, en particular la escasez de recursos, se prevé la realización paulatina del derecho a la salud en un período de tiempo determinado.

53. Sin embargo, el criterio de derechos humanos impone condiciones al logro progresivo de los derechos, lo cual es de importancia decisiva, pues de lo contrario esa progresividad podría dejar sin contenido tales derechos y convertirlos en mera retórica. Cabe citar un ejemplo de esa condición: el criterio de derechos humanos exige que los Estados adopten todas las medidas a su alcance para avanzar tan rápida y efectivamente como sea posible hacia el pleno ejercicio del derecho a la salud. Otro ejemplo: conforme al criterio de derechos humanos, deben observarse siempre niveles fundamentales mínimos -u obligaciones básicas- del derecho a la salud. Al fijar estas condiciones se trata de velar por que no se abuse del concepto de la realización progresiva. También se explica por qué la vigilancia efectiva, transparente y accesible y las disposiciones para la rendición de cuentas son una característica fundamental del planteamiento de los derechos humanos.

54. Así pues, el objetivo de desarrollo del milenio de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para el año 2015 es desde luego inaceptable desde el punto de vista de los derechos humanos -si se trata de un objetivo final. Pero nadie dice que esto sea así: se trata de un objetivo intermedio. En vista del concepto de la realización progresiva, el Relator Especial no ve ninguna objeción, de principio, desde el punto de vista de los derechos humanos al objetivo de desarrollo del milenio en cuanto a la mortalidad materna. No obstante, el hecho de que ese objetivo y las medidas adoptadas para alcanzarlo son *en la práctica* compatibles con las normas internacionales de derechos humanos es una cuestión distinta y decisiva, a la que sólo se podrá responder tras un examen detenido de las normas y las políticas pertinentes de derechos humanos.

55. En conclusión, en la Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio presentada por el Secretario General, también se alienta al Relator Especial a examinar los objetivos de desarrollo del milenio desde el punto de vista del derecho a la salud. Según la Guía general: "Los derechos económicos, sociales y culturales constituyen la esencia de todos los objetivos de desarrollo del milenio"²⁶. El Relator Especial espera examinar una selección de informes periódicos por países en relación con los objetivos de desarrollo del milenio desde la perspectiva del derecho a la salud a fin de sugerir medios para que el elemento de salud redonde más efectivamente en beneficio de los pobres y contribuya a reducir la pobreza.

4. Los derechos humanos, el derecho a la salud y la pobreza

56. Existe una teoría y una práctica cada vez más abundante acerca de la contribución de los derechos humanos en general a la reducción de la pobreza²⁷. En resumen, los derechos humanos habilitan a los pobres; los ayudan a hacer frente a la discriminación y a la desigualdad; requieren su participación; ponen de relieve la importancia de todos los derechos en la lucha contra la pobreza; hacen que determinadas opciones de política no sean aceptables (por ejemplo, las que tienen efectos excesivamente perjudiciales para los pobres); destacan el papel decisivo de la asistencia y la cooperación internacionales; e introducen el concepto de obligación y, en consecuencia, la exigencia de que existan mecanismos de rendición de cuentas eficaces, transparentes y accesibles.

57. Hay menos teoría y práctica sobre la contribución específica del derecho a la salud a la reducción a la pobreza y se trata de una cuestión a la cual el Relator Especial quiere prestar especial atención. El Relator Especial sugiere que una estrategia de reducción de la pobreza fundada en el derecho a la salud podría centrarse, por ejemplo, en los factores siguientes: mejorar el acceso de los pobres a los servicios de salud, determinando qué enfermedades afectan de manera especial a los pobres y aplicando la vacunación y otros programas concebidos especialmente para llegar a ellos; aumentar la eficacia de las medidas de salud pública en favor de los pobres, creando controles ambientales básicos, en particular en lo que respecta a la eliminación de desechos en las zonas habitadas por los pobres; reducir la carga presupuestaria que representa para los pobres la protección de la salud, por ejemplo, reduciendo o eliminando por completo los derechos que deben pagar por los servicios de salud; promover políticas en otros sectores que repercutan de manera positiva en factores que influyen en la salud de manera determinante, por ejemplo, apoyando políticas agrícolas que tengan resultados positivos sobre la salud de los pobres.

58. En conclusión, el Relator Especial estudiará la contribución específica del derecho a la salud a la reducción de la pobreza. Esa contribución debe entenderse en el contexto de la contribución general de los derechos humanos, a saber, la no discriminación, la participación, la cooperación internacional y la rendición de cuentas, a la reducción de la pobreza.

B. La discriminación, los estigmas y el derecho a la salud

59. El Relator Especial se propone centrarse en cuestiones relacionadas con la discriminación y los estigmas en el contexto del derecho a la salud como segundo tema fundamental. La discriminación por motivos de género, raza, etnia u otros factores es un determinante social de la salud. Las desigualdades sociales, sustentadas por la discriminación y la marginación de determinados grupos, se reflejan en la distribución de las enfermedades y en la evolución del

estado de salud de los afectados. Esto tiene por consecuencia que son los grupos vulnerables y marginados de la sociedad los que deben soportar el peso de la mala salud. Al mismo tiempo, la discriminación y los estigmas asociados con ciertos estados de salud como los desórdenes o enfermedades mentales o el VIH/SIDA, tienden a reforzar divisiones y desigualdades sociales ya existentes.

60. La no discriminación es uno de los principios más fundamentales de las normas internacionales de derechos humanos. Según el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Sociales y Culturales "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 (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud"²⁸.

