



Asamblea General

Distr. general
14 de julio de 2017
Español
Original: inglés

Septuagésimo segundo período de sesiones

Tema 73 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros
medios de mejorar el goce efectivo de los derechos
humanos y las libertades fundamentales**

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

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe presentado por Dainius Puras, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, elaborado de conformidad con las resoluciones del Consejo de Derechos Humanos 6/29 y 24/6.

* [A/72/150](#).



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

Resumen

La corrupción puede tener efectos devastadores en la buena gobernanza, el estado de derecho, el desarrollo y el goce en pie de igualdad de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. En muchos países el sector de atención de la salud es uno de los más corruptos, lo que pone en peligro la sostenibilidad de los sistemas de atención sanitaria en todo el mundo. La corrupción nace de los desequilibrios y las asimetrías de poder, se ve perpetuada por la falta de transparencia en los procesos de decisión y da pábulo a una formulación de políticas y una prestación de servicios de salud ineficaces y perjudiciales. El presente informe no solo se ocupa de las formas de corrupción que infringen directamente la ley y deben llevarse ante los tribunales, sino también de las prácticas que socavan los principios de la ética médica y la justicia social, y la prestación efectiva y transparente de servicios de atención de la salud. El derecho a la salud es un marco normativo de gran utilidad que entraña la obligación jurídicamente exigible de analizar y combatir la corrupción que afecta a dicho derecho dentro y fuera del sector sanitario.

Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción	3
II. La corrupción y el derecho a la salud: principales cuestiones y tendencias	4
III. La corrupción y el marco normativo del derecho a la salud	8
A. El derecho a la salud como obligación jurídicamente vinculante	8
B. Una atención sanitaria disponible, accesible, aceptable y de buena calidad	10
C. Condiciones subyacentes y determinantes sociales del derecho a la salud	12
D. Participación, transparencia y rendición de cuentas.	13
E. Función y responsabilidades de los actores no estatales	16
IV. Tema destacado: la corrupción y el derecho a la salud mental	18
V. Conclusiones y recomendaciones.	22
A. Conclusiones	22
B. Recomendaciones	23

I. Introducción

1. La corrupción puede tener efectos devastadores en la buena gobernanza, el estado de derecho, el desarrollo y el goce en pie de igualdad de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La corrupción es objeto de obligaciones jurídicas internacionales y compromisos políticos recientes. En la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (metas 16.5 y 16.6) establecen que, para 2030, es necesario reducir considerablemente todas las formas de corrupción y soborno y crear a todos los niveles instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas.

2. Aunque la corrupción se manifiesta en muchos planos de las sociedades y los Estados, el presente informe se centra en las relaciones entre la corrupción y el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud. La corrupción en las administraciones públicas, las instituciones y la sociedad en general es un gran obstáculo para el disfrute del derecho a la salud de las personas y los grupos. En los países en los que los índices de percepción de la corrupción son más altos, la prevalencia de los problemas de salud es mucho mayor¹. La corrupción en las administraciones públicas y la sociedad puede reducir la capacidad de esas administraciones de recaudar recursos para el sector de la salud, entre otros sectores sociales, al ahuyentar a inversores y donantes o de resultas de la evasión de impuestos.

3. En muchos países, la salud es uno de los sectores en donde hay más corrupción². La corrupción en el sector de la salud, por ejemplo los sobornos a responsables del sector y los pagos extraoficiales a proveedores de servicios sanitarios, entorpece la capacidad de los Estados de cumplir su deber de garantizar el derecho a la salud y la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la buena calidad de los servicios, los productos y los establecimientos sanitarios³. Sin embargo, esta corrupción también se da en otros sectores e industrias, como los de los recursos hídricos, los alimentos y las bebidas, y el tabaco, entre otros. Además, la corrupción tiene importantes repercusiones en materia de igualdad y no discriminación, ya que tiene un efecto particularmente marcado en la salud de las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad y exclusión social, en particular las que viven en la pobreza y los niños⁴.

4. El derecho a la salud es un marco normativo de gran utilidad que entraña la obligación jurídicamente exigible de analizar y combatir la corrupción que afecta a la salud dentro y fuera del sector sanitario. Este marco integra las nociones de buena gobernanza, transparencia, rendición de cuentas y participación, que son cruciales en la lucha contra la corrupción, e impone a los Estados la obligación jurídicamente exigible de garantizar que todos, incluidas las personas y los grupos en situaciones de vulnerabilidad, tengan acceso a los bienes y los servicios de salud, lo cual les exige adoptar medidas para luchar, dado el caso, contra la corrupción.

¹ Margot I. Witvliet y otros: "Sick regimes and sick people: a multilevel investigation of the population health consequences of perceived national corruption", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 18, núm. 10, págs. 1 240 a 1 247; Angela María Pinzón Rondón y otros: "Association of rule of law and health outcomes: an ecological study", *BMJ Open*, 2015, vol. 5, núm. 10.

² Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, Parte uno: Corrupción y salud, págs. 3 a 29.

³ Brigit C. A. Toebes, "Human Rights and Health Sector Corruption", en John Harrington y Maria Stuttaford eds., *Global Health and Human Rights*, Londres y Nueva York, Routledge, 2010, págs. 102 a 134.

⁴ Witvliet y otros, "Sick regimes and sick people", págs. 1 245 a 1 246; véase también Mogens Justesen y Christian Bjørnskov, "Exploiting the poor: bureaucratic corruption and poverty in Africa", *World Development*, vol. 58, núm. C, 2014, págs. 106 a 115.

5. El presente informe es el resultado de amplias consultas con muy diversos interesados, entre ellos representantes de los organismos pertinentes de las Naciones Unidas y la sociedad civil, y expertos del mundo universitario. El Relator Especial, que organizó una consulta de expertos en Bangkok en mayo de 2017, está muy agradecido a quienes participaron e hicieron valiosas aportaciones al presente informe.

II. La corrupción y el derecho a la salud: principales cuestiones y tendencias

6. La corrupción suele definirse como el uso indebido del poder público o las facultades delegadas en beneficio privado⁵. Por lo que respecta a la salud, en muchos países se confían en diverso grado responsabilidades públicas a agentes privados, como los profesionales de la sanidad privada, las empresas farmacéuticas o las compañías de seguros médicos. La corrupción se produce tanto en el sector público como en el privado.

7. Suele distinguirse entre corrupción en gran escala y en pequeña escala. Se habla de corrupción en gran escala o “de alto nivel” para referirse a actos de altas instancias gubernamentales que tergiversan las políticas de los Gobiernos centrales, por ejemplo cuando un ministro de salud “desvía” dinero de un préstamo de un país extranjero. Se habla de corrupción en pequeña escala, o de “carácter administrativo”, para referirse a los pequeños actos cotidianos de corrupción cometidos por funcionarios públicos de rango inferior (y medio) en su interacción con los ciudadanos, por ejemplo los pagos extraoficiales de paciente a médico⁶.

8. Otras definiciones distinguen entre tipos de corrupción, como la corrupción política y la corrupción institucional, entre otras. La “corrupción política” es la manipulación por parte de los responsables de las decisiones políticas de, por ejemplo, las políticas y los reglamentos de asignación de los recursos, como cuando un Gobierno acepta un soborno a cambio de la construcción de un gran hospital privado en su capital. La “corrupción institucional” surge de la normalización de conductas que ponen en peligro la búsqueda de la verdad y dan pie a la formación de entramados de incentivos perversos; esta expresión se aplica por lo tanto al comportamiento de los agentes que aprovechan su posición en una organización para influir en los procesos y las actuaciones institucionales⁷.