61. Además de prohibir la discriminación por una serie de motivos, como la raza, el color, el sexo o la religión, los instrumentos internacionales de derechos humanos prohíben también la discriminación por motivos "de otra índole". La Comisión de Derechos Humanos entiende que entre esos motivos figura el estado de salud²⁹. La Comisión y el Comité están de acuerdo en que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas contra la discriminación por el estado de salud así como por otros motivos prohibidos. Con respecto al derecho a la salud, los Estados tienen la obligación de velar por que los establecimientos, bienes y servicios de salud -entre ellos los factores determinantes subyacentes- deben ser accesibles a todos y en particular a los sectores más vulnerables y marginados de la población sin discriminación alguna³⁰.

62. Las relaciones entre los estigmas, la discriminación y la negación del derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud son complejas y presentan múltiples aspectos. La discriminación y los estigmas son, en conjunto, contrarios al respeto de la dignidad y la igualdad humanas, pues, además de ser un acto de menosprecio, muchas veces se suman a otras desigualdades que ya afectan a los grupos vulnerables y marginados, con lo que aumenta su vulnerabilidad ante la mala salud y se obstaculizan las intervenciones sanitarias eficaces. Todo ello complica la situación de quienes padecen discriminación doble o múltiple, por ejemplo, por motivos de sexo, raza, pobreza y estado de salud.

63. Para promover el derecho a la salud será necesario determinar y analizar las maneras complejas en que la discriminación y la estigmatización afectan el disfrute del derecho, prestando especial atención a las mujeres, los niños y los grupos marginados, así como a las minorías raciales y étnicas, las poblaciones indígenas, los discapacitados, las personas que viven con el VIH/SIDA, los refugiados y desplazados internos y los migrantes. Todo ello exigirá la reunión y análisis de datos a fin de entender mejor la relación entre distintas formas de discriminación en tanto que determinantes de la salud, reconociendo los efectos combinados de las formas de discriminación múltiples y documentando de qué manera la discriminación y la intolerancia repercuten en el acceso a la salud y los servicios de atención de la salud. También será preciso mantener un cuidadoso equilibrio entre la necesidad de hacer frente a la discriminación y a los estigmas en materia de salud, alentando a la publicación de datos desglosados y a la formulación de políticas y estrategias de lucha contra la discriminación al

tiempo que se toman medidas a fin de que la publicación de esos datos no sirva para perpetuar los estigmas.

64. En el desempeño de su mandato, el Relator Especial se propone ocuparse del efecto de los estigmas y la discriminación en determinados sectores de población.

1. Las mujeres

65. La discriminación sistemática por motivos de género impide el acceso de la mujer a la salud y limita su capacidad de responder a las consecuencias de la falta de salud propia y de su familia. Entre los factores que aumentan la vulnerabilidad de la mujer ante la mala salud están la falta de acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para velar por la salud sexual y reproductiva; la violencia, en particular la violencia sexual; las prácticas tradicionales nocivas; y la falta de capacidad jurídica y de igualdad en cuestiones familiares³¹. Los Estados tienen la obligación de velar por la igualdad de acceso de varones y mujeres al disfrute de todos los derechos, inclusive garantizando la igualdad y la no discriminación en esferas tales como los derechos políticos, el matrimonio y la familia, el empleo y la salud.

2. Las minorías raciales y étnicas

66. El racismo, la discriminación racial y las formas conexas de intolerancia contribuyen a la desigualdad en relación con la salud y la atención de la salud de los grupos étnicos y raciales³². La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial exige que los Estados prohíban y eliminen la discriminación racial en todas sus formas y que garanticen el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce del derecho a la salud y a la asistencia médica. En la Conferencia Mundial contra el Racismo, los gobiernos determinaron la necesidad de reconocer el racismo como un determinante social que influye en el acceso a la salud y a la atención sanitaria³³. Se comprometieron a intensificar las medidas para hacer efectivo el derecho de todos al más alto nivel de salud posible a fin de acabar con las disparidades en el estado de salud que pudieran deberse a la discriminación racial. También acordaron una serie de medidas, desde la prevención de la investigación genética con fines discriminatorios a la lucha contra la discriminación en los sistemas de salud³⁴.

3. Personas discapacitadas

67. Las personas discapacitadas se ven expuestas a diversas formas de discriminación y exclusión social que les impiden ejercer sus derechos y libertades y participar plenamente en sus sociedades³⁵. La discriminación que padecen puede ir desde la denegación de los servicios de salud, del empleo y de las oportunidades de instrucción, a la exclusión y el aislamiento debidos a las barreras físicas y sociales. Las mujeres discapacitadas están particularmente expuestas a diversos riesgos debido a los estigmas asociados tanto con la discapacidad como con el género y es más probable que sufran discriminación que las mujeres con plena capacidad física o que los varones discapacitados.

4. Personas que viven con el VIH/SIDA

68. El estigma asociado con el VIH/SIDA viene a añadirse y a reforzar los prejuicios fundados en el género, la pobreza, la sexualidad, la raza y otros factores. Los temores de la enfermedad y la muerte; la relación que se establece entre el VIH y los trabajadores sexuales, la relación sexual entre varones y la drogadicción por vía intravenosa; las creencias que achacan culpa moral a quienes viven con el VIH/SIDA, son todos factores que refuerzan los estigmas y suscitan a menudo intolerancia y discriminación³⁶. Los estigmas y la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA repercuten en la propagación y efectos de la enfermedad de varias maneras. Por ejemplo, el temor a la identificación con el VIH/SIDA impide pedir asesoramiento y someterse a pruebas de manera voluntaria, cuando sería necesario para la prevención, la atención y el tratamiento. En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA se pide a todos los Estados que adopten medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables y se insta a todos los Estados a elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia³⁷.

IV. PROYECTOS, CUESTIONES E INTERVENCIONES DE CARÁCTER CONCRETO

69. En vista de la interpretación que hace el Relator Especial del derecho a la salud (parte I), de sus objetivos (parte II) y de los temas paralelos (parte III), ¿cuáles son los ejemplos de los proyectos, cuestiones e intervenciones de carácter concreto a los que piensa dedicarse? El Relator Especial agradecerá las observaciones que se pueden hacer sobre los siguientes proyectos y cuestiones que se presentan a manera de ejemplo. No sugiere que tendrá la capacidad para abordar todos los proyectos y cuestiones que se esbozan más adelante: eso dependerá de sus recursos y oportunidades. Tampoco dice que se limitará tan sólo a esos proyectos y cuestiones: pueden presentarse otras intervenciones. Sin embargo, los ejemplos siguientes indican el tipo de proyectos y cuestiones concretos a que piensa dedicarse.

A. Estrategias de reducción de la pobreza

70. La pobreza es un fenómeno mundial que experimentan en diverso grado todos los países. Un número cada vez mayor de países -desarrollados, en desarrollo y sociedades en transición- están formulando estrategias de reducción de la pobreza. El Relator Especial se propone examinar una selección de estrategias de reducción de la pobreza bajo el punto de vista del derecho a la salud, con miras a sugerir maneras en las cuales el elemento de salud podría beneficiar más efectivamente a los pobres y reducir la pobreza.

71. Los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza, que se derivan de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados (PPME) constituyen una categoría de estrategias contra la pobreza. La OMS llevó a cabo recientemente un examen de diez documentos de estrategia para la reducción de la pobreza ya terminados y de tres documentos en preparación. En el presente estudio preliminar se han encontrado pocos indicios de que se haya intentado adaptar las estrategias nacionales de salud para atender las necesidades de los sectores más pobres³⁸. Muy pocos documentos de estrategia para la reducción de la pobreza se basan en indicadores de salud que permitirían supervisar sus efectos sobre las poblaciones y las regiones

pobres³⁹. Ninguno de esos documentos contiene planes para que las poblaciones pobres intervengan en un proceso de supervisión participativa⁴⁰. Todas estas limitaciones hubieran quedado, por lo menos, atenuadas si el derecho a la salud se hubiera tenido plenamente en cuenta durante la formulación de los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza pertinentes. No es de sorprender que en el estudio se haya comprobado asimismo que en ninguno de los documentos se mencione la salud en tanto que derecho humano⁴¹.

72. El Relator Especial no limitará su examen a las estrategias contra la pobreza de los PPME y los países en desarrollo. Se propone examinar, bajo el punto de vista del derecho a la salud, las estrategias contra la pobreza de algunos países desarrollados. Más aun, la estrategia de reducción de la pobreza de un país desarrollado debe dirigirse a dos medios diferentes. La estrategia debe tratar la pobreza en i) la propia jurisdicción del país desarrollado y ii) los países en desarrollo. El país desarrollado debe preguntarse lo siguiente: en vista de la obligación de prestar asistencia internacional, ¿qué contribución puedo hacer para reducir la pobreza en el Sur? Noruega por ejemplo, ha publicado recientemente *Fighting Poverty: The Norwegian Government's Action Plan for Combating Poverty in the South towards 2015*⁴². En consecuencia, el Relator Especial quisiera examinar, bajo el punto de vista del derecho a la salud, las estrategias de los países desarrollados para reducir la pobreza tanto en sus jurisdicciones como en el Sur.

B. Enfermedades descuidadas

73. Hablando en general, existen tres tipos de enfermedades. Las enfermedades del tipo I que se presentan tanto en países ricos como en pobres, en ambos casos con un gran número de poblaciones vulnerables, por ejemplo la hepatitis B. Las enfermedades del tipo II, a menudo denominadas enfermedades descuidadas, se presentan tanto en países ricos como en países pobres, pero en una proporción considerable de los casos existentes en los países pobres, por ejemplo el VIH/SIDA y la tuberculosis.

74. Las enfermedades de tipo III -muchas veces denominadas muy descuidadas- son las que se presentan abrumadora y exclusivamente en los países en desarrollo, tales como la oncocercosis (ceguera de los ríos) y la enfermedad del sueño. De acuerdo con un reciente informe de la OMS, *Global Defence against the Infectious Disease Threat*, "los efectos de estas enfermedades descuidadas en la salud pueden medirse por las incapacidades y deformidades graves y permanentes que causan en casi 1.000 millones de personas. Su baja mortalidad, a pesar de la elevada morbilidad, las hace figurar al final de los cuadros de mortalidad y, en el paso, se les ha asignado escasa prioridad"⁴³. El informe sigue diciendo:

"Las denominadas enfermedades "descuidadas" forman un grupo porque afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos. Si bien son causa de inmensos sufrimientos y de incapacidades a veces incurables, es poco frecuente que estas enfermedades causen la muerte y, por lo tanto, no reciben la atención ni la financiación de otras enfermedades de mortalidad elevada, como el SIDA, la tuberculosis o el paludismo. También están descuidadas en un segundo sentido. Puesto que se hallan limitadas a las poblaciones pobres, todas esas enfermedades han sufrido de la falta de incentivos para fabricar medicamentos y vacunas para mercados que no pueden pagarlos. Cuando existen medicamentos baratos y efectivos, la demanda se reduce debido a la incapacidad de pagar.