9. Globalmente, la corrupción es un fenómeno pluridisciplinario al que debe responderse desde múltiples ámbitos de estudio. Desde el punto de vista jurídico, en la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción (resolución 58/4 de la Asamblea General, anexo) se enumeran cinco actos de corrupción, que pueden adaptarse al ámbito de la salud de la siguiente manera:

- a) Soborno de funcionarios públicos nacionales y extranjeros a cambio de beneficios indebidos;
- b) Malversación o peculado, apropiación indebida u otras formas de desviación de fondos del presupuesto de salud por un funcionario público;
- c) Tráfico de influencias;

⁵ Transparency International, “Frequently asked questions on corruption”. Puede consultarse en: www.transparency.org/whoweare/organisation/faqs_on_corruption#defineCorruption.

⁶ Transparency International, “How do you define corruption?”. Puede consultarse en: <https://www.transparency.org/what-is-corruption/#define>.

⁷ Lawrence Lessig, “‘Institutional corruption’ defined” (prefacio), *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, núm. 3, 2013. Puede consultarse en: <https://ssrn.com/abstract=2295067>.

- d) Abuso de funciones;
- e) Enriquecimiento ilícito⁸.

10. La corrupción se manifiesta de muchas otras maneras dentro y fuera del sector de la salud. El presente informe se centra en una serie no exhaustiva de ejemplos ilustrativos.

11. Tanto la corrupción común en la sociedad (corrupción general) como la que se da específicamente en el ámbito de la salud o sectores afines tienen efectos negativos en el disfrute del derecho a la salud. Ambas formas están interrelacionadas. La corrupción en la sociedad en general puede afectar al entorno regulatorio y la eficacia de las instituciones del Estado. Dificulta el crecimiento económico y el desarrollo sostenible, así como la distribución equitativa de los recursos⁹. Socava la confianza pública en el Estado y puede entorpecer el cumplimiento de la obligación derivada del Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 de crear instituciones eficaces que rindan cuentas.

12. La corrupción es particularmente nociva, ya que potencia la desconfianza de todos los interesados, especialmente los usuarios de los servicios, no solo en el sistema de salud, sino también en las capacidades y actuaciones de las autoridades locales y nacionales en general. Aunque hay pocos estudios sobre los efectos de la corrupción en la situación sanitaria, se ha apuntado, entre otras cosas, que los países con mayor grado de corrupción tienen mayores índices de mortalidad en la niñez¹⁰.

13. Más allá de la corrupción como problema común a todos los sectores, la corrupción generalizada en el sector de la salud tiene graves consecuencias para el disfrute del derecho a la salud en condiciones de igualdad y no discriminación. Las formas más comunes de corrupción en el sector de la salud son la venta de cargos públicos, el absentismo, los sobornos, la corrupción en las adquisiciones, el robo o el uso indebido de bienes, el fraude y la malversación de los ingresos por cuotas de usuarios, así como los pagos extraoficiales a proveedores sanitarios¹¹. Diversas partes interesadas pueden estar implicadas en estas y otras prácticas corruptas en el sector de la salud que afectan al disfrute del derecho a la salud, como los ministros de salud, los parlamentos, los órganos de acreditación y concesión de licencias, las compañías de seguros públicas y privadas, los hospitales, los profesionales de la salud y sus asociaciones, los trabajadores sanitarios de la comunidad, los farmacéuticos, las empresas farmacéuticas y biotecnológicas, los profesionales y los grupos de investigación médica y los pacientes y sus grupos de apoyo¹². Como se expone posteriormente, a todos ellos compete el derecho a la salud.

14. La corrupción es un gran obstáculo para la prestación de servicios de salud de calidad, que es fundamental para poner en práctica el derecho a la salud y cumplir la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de lograr la cobertura sanitaria universal. El sector de la salud está sumamente expuesto a la corrupción —política e

⁸ Toebes, "Human rights and health sector corruption".

⁹ Marie Chêne, "The impact of corruption on growth and inequality", Transparency International, marzo de 2014; y Kwabena Gyimah-Brempong, "Corruption, economic growth, and income inequality in Africa", *Economics of Governance*, Springer-Verlag, núm. 3, 2002, págs. 183 a 209.

¹⁰ Sanjeev Gupta y otros, "Corruption and the provision of health care and education services", documento de trabajo del Fondo Monetario Internacional, junio de 2000, pág. 8; véase también Witvliet y otros, "Sick regimes and sick people", pág. 1 245.

¹¹ Taryn Vian, "Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions", *Health Policy and Planning*, 2008, vol. 23, núm. 2, págs. 83 a 94; y curso del centro de recursos contra la corrupción U4. Puede consultarse en: www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf.

¹² Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, págs. 3 a 18.

institucional, en gran y pequeña escala— en todos los niveles de los sectores público y privado. Se estima que cada año se pierden en todo el mundo 180.000 millones de euros por fraudes y corruptelas en el ámbito de la atención de la salud¹³. La corrupción en el sector de la salud merma los recursos (financieros) destinados a la atención sanitaria; los recursos malversados o defraudados en procesos de adquisición son recursos de los que ya no se dispone para pagar sueldos o financiar la prestación o el mantenimiento de servicios de asistencia sanitaria¹⁴. Por ejemplo, hay datos que apuntan a que la corrupción en el sector de la salud tiene efectos negativos en la atención del cáncer y el VIH/SIDA¹⁵. Si bien estas tendencias se manifiestan en países de todos los niveles de desarrollo, es evidente que la corrupción en el sector de la salud y la falta de transparencia afectan más profundamente a los países de bajos ingresos. En algunos países se considera que el sector de la salud es el más corrupto de todos.

15. Entre las formas menores de corrupción, conocidas como corrupción en pequeña escala y bastante comunes en el sector de la salud, están los pagos extraoficiales de paciente a proveedor sanitario, el absentismo del personal sanitario y los tratos preferenciales. Esas formas de corrupción también se denominan a veces “corrupción de supervivencia”, pues se ven espoleadas por la falta de recursos en los centros sanitarios, las malas condiciones de trabajo, la remuneración escasa y las estructuras jerárquicas, que mueven a las personas a cometer actos de ese tipo. Hay indicios de que esas “microformas” de corrupción tienen efectos particularmente negativos entre los más pobres de una sociedad, que a menudo no tienen con qué pagar los sobornos necesarios para obtener determinados servicios¹⁶.

16. El sector de la salud está particularmente expuesto a la corrupción principalmente en razón de tres características: a) las asimetrías de poder o las disparidades de información entre los proveedores sanitarios y los pacientes, y entre los organismos públicos, el sector privado y los titulares de los derechos, entre otros; b) la incertidumbre inherente a la selección, la supervisión, la evaluación y la prestación de servicios de atención sanitaria; y c) la complejidad de los sistemas de salud: son tantos los participantes que resulta más difícil generar y analizar información de manera transparente¹⁷. Un cuarto problema, a veces denominado “riesgo moral del proveedor”, es la posibilidad de que los profesionales de la salud, los funcionarios públicos o los agentes privados decidan actuar atendiendo a sus propios intereses y no a los de los titulares de derechos hacia quienes están obligados. Además, los sistemas de salud en los que faltan la transparencia, la participación y la rendición de cuentas ofrecen un fértil caldo de cultivo para la corrupción.