Las enfermedades descuidadas imponen un enorme costo económico en términos de pérdidas de productividad y costos elevados de cuidado a largo plazo... Las enfermedades descuidadas pueden contribuir a que la próxima generación siga estancada en la pobreza... Las incapacidades causadas por la mayoría de estas enfermedades están asociadas con un gran estigma."⁴⁴

75. Estas tres categorías no son rígidas: algunas enfermedades se encuentran entre dos categorías, por ejemplo el paludismo entre los tipos II y III.

76. En el caso de las enfermedades de tipo I, existen incentivos para la investigación y el desarrollo en los países ricos, por ejemplo el mecanismo del mercado, la financiación pública de la investigación fundamental y la protección mediante patente del desarrollo de productos. Se desarrollan los productos, y la cuestión principal de política, en relación con los países pobres, es el acceso a esas tecnologías, que tiende a ser de costo elevado y a estar protegido mediante patente. Durante los últimos 20 años se han desarrollado muchas vacunas para las enfermedades del tipo I, pero no ha sido posible introducirlas en gran medida en los países pobres debido a su costo.

77. En el caso de las enfermedades del tipo II, existen incentivos para la investigación y el desarrollo en los mercados de los países ricos, pero el nivel de los gastos en investigación y desarrollo a escala mundial no corresponde a la carga que representa las enfermedades. Por ejemplo, en el caso de las vacunas del VIH/SIDA se hallan en curso actividades considerables de investigación y desarrollo, como resultado de la demanda que se ha manifestado en los mercados de países ricos, pero no en la debida proporción con las necesidades mundiales ni en relación con las condiciones específicas que presenta la enfermedad en los países pobres.

78. Las enfermedades del tipo III -enfermedades muy descuidadas- son objeto de muy poca investigación y desarrollo y, fundamentalmente, de ninguna actividad de esta clase, con apoyo comercial, en los países ricos. Debido a la pobreza, no funciona el mecanismo de mercado. Más aún, los gobiernos de los países pobres carecen de medios para subvencionar la investigación y el desarrollo que necesitan. En consecuencia, las actividades de investigación y el desarrollo muy relacionadas con enfermedades propias de los países pobres tienden a estar insuficientemente financiadas. Como se indica en el informe de la Comisión sobre macroeconomía y salud: "Los países pobres se benefician de la investigación y el desarrollo sobre todo cuando los ricos sufren también de las mismas enfermedades"⁴⁵.

79. La desigualdad de la investigación entre las enfermedades de los países pobres (enfermedades del tipo II y sobre todo del tipo III) y de los países ricos se ha documentado desde hace más de un decenio. En 1990, la Comisión de Investigación y Desarrollo para la Salud señaló lo que llegó a conocerse como el desequilibrio 10/90: sólo un 10% de los gastos de la investigación y desarrollo se dirige a los problemas de la salud de un 90% de la población mundial. Se han emprendido algunas iniciativas para corregir este desequilibrio -y se han hecho algunos progresos- pero las iniciativas siguen financiadas de manera muy insuficiente.

80. Recientemente, el problema de las enfermedades descuidadas -descuido surgido de los fracasos del mercado y de la política pública- ha dado nuevo impulso a una serie de hechos positivos, entre ellos la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. El Relator Especial

pone de relieve la urgente necesidad de que el Fondo Mundial movilice y desembolse nuevos recursos para luchar contra estas tres enfermedades.

81. En su labor, el Relator Especial desea prestar especial atención a muchas consecuencias de las enfermedades descuidadas (y muy descuidadas) y el desequilibrio 10/90 sobre el derecho a la salud: quedan afectados la falta de discriminación, la igualdad, la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud, los bienes y servicios (inclusive medicamentos), la asistencia internacional y la cooperación, etc. Lo fundamental es lo siguiente: las enfermedades descuidadas, las enfermedades muy descuidadas y el desequilibrio 10/90 son cuestiones de derechos humanos.

C. Evaluación de los efectos

82. Antes de que un país establezca una nueva ley o política debe asegurarse de que la nueva iniciativa es conforme a sus obligaciones legales nacionales e internacionales, inclusive las relativas a los derechos humanos.⁴⁶ Si un Estado ha adoptado la reducción de la pobreza como uno de sus principales objetivos de política, debe asegurarse de que toda nueva ley o política sea compatible con ese objetivo. Las estrictas exigencias en materia de adopción de políticas exigen un análisis de los efectos que tendrá la reforma sobre el bienestar de los diversos grupos de la sociedad, en especial los más pobres y vulnerables. En el análisis se debe tener presente -antes, durante y después de la aplicación de cualquier intervención política- las consecuencias deseadas y no deseadas de la iniciativa, con miras a determinar las posibles medidas de atenuación o de otra índole. Este requisito de un análisis socialmente responsable de los efectos se aplica a los Estados y a otros agentes en el contexto de las políticas nacionales e internacionales.

83. Naturalmente existen obstáculos a la preparación de análisis estrictos de los efectos. Los autores de una publicación reciente del FMI observan que entre estos obstáculos figuran "las limitaciones de los datos, la escasa capacidad nacional, y la falta de coordinación entre los donantes"⁴⁷. En consecuencia, recomiendan que se fortalezcan los análisis de la pobreza y de los efectos sociales⁴⁸, y sugieren que la comunidad internacional haga mayores esfuerzos por crear capacidad institucional, a nivel nacional, para el "desarrollo de hipótesis políticas alternativas" y para la "preparación de análisis de la pobreza y los efectos sociales"⁴⁹.