17. Las reformas de los sistemas sanitarios introducen cambios institucionales que pueden mitigar la corrupción pero también abrir paso a nuevas irregularidades. Como se expuso durante la consulta de expertos celebrada en Bangkok, el traspaso de las competencias sobre los centros públicos de salud de las administraciones centrales a las locales puede generar mayor responsabilidad y menor corrupción,

¹³ Universidad de Portsmouth, Centre for Counter Fraud Studies, y MacIntyre Hudson, “The financial cost of healthcare fraud”, puede consultarse en: www.macintyreHUDSON.co.uk/sites/www.macintyreHUDSON.co.uk/files/The%20Financial%20Cost%20of%20Healthcare%20Fraud%20-%20Report.pdf.

¹⁴ Curso del centro de recursos contra la corrupción U4.

¹⁵ Saskia Mostert y otros, “Corruption in health-care systems and its effect on cancer care in Africa”, *Lancet Oncology*, vol. 16, núm. 8, agosto de 2015, págs. 394 a 404; y Willa Friedman, “Corruption and averting AIDS deaths”, Center for Global Development, documento de trabajo núm. 395, febrero de 2015.

¹⁶ Justesen y Bjørnskov, “Exploiting the poor: bureaucratic corruption and poverty in Africa”.

¹⁷ Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, págs. xviii y xix.

pero también posibilidades de que los funcionarios locales desvíen recursos para lucrarse. La desregulación puede acabar con los requisitos de los que se valen ciertos funcionarios públicos para cobrar sobornos, pero también con las normas y la supervisión necesarias para proteger a la población contra agentes inescrupulosos. A menudo se justifica que los médicos puedan alternar prácticas públicas y privadas aduciendo que así se garantiza la dotación de personal de los centros públicos, pero ello puede dar lugar a situaciones en las que los pacientes no pueden obtener el debido tratamiento en los centros públicos por falta de médicos o porque estos los alientan a ir a sus consultas privadas.

18. Al Relator Especial le preocupa la “normalización de la corrupción” en la atención de la salud; la corrupción puede estar tan extendida que llega a considerarse “normal”¹⁸. Sin embargo, tales prácticas hacen que grupos y personas resulten perjudicados y que se vulneren derechos humanos como el acceso a la atención de la salud en condiciones de igualdad y no discriminación. Modificar, en las instituciones y en la sociedad, las opiniones y las percepciones que hacen que la corrupción se considere normal, inevitable y justificada es un aspecto importante de la lucha contra este problema. Los pagos extraoficiales pueden reducirse fomentando el debate público sobre las consecuencias adversas de la corrupción, con miras a modificar los valores culturales ligados a la corrupción. También pueden emplearse códigos de conducta y deontología y actividades de formación y educación para fomentar comportamientos responsables entre los profesionales y prevenir, en particular, las conductas corruptas, aunque estas medidas tal vez no basten por sí solas para conseguir cambios de comportamiento donde más se necesita. Los Estados deberían también adoptar medidas para tratar otros factores desencadenantes, como los salarios bajos o impagados, los procedimientos administrativos engorrosos y el exceso de papeleo¹⁹, y mejorar la transparencia, la participación y la rendición de cuentas.

19. Más allá del sector de la salud, hay otras empresas privadas en las que se producen prácticas corruptas con efectos directos en el derecho a la salud, como las compañías privadas de agua, los fabricantes de tabaco, alimentos y bebidas, y automóviles, y las industrias de extracción de recursos naturales²⁰. Entre esas prácticas están, por ejemplo, el soborno de funcionarios públicos y la manipulación de prácticas de investigación científica²¹. En sus informes anteriores, el Relator Especial puso de relieve que las asimetrías de poder han hecho que en general se prime la medicina especializada sobre la atención primaria y las intervenciones de salud pública relacionadas con la reducción de la pobreza, las condiciones laborales y los servicios dirigidos a la primera infancia, entre otros aspectos (véase A/HRC/35/21, párrs. 21 a 26). Esas asimetrías hacen que la atención de la salud física prime sobre la atención de la salud mental y que se prefieran las intervenciones biomédicas a las de otra índole; que en los programas de investigación en salud pública se dé prioridad, antes que a las ciencias sociales, a ciertas disciplinas que promueven costosas tecnologías biomédicas; y que se dé escaso margen a la participación de la sociedad civil en la formulación de las políticas de salud.

¹⁸ Transparency International, *Diagnosing corruption in healthcare*, 2016, prefacio.

¹⁹ Jon S.T. Quah, “The normalization of corruption: why it occurs and what can be done to minimize it”, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Administración Pública y Gestión del Desarrollo, Singapur, diciembre de 2015.

²⁰ Véanse: <https://www.transparency.org/topic/detail/water>; y Transparency International, documento de política núm. 2/2008, “Enlazando las agendas de corrupción, agua y medioambiente para combatir el cambio climático”, 15 de febrero de 2008.

²¹ Pascal A. Diethelm, Jean-Charles Rielle y Martin McKee, “The whole truth and nothing but the truth? The research that Philip Morris did not want you to see”, *Lancet*, vol. 366, núm. 9479, 2 de julio de 2005, págs. 86 a 92.

20. Aunque, desde el punto de vista jurídico, quizá muchas prácticas cotidianas de los servicios relacionados con la salud no se consideren corruptas, el gran número de casos y su aceptación por diversos interesados tienen un efecto acumulativo perjudicial en el desempeño de los sistemas sanitarios e, indirectamente, en la salud individual y social. Por ello, el presente informe se centra no solo en las formas de corrupción que infringen directamente la ley y deben llevarse ante los tribunales, sino también en las prácticas que socavan los principios de la ética médica y la justicia social, y la prestación efectiva y transparente de servicios de atención de la salud. Cuando no se corrigen adecuadamente, esas prácticas allanan el camino a decisiones no transparentes a todos los niveles de la formulación y la aplicación de políticas y la prestación de servicios, por lo que generan entornos corruptos y fomentan la corrupción institucional.

21. Consciente de que la naturaleza de la corrupción a menudo dificulta la distinción entre los actos deliberadamente ilícitos y las ineficiencias, los errores o las diferencias de criterio o de prioridad²², el Relator Especial hace hincapié en la gran importancia de aumentar la transparencia no solo para combatir las prácticas claramente corruptas, sino también para corregir esos fenómenos negativos que entorpecen el disfrute del derecho a la salud.

22. En relación con la cobertura sanitaria universal, que es uno de los importantes compromisos mundiales enmarcados en la Agenda 2030, es crucial fortalecer los sistemas de atención de la salud para que todos los segmentos de la población confíen en los servicios de atención primaria que estos prestan y recurran prioritariamente a ellos para la mayoría de las afecciones. Esta sería una medida eficaz de lucha contra la corrupción, pues contribuiría a aplacar la extendida tendencia de los usuarios de los servicios de salud a evitar la atención primaria y recurrir a servicios de atención médica especializada. El Relator Especial acoge con satisfacción las iniciativas desarrolladas y replicadas recientemente en algunos países, consistentes en que los médicos adviertan al común de la población contra el recurso indiscriminado o innecesario a exámenes, tratamientos y procedimientos médicos en la atención de la salud. Los Estados deben respaldar esas iniciativas de “elección sensata”, “medicación realista” o “prevención de sobrediagnósticos”, entre otras, que son medidas eficaces para fomentar el uso racional de los servicios de salud y evitar así que se recurra a intervenciones especializadas innecesarias y costosas.

III. La corrupción y el marco normativo del derecho a la salud

A. El derecho a la salud como obligación jurídicamente vinculante

23. El derecho a la salud está reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y está protegido por la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados internacionales de derechos humanos, que son vinculantes para sus Estados partes, en particular el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Ese derecho está además

²² William Savedoff, Amanda Glassman y Janeen Madan, Center for Global Development, documento de política núm. 86, *Global Health, Aid and Corruption: Can We Escape the Scandal Cycle?*, 2016, pág. 9.

protegido por tratados regionales de derechos humanos y muchas constituciones nacionales. Esos tratados internacionales y leyes nacionales hacen que los Estados se obliguen a obrar por el respeto, la protección y la efectividad del derecho a la salud y atajar la corrupción cuando interfiera en sus obligaciones en este ámbito y, junto con otros instrumentos jurídicos, como la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, deben inspirar las respuestas que se da a la corrupción.

24. El derecho a la salud genera obligaciones que constituyen un marco de acción para los garantes de los derechos y un marco de referencia para el seguimiento y la rendición de cuentas. Debe hacerse efectivo progresivamente²³, lo que significa que los Estados no tienen que poner en práctica inmediatamente muchos de sus aspectos, sino adoptar medidas eficaces específicas para lograr gradualmente su plena efectividad. No obstante, los Estados también tienen algunas obligaciones básicas inmediatas como las siguientes: distribuir de manera equitativa las instalaciones, los bienes y los servicios sanitarios; suministrar medicamentos esenciales; dar acceso a una alimentación esencial mínima, un alojamiento básico, un agua limpia y potable, y al saneamiento; y adoptar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud²⁴. El Comité de los Derechos del Niño también ha destacado que la cobertura sanitaria universal es una obligación básica (véase la observación general núm. 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 72). Los Estados deben adoptar y aplicar medidas legislativas, reglamentarias y normativas para evitar que la corrupción entorpezca el cumplimiento de las obligaciones básicas y progresivas que les incumben.

25. La corrupción socava la obligación del Estado de hacer efectivo el derecho a la salud “hasta el máximo de sus recursos disponibles”²⁵. La malversación, en particular, hace que los recursos financieros se desvíen de su propósito original. La corrupción también reduce la capacidad de los Gobiernos de conseguir el máximo volumen de recursos, entre otras cosas mediante la cooperación internacional, ante todo porque hace que los países sean menos atractivos para los donantes y las inversiones²⁶, y puede propiciar la evasión de impuestos. Las medidas de prevención y protección contra los delitos de corrupción son pues un componente esencial de esta obligación.

26. Además, el derecho a la salud no solo abarca el derecho a la atención sanitaria, sino también los factores determinantes de la salud, por lo que ofrece una hoja de ruta e instrumentos para luchar contra los actos de corrupción en el sector de la salud y los que afectan a los factores sociales, ambientales y de otra índole que determinan la salud. Las medidas para asegurar el derecho a la salud deberían ser holísticas e integradas, ir más allá de la prestación de servicios de salud y sustentarse en los compromisos intersectoriales (véase [A/HRC/32/32](#), párr. 37). Es preciso mejorar no solo los resultados, sino también los procesos, por ejemplo haciendo que la gobernanza y los sistemas de salud basen su funcionamiento en principios como la transparencia, la participación, la rendición de cuentas y la no discriminación, que son de particular importancia en la lucha contra la corrupción.

27. En los últimos años, varios órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas han reconocido los efectos negativos de la corrupción en el disfrute de los

²³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.1; Convención sobre los Derechos del Niño, art. 4.

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párr. 43.

²⁵ Magdalena Sepúlveda, *The Nature of the Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2003, pág. 315.

²⁶ Maureen Lewis, “Governance and Corruption in Public Health Care Systems”, documento de trabajo núm. 78, Center for Global Development, 2006, pág. 8.

derechos humanos²⁷. En su decisión 2002/106, la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos nombró una Relatora Especial sobre las repercusiones de la corrupción en los derechos humanos, en particular de los derechos económicos, sociales y culturales. En sus informes, la Relatora Especial señaló que la corrupción minaba gravemente el disfrute de los derechos civiles y políticos y de los derechos económicos, sociales y culturales²⁸. En un informe publicado en 2015, el Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos explicó que examinar los efectos de la corrupción desde una perspectiva de derechos humanos podía situar a las víctimas en el centro de la lucha contra ese flagelo, al poner de relieve sus repercusiones negativas en las personas y los grupos afectados. La perspectiva de derechos humanos también pone de manifiesto que el Estado tiene en última instancia responsabilidad sobre esos actos. Marcando los vínculos entre la corrupción y los derechos humanos puede facilitarse el acceso a mecanismos de derechos humanos para combatir la corrupción, lo que abre nuevas posibilidades de vigilancia y actuación en justicia (véase [A/HRC/28/73](#), párrs. 27, 28 y 32).

28. Por lo que respecta a la lucha contra la corrupción y la falta de transparencia, el derecho a la salud guarda una relación estrecha de interdependencia con otros derechos humanos y libertades fundamentales esenciales para combatir la corrupción, como el derecho a la vida; la libertad de expresión, que comprende el derecho a buscar, recibir y difundir información; la libertad de asociación; y el derecho a un juicio imparcial²⁹. Por ejemplo, la libertad de expresión ofrece una base para la protección de los denunciantes de irregularidades, lo que es de capital importancia en la lucha contra la corrupción, y el derecho a la información es fundamental para acceder a información sobre transacciones financieras y procesos de decisión, entre otros asuntos, que puede sacar a la luz actos de corrupción. Por consiguiente, la promoción y la protección de esos derechos también serán medios esenciales para luchar contra la corrupción en el ámbito de la salud.

B. Una atención sanitaria disponible, accesible, aceptable y de buena calidad

29. El derecho a la salud exige que los bienes, servicios e instalaciones de atención sanitaria estén disponibles en cantidad suficiente; sean asequibles desde el punto de vista económico y accesibles desde el punto de vista geográfico en condiciones de no discriminación; sean aceptables, es decir, respeten la cultura de las personas, las minorías y las comunidades y tengan en cuenta las cuestiones de género y las necesidades del ciclo de vida; y sean de buena calidad, satisfaciendo así los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad³⁰.

30. La corrupción en pequeña y gran escala y la corrupción institucional y política pueden tener efectos negativos en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención de la salud. La malversación de fondos asignados al sector de la salud tiene efectos en la disponibilidad de los bienes y servicios sanitarios.

31. La corrupción puede surgir también cuando los Estados incumplen la obligación de velar por que haya un número suficiente de profesionales de la salud

²⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “The Human Rights Case Against Corruption”, marzo de 2013. Puede consultarse en: www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/HRCCaseAgainstCorruption.aspx; y [A/HRC/28/73](#).

²⁸ Véanse [E/CN.4/Sub.2/2004/23](#) y [E/CN.4/Sub.2/2005/18](#).

²⁹ Toebe, “Human rights and health sector corruption”.

³⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12. Véase también [A/71/304](#), párr. 17.

con salarios competitivos a escala nacional³¹, ya que los profesionales de la salud y otros funcionarios locales suelen recurrir a la corrupción en pequeña escala para compensar la insuficiencia o el impago de sueldos, si bien cabe señalar que también hay sobornos y cobros ilícitos en contextos en los que los profesionales de la salud perciben una remuneración adecuada. Además de unos salarios competitivos, recompensar el buen desempeño también puede ayudar a combatir la corrupción. El absentismo del personal de los servicios sanitarios tiene también efectos negativos en la disponibilidad.

32. Por lo que respecta a la accesibilidad física, la corrupción en el sector de la salud puede dar lugar a decisiones menos favorables para las comunidades; los sobornos, por ejemplo, pueden hacer que los establecimientos de atención sanitaria se edifiquen en zonas urbanas o barrios acomodados y no en lugares accesibles a los pobres o las poblaciones rurales.