84. A pesar de estas y otras dificultades, las diferentes formas de análisis de los efectos son cada vez más frecuentes en el plano nacional e internacional. En Irlanda del Norte, la nueva legislación requiere que las autoridades públicas lleven a cabo evaluaciones de los efectos en cuanto a la igualdad⁵⁰. En el contexto de la Unión Europea, se exige comprobar que algunas propuestas de políticas no tengan efectos negativos a la salud -y esto ha contribuido a una creciente literatura de evaluación de los efectos sobre la salud⁵¹. El Banco Mundial ha aprobado recientemente un extenso proyecto titulado *User's Guide to Poverty and Social Impact Analysis*. Algunas organizaciones de la sociedad civil están en favor de introducir "evaluaciones de los efectos de la pobreza" en el marco de los documentos de estrategia para la reducción de la pobreza⁵². Desde hace muchos años se ha sugerido llevar a cabo evaluaciones de los efectos de los derechos humanos, sobre todo en la Declaración y Programa de Acción de Viena⁵³, y unos cuantos agentes han tratado de llevar a cabo esas evaluaciones⁵⁴.

85. Efectuar análisis de los efectos de manera apropiada es una manera de asegurarse que el derecho a la salud -especialmente de los grupos marginados, entre ellos los pobres- reciban la debida atención en todos los procesos de adopción de políticas en el plano nacional e

internacional. En consecuencia, el Relator Especial desea examinar, en el contexto del derecho a la salud, los diversos tipos de análisis de los efectos con miras a determinar las buenas prácticas que pueden seguir los Estados y otros agentes.

D. La Organización Mundial del Comercio y el derecho a la salud

86. En un informe preliminar de esta índole no es posible examinar el Acuerdo sobre los ADPIC y el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), si bien, vistos a través del prisma del derecho a la salud, la Alta Comisionada para los Derechos Humanos inició un ejercicio en tal sentido en sus informes de junio de 2001 y 2002⁵⁵. Sin embargo, lo que está claro, es que ambos Acuerdos entrañan elementos de importancia decisiva del derecho a la salud. El Acuerdo sobre los ADPIC, por ejemplo, se refiere a cuestiones de acceso a medicamentos esenciales y también a la cooperación internacional. Como lo ha señalado la Comisión de Derechos Humanos: "el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la de VIH/SIDA es uno de los elementos fundamentales para alcanzar globalmente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"⁵⁶.

87. El Relator Especial señala la importancia de la Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública adoptada en la Cuarta Conferencia Ministerial de la OMC celebrada en Doha en noviembre de 2001⁵⁷. En la Declaración de Doha se reconoce "la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente los resultantes del VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras epidemias"⁵⁸. En la Declaración se pone de relieve que el Acuerdo sobre los ADPIC "puede y deberá ser interpretado y aplicado de una manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC de proteger la salud pública y, en particular, de promover el acceso a los medicamentos para todos"⁵⁹. De esta manera, se reflejan en la Declaración las perspectivas de derechos humanos, en especial el derecho a la salud y el derecho a participar en el progreso científico, y en los beneficios que de él resulten, que está consagrado en el artículo 27 de la Declaración Universal de Derechos Humanos.

88. El AGCS es el primer acuerdo multilateral que rige todas las formas del comercio internacional de servicios, en particular los servicios de salud. Las negociaciones sobre la mayor liberalización del comercio de servicios se hallan en curso y deben completarse para enero de 2005. La liberalización del comercio de servicios de salud puede tener efectos sobre el derecho a la salud de diversas maneras, según las diversas cuestiones y, entre otras cosas, sobre el marco reglamentario. Una cuestión de especial importancia son las consecuencias del aumento de la inversión extranjera directa (IED) sobre el disfrute del derecho a la salud. Si bien la IED puede mejorar las infraestructuras nacionales e introducir nuevas tecnologías, también puede tener efectos negativos cuando la reglamentación es insuficiente para proteger el disfrute del derecho a la salud. Por ejemplo, un aumento de la inversión extranjera privada puede tener por consecuencia que se insista demasiado en los objetivos comerciales a costa de los objetivos sociales, tales como la prestación de servicios de salud de calidad para quienes no pueden permitírselos a precios comerciales. Como se dijo en un reciente estudio de la secretaría de la OMC y la OMS: "en algunos casos, el comercio de servicios de salud ha exacerbado los problemas existentes de acceso y equidad de los servicios de salud y de financiación, en especial para los sectores pobres de los países en desarrollo"⁶⁰.

89. El Relator Especial observa que la Comisión de Derechos Humanos en su resolución 2000/32 instó a los Estados a: "Velar por que sus actuaciones como miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y por que la aplicación de los acuerdos internacionales respalde la política de salud pública que promueven el acceso generalizado a los productos farmacéuticos y tecnologías médicas seguros, eficaces y asequibles de prevención, cura o alivio" (párr. 6 b)). En esas circunstancias, en la medida en que lo permitan sus recursos, el Relator Especial desea vigilar y examinar las normas y políticas comerciales en el contexto del derecho a la salud, en particular la aplicación de la Declaración de Doha, durante los preparativos de la quinta conferencia ministerial de la OMC que debe celebrarse en septiembre de 2003⁶¹.

E. El derecho a la salud mental

90. En 2001, la OMS estimó que 450 millones de personas sufren de desórdenes mentales o del comportamiento y que esos desórdenes representan un 12% de la carga mundial de morbilidad⁶². Entre ellos figuran la esquizofrenia, los desórdenes bipolares, la depresión, el retraso mental, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Se trata de desórdenes que se encuentran en todos los países. Los pobres y otros grupos marginados tienden a quedar afectados por ellos de manera desproporcionada, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.

91. La mayoría de los desórdenes mentales pueden controlarse, tratarse y, en muchos casos, prevenirse. A pesar de esto, así como de la prevalencia y de los efectos de los desórdenes mentales, muchos gobiernos sólo asignan una baja prioridad a la salud mental. En el reciente *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* de la OMS se observó que más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental; los presupuestos de salud mental de la mayoría de los países representan menos del 1% del gasto total en salud⁶³.

92. Para la mayoría de la población mundial, el cuidado de la salud mental resulta geográfica y económicamente inaccesible. Cuando es accesible, existen disparidades considerables en las normas de atención médica entre los distintos países así como dentro de ellos. Preocupa al Relator Especial el hecho de que en muchos países el cuidado de la salud mental se presta sobre todo en grandes instituciones psiquiátricas, con escasos servicios de tratamiento y cuidado basados en la comunidad⁶⁴.

93. El Relator Especial se siente alarmado por las muchas violaciones de los derechos humanos que, según se informa, ocurren en algunas instituciones destinadas al cuidado y tratamiento de personas con desórdenes mentales. Entre ellas figuran la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, tales como explotación sexual⁶⁵. El Relator Especial también señala el estigma y la discriminación que existe en relación con los desórdenes mentales, así como la incapacidad real o supuesta de las personas que sufren desórdenes mentales para adoptar decisiones debido a su enfermedad -la combinación de estas cuestiones relacionadas entre sí hace que las personas con incapacidades mentales sean especialmente vulnerables a la violación de sus derechos humanos.

94. El Relator Especial se propone prestar especial atención al derecho a la salud mental, sin duplicar los trabajos de otros órganos internacionales interesados en esta cuestión.

F. Profesionales de la salud

95. Los profesionales de la salud, que prestan los servicios de salud, desempeñan un papel indispensable en la promoción y protección del derecho a la salud. El Relator Especial se propone estudiar la importante función que desempeñan esos profesionales en relación con el derecho a la salud, así como las dificultades que encuentran en su práctica.

96. En muchos países, los profesionales de la salud están mal pagados y trabajan muchas horas con equipo insuficiente y en instalaciones anticuadas. Las malas condiciones de empleo son la principal causa del "éxodo de cerebros", es decir, la migración de los profesionales médicos, sobre todo del Sur al Norte, pero también de las zonas rurales a los medios urbanos en los distintos países⁶⁶. Si bien los países exportadores pueden beneficiarse en algo con este fenómeno (por ejemplo, las remesas financieras de los expatriados), las posibles consecuencias negativas, en particular la escasez de profesionales de la salud, la falta de compensación y la disminución de la atención médica, son mayores que esos beneficios⁶⁷. Las malas condiciones de trabajo contribuyen también a varios otros problemas, entre los cuales el hecho de que los profesionales médicos más capacitados trabajan para el sector privado en condiciones más favorables y abandonan los sistemas de salud pública.

97. En algunos países, debido a sus actividades profesionales, los trabajadores de la salud han sido víctimas de discriminación, de detenciones arbitrarias, ejecuciones arbitrarias y torturas, y se ha limitado su libertad de opinión, expresión y circulación. En particular corren peligro los profesionales de salud que trabajan con pacientes víctimas de la tortura. Algunos profesionales han participado, y muchas veces se les ha obligado a hacerlo, en violaciones de los derechos humanos entre los cuales la tortura y la preparación de documentos médicos falsos para encubrir esta clase de abusos⁶⁸.

98. El Relator Especial señala el problema de la corrupción en la prestación de servicios de salud. Si bien en algunos casos este problema se deriva de las condiciones insuficientes en que trabajan los profesionales de la salud, la corrupción registrada en esos servicios no se limita a los profesionales ni a una sola región del mundo. Lo que está claro es que la corrupción perjudica sobre todo a los pobres y socava el derecho a la salud. "En muchos países los pobres informan que se les ha pedido que paguen las medicinas de las que debían disponer gratuitamente⁶⁹." Es interesante señalar que un reciente estudio del FMI sobre la corrupción en los servicios de atención médica termina diciendo: "la participación de los pobres en las decisiones que influyen en la asignación de los recursos públicos reduciría las posibilidades de corrupción"⁷⁰. Si bien no existen soluciones rápidas, el Relator Especial piensa que la corrupción es un problema tanto del derecho a la salud como de la pobreza.

V. CONCLUSIÓN

99. En este informe preliminar se señalan algunas de las cuestiones más vastas y complejas que abarca el derecho a la salud. Para los que trabajan en relación con el derecho a la salud, tal vez el mayor problema consiste en superar las muchas cuestiones complejas de importancia vital y formular recomendaciones prácticas y realizables. Por esta razón, el Relator Especial asigna especial importancia a su tercer objetivo: la determinación de buenas prácticas para la realización del derecho a la salud en el plano comunitario, nacional e internacional. Con asistencia de los demás, el Relator Especial confía en que podrá establecer alguna de estas buenas prácticas en sus siguientes informes.

Notas

¹ A/51/950, paras. 78-79.

² A/57/387, para. 48.

³ A/56/326, paras. 202 and 204.

⁴ Resolution 2002/24, para. 7.

⁵ Communication 155/96, *SERAC and CESR v. Nigeria*, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annex V.

⁶ *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.

⁷ Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999.

⁸ *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.

⁹ ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.

¹⁰ Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a).

¹¹ See for example, CESCR General Comment No. 14, (E/C.12/2000/4), para. 8.