33. Por lo que respecta a la asequibilidad, los proveedores sanitarios pueden encarecer los servicios de salud solicitando pagos (informales o extraoficiales), lo que puede volver inasequibles tratamientos vitales, aumentar la morbilidad o empobrecer a los pacientes y sus familias. El pago de sobornos para obtener acceso preferente a la atención, práctica común en muchos países, genera discriminación en el acceso a la atención sanitaria, pues los pacientes más adinerados pueden acceder a los cuidados con mayor facilidad que los que no pueden permitirse pagar sobornos³². Los sobornos en los procesos de adquisición pueden encarecer los medicamentos.

34. En lo que atañe a la accesibilidad de la información, la falta de información sobre los derechos en el sistema de salud puede crear condiciones propicias para la corrupción. Además, los pacientes son vulnerables en razón del denominado “desequilibrio de información” en el sector sanitario, pues los médicos conocen mejor que ellos los servicios de atención sanitaria que ofrecen.

35. La corrupción también vulnera la ética médica, que es un componente esencial de una atención sanitaria aceptable. Por último, la corrupción puede afectar a la calidad de los medicamentos, por ejemplo cuando se soborna a los reguladores para que efectúen controles menos rigurosos o cuando los administradores de los hospitales compran medicamentos de calidad desconocida³³. La calidad también puede verse comprometida cuando se solicitan o aceptan sobornos en decisiones relativas a la contratación de personal o la concesión de acreditaciones, licencias o certificados de homologación para instalaciones³⁴; a lo que han de incluir las listas de medicamentos esenciales³⁵; o a la comercialización de medicamentos no regulados, lo cual puede incrementar la mortalidad y la morbilidad de los afectados³⁶ y entorpecer las actividades de control de enfermedades. El nepotismo, el amiguismo y otras formas de favoritismo también pueden comprometer la calidad de los servicios de salud y los servicios conexos.

36. El derecho a la salud exige que los Estados adopten políticas y medidas legislativas y presupuestarias, entre otras, para que la corrupción no restrinja la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de la atención sanitaria.

³¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 12 a).

³² Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, pág. 11.

³³ Brigit Toebe, “Health Sector Corruption and Human Rights: A Case Study”, en *Corruption and Human Rights: Interdisciplinary Perspectives*, Martine Boersma and Hans Nelen (eds.), Amberes/Cambridge/Portland, Intersentia, 2010, págs. 91 a 123.

³⁴ Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, pág. xix.

³⁵ Mostert y otros, pág. 396.

³⁶ Centro de recursos contra la corrupción U4, *Corruption in the health sector*, U4 issue 2008, núm. 10, pág. 8.

C. Condiciones subyacentes y determinantes sociales del derecho a la salud

37. La corrupción pone en peligro la capacidad del Estado de ocuparse de las condiciones subyacentes y los determinantes sociales de la salud, como el agua limpia y potable, los alimentos sanos y nutritivos y un medio ambiente saludable, y agrava la discriminación y las desigualdades existentes en las sociedades de todo el mundo.

38. Por poner el ejemplo del agua, aproximadamente el 10% de las inversiones en ese sector se pierde debido a la corrupción, que puede hacer del agua un bien inaccesible e inasequible y afectar a su calidad. Se estima que, en algunos países de bajos ingresos, la corrupción puede provocar que el precio de la conexión a una red de abastecimiento de agua aumente entre el 30% y el 45%³⁷. La intervención cada vez mayor de agentes del sector privado en los servicios de abastecimiento de agua hace que el Estado deba adoptar un marco normativo adecuado.

39. Los productores y los grupos de presión han encubierto los efectos nocivos de las industrias del tabaco y los alimentos poco saludables, en particular mediante el patrocinio de investigaciones que minimizan la relación de estos productos con los problemas de salud. La desinformación, la presión y los sobornos de agentes del sector privado, en particular los fabricantes de alimentos y bebidas, sucedáneos de la leche materna y productos del tabaco, y las industrias contaminantes, pueden interferir en la obligación de los Gobiernos de adoptar marcos legislativos, reglamentarios y normativos adecuados de promoción y protección de la salud pública³⁸.

40. La discriminación abarca toda distinción, exclusión o restricción que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de todos los derechos y libertades de todas las personas en condiciones de igualdad. La no discriminación y la igualdad son obligaciones de derechos humanos esenciales para hacer efectivo el derecho a la salud. Los bienes y servicios sanitarios, entre otros, deben estar a disposición de todas las personas sin discriminación, pero además, la promoción y la protección generales de la igualdad y la no discriminación son vitales para garantizar el goce del derecho a la salud en condiciones equitativas.

41. Numerosos estudios indican que la corrupción y la falta de transparencia agravan las privaciones socioeconómicas. Los grupos de estratos sociales inferiores soportan una mayor carga en sociedades en las que abundan los elementos corruptos³⁹. A su vez, el ejercicio en igualdad de condiciones del derecho a la salud se ve profundamente afectado por la pobreza y la desigualdad de los ingresos⁴⁰.

42. En el sector de la salud, los grupos de bajos ingresos y otros grupos en situaciones de vulnerabilidad son los más afectados por la corrupción y la falta de transparencia. A los miembros de los grupos de bajos ingresos les resulta más difícil sufragar los pagos extraoficiales que a menudo se les pide por los tratamientos médicos que necesitan. En entornos sanitarios con altos niveles de corrupción, los sectores más pobres de la población y los habitantes de zonas rurales pueden tener plazos de espera más largos en los centros públicos de salud y también se ven

³⁷ Véase: <https://www.transparency.org/topic/detail/water>.

³⁸ Véanse [A/HRC/32/32](#) y la declaración conjunta del Relator Especial y otros sobre la lactancia materna. Puede consultarse en: www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871&LangID=E.

³⁹ Witvliet y otros, pág. 1246.

⁴⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, párr. 8.

privados de vacunas más con mayor frecuencia que los ricos y las poblaciones urbanas⁴¹. La corrupción en el sector de la salud también puede ser motivo directo de discriminación cuando los proveedores y profesionales sanitarios tratan a los pacientes de manera diferente en función de sus ingresos y su relación con la profesión médica.

43. Hay varios grupos sociales transversales a los que la corrupción afecta por otros motivos. Por ejemplo, hay pruebas de que la corrupción no afecta a las zonas rurales de la misma manera que a las urbanas. Las mujeres pueden verse particularmente afectadas por la corrupción en el sector de la salud. En muchos países, las mujeres suelen recurrir a la asistencia sanitaria en mayor medida que los hombres, una tendencia que obedece parcialmente a que hacen una mayor utilización de los servicios de salud durante la edad reproductiva. Por consiguiente, pueden verse afectadas de manera desproporcionada por los efectos de la corrupción en el sector de la salud, por ejemplo cuando no tienen dinero para efectuar los pagos extraoficiales necesarios para la asistencia asociada al parto. Las mujeres pueden también estar más expuestas a los pagos extraoficiales cuando carecen de medios económicos, por ejemplo cuando no participan en la fuerza de trabajo remunerada o no pueden utilizar o controlar los recursos económicos de la familia en condiciones de igualdad. Además, las mujeres constituyen una gran proporción del personal sanitario, por lo que pueden verse desproporcionadamente afectadas cuando la corrupción en el sector de la salud incide negativamente en el pago puntual de unos salarios adecuados⁴².

D. Participación, transparencia y rendición de cuentas

44. La participación sustancial de las personas en las decisiones que afectan a su salud y bienestar socioeconómico, que es un componente fundamental del derecho a la salud, resulta crucial para luchar contra la corrupción en la atención de la salud y la sociedad en general. Las obligaciones de los Estados en virtud del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales hacen del derecho de las personas a participar en los procesos de adopción de decisiones que afecten a su salud y desarrollo un componente esencial de toda política, programa o estrategia pertinente⁴³. La meta 7 del Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 establece la obligación de garantizar la adopción en todos los niveles de decisiones inclusivas, participativas y representativas.