¹² *Ibid.*, para. 11.

¹³ *Ibid.*, paras. 14-17 and CESCR General Comment No. 15 (E/C.12/2002/11).

¹⁴ See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 18-21 and A/54/38/Rev.1, CEDAW General Recommendation 24, 1999.

¹⁵ See for example CESCR General Comment No. 14, paras. 30-31. CESCR also uses the term “core obligations”; see General Comment No. 14, paras. 43-45. On core obligations, see Chapman and Russell (eds.), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

¹⁶ *Ibid.*, paras. 38-39. Note Judge Weeramantry’s dissenting opinion in the Advisory Opinion of the International Court of Justice on the *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, in which he cited article 12 of ICESCR and then stated, in relation to this article, that “it will be noted here that the recognition by States of the right to health is in the general terms that they recognize the right of ‘everyone’ and not merely of their own subjects. Consequently, each State is under an obligation to respect the right to health of all members of the international community” (*ICJ Reports*, 1996, vol. I, p. 144).

¹⁷ *Ibid.*, para. 40.

¹⁸ See for example UDHR, preamble, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 42.

¹⁹ See for example Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Part 1, paragraph 5, and CESCR General Comment No. 14, paragraph 3.

²⁰ See for example CESCR General Comment No. 14, paragraphs 28-29; and the Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (E/CN.4/1985/4, annex).

²¹ CESCR General Comment No. 14, para. 12. This mode of analysis resonates with the work of the United Nations Special Rapporteur on the right to education.

²² CESCR General Comment No. 14, para. 33 and *passim*.

²³ *Ibid.*, paras. 57-58.

²⁴ See CESCR Statement on poverty (E/C.12/2001/10).

²⁵ General Assembly resolution 55/2.

²⁶ A/56/326, para. 202.

²⁷ For example, following a request from CESCR, OHCHR prepared Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, September 2002.

²⁸ General Comment No. 14, para 18.

²⁹ See for example Commission resolutions 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.

³⁰ General Comment No. 14, para. 12 (b) (i).

³¹ CEDAW General Recommendation 24; CEDAW General Recommendation 15.

³² See *Health and Freedom from Discrimination: WHO's Contribution to the World Conference against Racism*, Health and Human Rights Publication Series, August 2001.

³³ Durban Declaration and Programme of Action (A/CONF.189/5).

³⁴ *Ibid.*, see, for example, paragraphs 8 (c), 58, 73, 109, 110 (b).

³⁵ See, for example, Quinn and Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of the United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, OHCHR, 2002.

³⁶ Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination, paper prepared by WHO and UNAIDS in consultation with OHCHR, August 2001.

³⁷ General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001, annex.

³⁸ Dodd and Hinshelwood, *PRSPs: Their Significance for Health*, draft presented to the WHO Meeting of Interested Parties, October 2002, p. 4.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid, p. 9.

⁴² Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2002.

⁴³ WHO, 2002, p. iv.

⁴⁴ Ibid, p. 96.

⁴⁵ *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, 2001, p. 77.

⁴⁶ As the Vienna Declaration and Programme of Action puts it: “protection and promotion [of human rights and fundamental freedoms] is the first responsibility of Governments” (Part I, para. 1).

⁴⁷ Gupta et al, *Is the PRGF Living Up to Expectations? An Assessment of Program Design*, IMF Occasional Paper 216, 2002, p. 32.

⁴⁸ Ibid, p. 35.

⁴⁹ Ibid, p. 36.

⁵⁰ See Equality Commission for Northern Ireland, *Section 75 of the Northern Ireland Act 1998: Practical Guidance on Equality Impact Assessment*.

⁵¹ For example the Institute for Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment: An Introductory Paper*, September 2001. Also see Part II of Mann, Gruskin, Grodin and Annas (eds.), *Health and Human Rights: A Reader*, Routledge, 1999.

⁵² *Making PRSPs Work: The Role of Poverty Assessments*, Oxfam, 2001.

⁵³ Part II, para. 2.

⁵⁴ For example Norwegian Agency for Development Cooperation, *Handbook in Human Rights Assessment: State Obligations, Awareness and Empowerment*, 2001.

⁵⁵ E/CN.4/Sub.2/2001/13 and E/CN.4/Sub.2/2002/9. Also see CESCR statement on human rights and intellectual property (E/C.12/2001/15).

⁵⁶ Commission resolution 2002/32, para. 1.

⁵⁷ WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.

⁵⁸ Ibid. para. 1.

⁵⁹ Ibid. para. 4.

⁶⁰ *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*, 2002, p. 18.

⁶¹ See Dommen, “Raising Human Rights Concerns in the WTO”, *Human Rights Quarterly*, vol. 24, No. 1, 2002, p. 1.

⁶² WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p. 3.

⁶³ Ibid, p. 3.

⁶⁴ Ibid, p. 87.

⁶⁵ See for example *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Mental Disability Rights International, 2002.

⁶⁶ See for example see Pang, Lansang and Haines, “Brain Drain and Health Professionals”, *British Medical Journal*, vol. 324, Issue 7336, p. 499.

⁶⁷ See for example UNCTAD/WHO, *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, 1998.

⁶⁸ See for example Somerville, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001; *Directory of Persecuted Scientists, Health Professionals, and Engineers*, American Association for the Advancement of Science, 1999.

⁶⁹ Narayan, *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?*, World Bank, 2000, p. 111.

⁷⁰ Gupta, Davoodi and Tiongson, “Corruption and the Provision of Health Care and Education Services”, in *Governance, Corruption, and Economic Performance*, Abed and Gupta (eds.), IMF, 2002, p. 272.