45. La participación en la adopción de las decisiones sanitarias permite mejorar los resultados en este ámbito y es esencial para llevar las políticas y los programas a sectores más amplios de la población, con lo que se consigue una gobernanza más responsable. Participar es algo más que obtener conocimiento o información o ser consultado; E entraña el derecho humano de las personas y los grupos a intervenir activamente en la elaboración, la aplicación y la revisión de las políticas, las normas, los indicadores, los parámetros de referencia o las leyes, especialmente con miras a la inclusión de las opiniones y las necesidades de las poblaciones más vulnerables o insuficientemente representadas y particularmente afectadas⁴⁴.

⁴¹ Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, págs. 45 a 48.

⁴² Toebes, "Human rights and health sector corruption", págs. 106 a 134.

⁴³ Véase A/HRC/32/32, párr. 53; véase también la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, párr. 11.

⁴⁴ Véanse también Helen Potts, "Participation and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health", Universidad de Essex, Human Rights Centre, 2007, puede consultarse en: <http://repository.essex.ac.uk/9714/1/participation-right-highest-attainable-standard-health.pdf>; Marlies Hesselman, Antenor Hallo de Wolf y Brigit Toebes, *Socio-Economic Human Rights in Essential Public Services Provision*, Routledge, 2017, pág. 317.

46. La difusión activa de información importante relacionada con la salud y la participación de los interesados pertinentes en la adopción de las decisiones relativas, entre otras cosas, a los planes del sector de la salud, los procesos de presupuestación anual y la supervisión de los procesos asociados a las leyes, las políticas y los programas de salud, son elementos capitales de una participación sustancial orientada a la prevención y el control de la corrupción⁴⁵. En el ámbito presupuestario, la participación supone que diversos interesados contribuyan a fijar la asignación de los fondos y a supervisar los gastos. Entre los cauces de participación cabe mencionar los foros y las conferencias, los comités y equipos locales de salud, los jurados ciudadanos y las reuniones públicas, sin olvidar la participación institucional, por ejemplo, en las juntas directivas de los hospitales⁴⁶. Entre los principales interesados figuran las asambleas nacionales de salud, las organizaciones comunitarias y populares, las asociaciones profesionales y otros órganos no gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

47. Las asociaciones de pacientes y otros grupos de interés más empoderados pueden influir en la adopción de decisiones sanitarias presionando para que se prescriban y reembolsen medicamentos onerosos o programas o tratamientos específicos en determinados servicios de salud en lugar de otros tratamientos o programas. Paradójicamente, esas actividades pueden reforzar los desequilibrios y las asimetrías de poder, pues con harta frecuencia ejercen una presión indebida sobre los responsables de las políticas para que inviertan en cuidados especializados y programas verticales, centrados en determinadas enfermedades, a expensas de la atención primaria y la medicina integral. Por ello, la participación debe ser cuidadosamente planificada, equilibrada y acompañada utilizando mecanismos abiertos y transparentes de planificación para garantizar una amplia representación de la sociedad civil y otros interesados esenciales.

48. Cuando hay opacidad en torno a las decisiones de nivel macro o micropolítico, la corrupción puede florecer, pasar desapercibida y quedar impune. La transparencia pone al descubierto la corrupción y está íntimamente ligada al derecho de acceso a la información, a la participación y a la rendición de cuentas. Las leyes de transparencia y acceso a la información aportan un marco para afrontar las prácticas corruptas, y las normas y las disposiciones de supervisión también son esenciales. A menudo es posible aumentar la transparencia haciendo participar a los titulares de derechos y las organizaciones de la sociedad civil en procesos de decisión potencialmente propensos a las prácticas corruptas.

49. En el sector de la salud se plantean trabas específicas a la transparencia. La asimetría de la información entre los proveedores, las entidades pagadoras y los usuarios genera riesgos morales para los proveedores o los usuarios. La información se reparte entre una multitud de agentes distintos: órganos reguladores, entidades pagadoras, proveedores, usuarios, suministradores, etc., lo que reduce la transparencia. Hay muchas formas diferentes de aumentar la transparencia según el contexto. Por ejemplo, la transparencia en las adquisiciones se refuerza dando acceso público a los resultados de las licitaciones, supervisando los precios pagados y analizando las ofertas⁴⁷. La transparencia en la contratación puede favorecerse mediante la publicación de los criterios pertinentes. Las medidas de transparencia consistentes en difundir información sobre los servicios y los tratamientos a los que las personas tienen derecho y sus modalidades de reembolso pueden contribuir a minimizar las desigualdades de acceso a los cuidados derivadas de prácticas

⁴⁵ Centro de recursos contra la corrupción U4, *Enfrentar la corrupción en el sector de la salud*, U4 issue, enero de 2011, núm. 1.

⁴⁶ Potts, "Participation and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health", pág. 20.

⁴⁷ Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, pág. 73.

corruptas. La publicación de listas de espera transparentes puede contrarrestar la práctica del soborno para acceder más rápido a los tratamientos.

50. Una importante demanda de la sociedad civil es que los Gobiernos y otras instituciones rindan cuentas⁴⁸. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 comprende el compromiso de crear, a todos los niveles, instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas. La rendición de cuentas está en el meollo de los derechos humanos y es esencial para la lucha contra la corrupción. Una rendición de cuentas basada en los derechos humanos contribuye a descubrir los casos de corrupción que hayan vulnerado los derechos humanos. Los procesos efectivos de rendición de cuentas también son importantes porque pueden tener un efecto disuasorio en relación con la corrupción. Es pues preocupante que, según se desprende de las investigaciones, no sea habitual responder por los casos de corrupción⁴⁹, lo que pone de manifiesto que los Gobiernos deben concertar medidas para reforzar los mecanismos y los procesos de rendición de cuentas.

51. La rendición de cuentas consta de tres elementos: la supervisión (qué está sucediendo, dónde y a quién (los resultados) y cuánto se gasta, dónde, en qué y en quién (los recursos)), el examen (analizar si los países, los donantes y los agentes no estatales han cumplido su palabra, sus promesas y sus compromisos)⁵⁰ y las soluciones y medidas⁵¹. El estado de derecho, la transparencia y el acceso a la información, en particular sobre los procesos de decisión, los presupuestos y las transferencias financieras en los sectores público y privado, ofrecen condiciones vitales que contribuyen a fortalecer la rendición de cuentas.

52. Los sistemas de salud son complejos, e incumbe a una gran diversidad de procesos de observación y examen contribuir a mejorar la rendición de cuentas en relación con el derecho a la salud en el contexto de la corrupción. El control del presupuesto, una contabilidad eficaz y precisa y la realización de auditorías y estudios de seguimiento del gasto público son formas de supervisar la manera en que se han asignado los fondos para saber si se han distribuido según lo previsto o si ha habido corrupción. Sin embargo, en muchos países de bajos ingresos, los Gobiernos no tienen la capacidad financiera y técnica necesaria para utilizar ese tipo de sistemas de manera eficaz⁵². Además de los fondos, también es importante supervisar las prácticas de los profesionales de la salud y los suministros. La creación de organismos de lucha contra la corrupción y el fraude independientes y dotados de los recursos adecuados para detectar y prevenir casos de corrupción, especialmente en el sector de la salud, puede contribuir a potenciar los aspectos de supervisión de la rendición de cuentas⁵³.