Annex I

SOME INTERNATIONAL INSTRUMENTS RELEVANT TO THE RIGHT TO HEALTH

This annex lists some of the international instruments that are relevant to the right to health. Section A contains general international human rights instruments. Section B contains international instruments that relate to specific groups. Section C contains context-specific instruments. Inevitably, there is some overlap between sections B and C. To avoid repetition, instruments applying to both groups and contexts are categorized according to the group (sect. B). Section D contains international conference outcomes and their follow-ups.

This annex is not comprehensive: there are other instruments that are relevant to the right to health. Further standards are referenced in WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publications Series Issue 1, 2002; and G. Alfredsson and K. Tomaševski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights: Global and Regional Standards Adopted by Intergovernmental Organizations, International Non-governmental Organizations, and Professional Associations* (Nijhoff, 1998).

A. General international instruments

1. Universal Declaration of Human Rights (1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); Constitution of the World Health Organization (1946); General Comment 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) on the right to health (2000).

B. International instruments relating to specific groups

2. *Racial and ethnic groups*: International Covenant on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965); ILO Convention No. 169 (concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989); Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities (1992).

3. *Women*: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979); Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993); General Recommendation No. 14 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) on female circumcision (1990); General Recommendation No. 19 of CEDAW on violence against women (1992); General Recommendation No. 24 of CEDAW on women and health (1999).

4. *Children*: Convention on the Rights of the Child (1989); ILO Convention No. 138 (concerning Minimum Age for Admission to Employment, 1973); ILO Convention No. 182 (the Worst Forms of Child Labour Convention, 1999); United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (1985); United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (1990); Declaration on the Rights of the Child (1959).

5. *Migrant workers*: International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (1990).
6. *People with disabilities including mental disabilities*: Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975); Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993); Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Healthcare (1991); CESCR General Comment 5 on persons with disabilities (1994); Human Rights Committee General Comment 21 (1992).
7. *Older people*: United Nations Principles for Older Persons (1991); CESCR General Comment No. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons (1995).
8. *Refugees*: Convention relating to the Status of Refugees (1951).

C. International instruments relating to specific contexts

9. *Armed conflict*: The Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949); the Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of the Armed Forces at Sea (1949); the Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War (1949); the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Times of War (1949); Additional Protocol I to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims in International Armed Conflict (1977); Additional Protocol II to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (1977); Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict (1974); Protocol on Prohibitions or Restrictions on the Use of Mines (1980).
10. *Occupational health and safety*: ILO Convention No. 155 (Occupational Health and Safety Convention, 1981); ILO Convention No. 148 (Working Environment Convention, 1977); and several other ILO Conventions (e.g. Conventions Nos. 130, 152, 161, 164, 167, 170, 171, 176, 177 and 184).
11. *Environmental health*: Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and Their Disposal (1989); Code of Practice on the International Transboundary Movement of Radioactive Waste (1990); Convention on Nuclear Safety (1994).
12. *Administration of Justice*: International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR, 1966); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT, 1984); Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955); Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988); Code of Conduct for Law Enforcement Officials (1979); Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).
13. *Development*: Declaration on the Right to Development (1986).

14. *Research, experimentation and genetics*: Nürnberg Code (1947); ICCPR; Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997); Declaration on the Use of Scientific and Technical Progress in the Interests of Peace and for the Benefits of Mankind (1975); General Comment No. 20 of the Human Rights Committee (1992).

15. *Data Protection*: Guidelines for the Regulation of Computerized Personal Data Files (1990); General Comment 16 of the Human Rights Committee (1988).

16. *Nutritional Health*: Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition (1974).

**D. Some international conference outcomes, and their follow-ups,
that relate to the right to health**

17. Johannesburg Declaration and Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (2002).

18. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development (2002).

19. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing of the Second World Assembly on Ageing (2002).

20. “A World Fit for Children” adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002); Declaration and Plan of Action of the World Summit for Children (1990).

21. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, “Global Crisis-Global Action”, adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001).

22. Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001).

23. United Nations Millennium Declaration, adopted by the United Nations General Assembly “Millennium Assembly of the United Nations” (2000).

24. Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (1995) and its follow-up, Beijing Plus 5 (2000).

25. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action of the World Food Summit (1996) and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger (2002).

26. Istanbul Declaration and the Habitat Agenda of the Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II) (1996), and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium of the Special Session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Habitat Agenda (2001).

27. Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development (1995) and its follow-up, Copenhagen Plus 5 (2000).

28. Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights (1993).

29. Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21 of the United Nations Conference on Environment and Development (1992).

30. Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment (1972).

Annex II

SOME RECENT COMMISSION ON HUMAN RIGHTS RESOLUTIONS RELATING TO THE RIGHT TO HEALTH

Some resolutions explicitly referring to the right to health or aspects of the right to health

1. Resolution 2002/61 on human rights of persons with disabilities.
2. Resolutions 2002/32 and 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.
3. Resolution 2002/31 on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
4. Resolution 2001/35 on adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights.
5. Resolutions 2001/27 and 2000/82 on effects of structural adjustment policies and foreign debt on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights.

Some resolutions with provisions bearing significantly on the right to health

6. Resolution 2002/92 on the rights of the child.
7. Resolution 2002/65 on human rights and indigenous issues.
8. Resolution 2002/52 on elimination of violence against women.
9. Resolution 2002/51 on traffic in women and girls.
10. Resolution 2002/39 on protection of migrants and their families.
11. Resolution 2002/23 on the right to education.
12. Resolution 2001/71 on human rights and bioethics.
13. Resolution 2001/51 on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS).