53. Los mecanismos judiciales, cuasijudiciales, políticos y administrativos locales, nacionales e internacionales pueden desempeñar una importante función de examen⁵⁴. Es esencial que los ciudadanos conozcan sus derechos y que los procedimientos de denuncia sean sencillos y accesibles. Los procedimientos independientes de denuncia suelen ser muy útiles. Los titulares de derechos deben tener la posibilidad de participar en los procedimientos de examen de órganos

⁴⁸ Grupo Independiente de Control de la iniciativa “Todas las mujeres, todos los niños”, 2016: *Old Challenges, New Hopes: Accountability for the Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*, 2016, pág. 7.

⁴⁹ Lewis, “Governance and Corruption in Public Health Care Systems”, págs. 20 y 40.

⁵⁰ Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, *Keeping Promises, Measuring Results*, 2011, pág. 7.

⁵¹ Grupo Independiente de Control, 2016: *Old Challenges, New Hopes*, pág. 12.

⁵² Centro de recursos contra la corrupción U4, *Corruption in the health sector*, pág. 11.

⁵³ Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, pág. xxiii.

⁵⁴ Helen Potts, *Accountability and the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, University of Essex, 2008.

cuasijudiciales, políticos o administrativos. Además, la protección de los denunciantes de irregularidades en organismos de contratación, autoridades sanitarias, proveedores de servicios de salud y proveedores de medicamentos y equipos de los sectores público y privado contribuye a la función de examen al incitar a que se denuncie la corrupción⁵⁵. Los órganos nacionales de derechos humanos, como las instituciones nacionales pertinentes, y mecanismos internacionales como los órganos de tratados de las Naciones Unidas y el examen periódico universal pueden contribuir de manera sustancial a mejorar la rendición de cuentas en lo tocante al derecho a la salud, particularmente en el contexto de la corrupción.

54. Los Gobiernos deben adoptar medidas cuando las actividades de supervisión y examen pongan de manifiesto prácticas corruptas. Además de imponer sanciones, deben ofrecerse y aplicarse soluciones. La rendición de cuentas no debe verse exclusivamente como un sistema de condenas y castigos que ponga a los trabajadores de primera línea en el punto de mira. Por el contrario, como mejor se entiende es como medio de fortalecer el estado de derecho, en particular la promoción y la protección del derecho a la salud en el sistema sanitario. Las sentencias judiciales y las recomendaciones de otros órganos de examen pueden hacer que los Gobiernos y otros garantes de derechos adopten medidas que permiten transformar el sector de la salud⁵⁶.

E. Función y responsabilidades de los actores no estatales

55. Conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos, todos los órganos de la sociedad tienen responsabilidades en materia de derechos humanos. En la actualidad se reconoce ampliamente que, si bien son los Estados partes los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por el derecho a la salud, todos los integrantes de la sociedad, incluidos los profesionales sanitarios y el sector de la empresa privada, tienen responsabilidades en cuanto a su realización⁵⁷. Como se indica en los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos: Puesta en Práctica del Marco de las Naciones Unidas para “Proteger, Respetar y Remediar”, los agentes privados tienen la responsabilidad de “respetar” los derechos humanos⁵⁸.

56. Los consejos de administración de hospitales privados y aseguradoras y otras instituciones responsables de la financiación y la prestación de servicios de atención de la salud o de las condiciones subyacentes tienen un importante papel que desempeñar en la lucha contra la corrupción y la falta de transparencia en sus organizaciones. Deben asegurarse de cumplir las leyes y normas nacionales en materia de corrupción y derechos humanos. Pueden adoptar una estrategia de lucha contra la corrupción, con reglamentos internos que prohíban y prevengan el desvío de presupuestos, medicamentos o suministros médicos para beneficio personal; la aceptación de pagos extraoficiales por el personal sanitario; el trato preferencial de personas con buenas conexiones; el uso de equipos hospitalarios para negocios privados; la derivación indebida de pacientes de hospitales públicos a consultas privadas; y las ausencias indebidas del personal médico durante su horario de trabajo remunerado. Para prevenir los pagos extraoficiales, se recomienda establecer

⁵⁵ Véase: Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, pág. xxii.

⁵⁶ Grupo Independiente de Control, *2016: Old Challenges, New Hopes*, pág. 11.

⁵⁷ Véase: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 14, párr. 42.

⁵⁸ Véanse los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos: Puesta en Práctica del Marco de las Naciones Unidas para “Proteger, Respetar y Remediar”, publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta: HR/PUB/11/04, cap. II.

contratos individuales con el personal y unas escalas de remuneración más elevadas, además de sancionar el bajo rendimiento⁵⁹. En cuanto a los denunciantes de irregularidades, las juntas de administración de los hospitales y otros agentes no deben aplicar medidas punitivas, sino brindar la protección y las garantías adecuadas para la salvaguardia del personal y los servicios.

57. Las organizaciones que administran los planes de seguro médico y las entidades reguladoras pertinentes tienen la responsabilidad de impedir pérdidas de fondos del seguro médico por malversación, robo o enriquecimiento ilícito, y de evitar la preferencia interesada de determinados procedimientos, profesionales médicos o productos. Deben evitar malas prácticas de selección que hacen que ciertos pacientes sean rechazados en función de su estado de salud, edad, capacidad financiera u otros factores⁶⁰.

58. Los médicos no deben incurrir en comportamientos contrarios a la ética y la profesionalidad, conforme a sus códigos profesionales, en los que a menudo se hace hincapié en el mantenimiento de una conducta íntegra y libre de corrupción⁶¹. También están obligados, entre otras cosas, a no incurrir en actos de favoritismo o demás formas de trato preferencial a personas con buenas conexiones; a no aceptar sobornos; a no utilizar equipos hospitalarios para negocios privados; y a no derivar pacientes de hospitales públicos a sus consultas privadas. Deben ser independientes de organizaciones externas que tengan intereses privados en sus actividades clínicas y evitar conflictos de intereses que comprometan las decisiones relativas al cuidado de los pacientes.

59. La formación en el sector de la atención de la salud es un elemento importante a ese respecto. Hay que reafirmar la doctrina del “médico cinco estrellas” para integrar los datos científicos y los valores contemporáneos en las prácticas médicas cotidianas. Los médicos actuales, además de buenos facultativos, deben ser también líderes comunitarios, comunicadores, decisores y administradores eficaces. Esta filosofía debe complementarse con un sólido enfoque de derechos humanos y los conocimientos derivados del paradigma contemporáneo de salud pública.

60. Aunque los médicos y demás profesionales de la salud tienen que rendir cuentas y están obligados a actuar de manera ética y no corrupta, es crucial que las prácticas corruptas y la corrupción institucional no afecten a las decisiones adoptadas en el plano de la medicina universitaria. Las facultades de medicina, que preparan a los futuros médicos y realizan investigaciones en ese ámbito, y los hospitales universitarios, que imparten enseñanza superior sobre servicios de atención de la salud y utilizan costosas tecnologías biomédicas, tienen un papel fundamental que desempeñar en la prevención de la corrupción en el resto del sistema sanitario. Es sumamente importante aplicar el principio de autonomía universitaria con responsabilidad. Las élites médicas universitarias tienen una enorme influencia en la toma de decisiones y, cuando asesoren a los responsables de las políticas sobre la manera adecuada de invertir recursos, deben tener unos mecanismos apropiados de rendición de cuentas.

61. Dentro del sector de la salud, la industria farmacéutica destaca por ser particularmente propensa a la corrupción. Hay prácticas corruptas en todas las etapas de la cadena de valor farmacéutica: la investigación y el desarrollo, la fabricación, el registro, la distribución, la adquisición y la comercialización. Los

⁵⁹ Taryn Vian, “La corrupción en la administración hospitalaria”, en Transparency International, *Informe global de la corrupción 2006*, págs. 59 a 75.

⁶⁰ Maureen Lewis, “Governance and corruption in public health care systems”, Center for Global Development, documento de trabajo núm. 78, enero de 2006.

⁶¹ Véase: Asociación Médica Mundial, Código Internacional de Ética Médica, modificado por última vez en 2006.

principales problemas son la falta de datos objetivos y de conciencia sobre la corrupción en el sector farmacéutico, la debilidad de los marcos legislativos y normativos, la posible influencia indebida de las empresas y la falta de apoyo de los dirigentes a las iniciativas de lucha contra la corrupción⁶².

62. Si los Gobiernos tienen el deber primordial de regular y supervisar el sector farmacéutico, las empresas farmacéuticas tienen la responsabilidad de tratar con ellos el problema de la corrupción; impedir, a título independiente, la corrupción en toda su cadena de valor aplicando, entre otras cosas, controles y contrapesos institucionales, medidas de protección y seguridad de los medicamentos, y procedimientos de supervisión y rendición de cuentas, como las auditorías; y poner mecanismos de denuncia de irregularidades a disposición de todo su personal⁶³.

IV. Tema destacado: la corrupción y el derecho a la salud mental

63. El Relator Especial ha planteado el problema que suponen los muchos obstáculos (véase [A/HRC/35/21](#)) que siguen teniendo los sistemas de atención de la salud mental en todo el mundo y las dificultades que ello plantea para el ejercicio del derecho a la salud. Entre esos obstáculos figuran el recurso excesivo al modelo y las intervenciones biomédicas, en particular los medicamentos psicotrópicos; las asimetrías de poder; y el uso de datos sesgados. El Relator Especial ha abogado por un cambio en las políticas y los servicios de salud mental.

64. Los datos actuales muestran que las políticas y los servicios de salud mental están particularmente expuestos a las prácticas ineficaces y corruptas, y a la utilización de información sesgada. Cuando no se afrontan adecuadamente, esos obstáculos hacen que las políticas y los servicios de salud mental se desvíen de la puesta en práctica efectiva del derecho a la salud y dificulten la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo 3 y su importantísima meta de promover la salud mental y el bienestar.

65. Las políticas y los servicios de salud mental ilustran la manera en que la falta de transparencia y rendición de cuentas en las relaciones entre la industria farmacéutica y la medicina universitaria puede propiciar la corrupción institucional y tener efectos negativos en las políticas y los servicios de salud mental, no solo en los planos nacional o regional, sino también a escala mundial.

66. Como se mencionó anteriormente, la corrupción institucional surge cuando una organización o institución deja de ser lo bastante independiente para perseguir eficazmente los objetivos o misión marcados y se vuelven prácticas sistemáticas que, aunque sean legales y aceptadas y no infrinjan las normas, socavan su integridad. Así pues, la corrupción institucional nace de la normalización de conductas que ponen en peligro la búsqueda de la verdad y de entramados de incentivos perversos (por ejemplo, ascensos o publicaciones arbitradas) que recompensan comportamientos problemáticos. Esta perspectiva se centra en buscar soluciones (no en echar culpas): el problema no es tanto la “manzana podrida” como el “cesto raído”⁶⁴.

67. Algunos profesionales de la psiquiatría universitaria y otros investigadores en salud mental pueden mantener relaciones importantes y duraderas con empresas

⁶² Transparency International UK, *Corruption in the Pharmaceutical Sector*, junio de 2016, pág. 28.

⁶³ *Ibid.*, pág. 27.

⁶⁴ Lawrence Lessig, *Republic, Lost: How Money Corrupts Congress — and a Plan to Stop It*, Nueva York y Boston, Twelve, 2011.

farmacéuticas y considerar que basta con revelar esas relaciones para quedar libre de sesgos explícitos o implícitos. Del mismo modo, puede haber editores de revistas que mantengan vínculos económicos con esos mismos fabricantes de medicamentos y publiquen estudios al respecto, y estén también convencidos de que su criterio no se ve comprometido por ello. No obstante, las investigaciones realizadas a lo largo de decenios demuestran que los científicos no son inmunes a los intereses gremiales y los sesgos implícitos, y que la transparencia o la divulgación de los conflictos de intereses económicos no es una solución suficiente.

68. Por ello, el marco de comprensión de la corrupción institucional hace hincapié en los daños y las pérdidas causadas, a saber, el daño a los pacientes; la pérdida de confianza de los ciudadanos en la integridad de la medicina universitaria; y la distorsión de la base de pruebas científicas. Pone al descubierto las economías de influencia que propician esos daños y pérdidas y constituye un llamamiento a actuar para neutralizarlas. A continuación, el Relator Especial examina tres grandes ámbitos en la esfera de la salud mental aplicando ese marco, a saber: el proceso de concepción y difusión de categorías de diagnóstico de enfermedades mentales, la investigación de fármacos psicotrópicos y las directrices sobre prácticas clínicas.

69. En razón de su alcance mundial, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) ha recibido el calificativo de “biblia” en el ámbito del diagnóstico psiquiátrico y se utiliza en la investigación psiquiátrica en todo el mundo. Sin embargo, en el último decenio, el hecho de que la interconexión entre las necesidades de la industria farmacéutica y los psiquiatras pueda haber influido en la concepción o la difusión de categorías de diagnóstico cuestionables ha generado preocupación creciente.

70. En un estudio realizado en 2006 se constató que la mayor parte de los participantes en el DSM-IV (cuarta edición del Manual) tenían vínculos económicos con empresas farmacéuticas y que el 100% de los miembros de dos grupos de trabajo, los dedicados a los trastornos del estado de ánimo y a la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, mantenían vínculos comerciales con empresas fabricantes de antidepresivos y antipsicóticos. A pesar de la política de declaración de intereses aplicada por la American Psychiatric Association un año más tarde, la mayoría de las personas que se ocuparon del DSM-5 (quinta edición del Manual) seguían manteniendo vínculos de ese tipo y, como había ocurrido con el DSM-IV, los grupos más problemáticos fueron los que consideraron el tratamiento farmacológico como intervención de primera línea⁶⁵.

71. La ampliación de la definición de enfermedad ha dado lugar a la medicalización de experiencias humanas normales (por ejemplo, el “trastorno de ansiedad social”), lo que ha hecho que aumente el mercado de los tratamientos y que se desvíe la atención de las circunstancias culturales, socioeconómicas y políticas del malestar psíquico.

72. Las investigaciones han puesto de manifiesto que los ensayos financiados con fondos de empresas del sector tienen unas probabilidades de obtener resultados positivos para la industria hasta cuatro veces superiores a los ensayos realizados sin ese tipo de conflictos de intereses económicos⁶⁶. Además, hay pruebas claras de que la existencia de sesgos de publicación en los ensayos de fármacos psicotrópicos; los estudios que demuestran la ineficacia de un fármaco pueden eliminarse o redactarse de forma que se vehicule un resultado positivo⁶⁷. Esos sesgos de publicación hacen

⁶⁵ Joel Lexchin y otros, “Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review”, en *British Medical Journal*, vol. 326, mayo de 2003, págs. 1167 a 1170.

⁶⁶ *Ibid.*

⁶⁷ Erick Turner y otros, “Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy”, *New England Journal of Medicine*, vol. 358, núm. 3, 2008, págs. 252 a 260.

que aumente desproporcionadamente la percepción de eficacia y se subestimen los daños provocados por esos fármacos.

73. El Relator Especial observa que las empresas farmacéuticas tienen un interés directo en encontrar nuevos usos (es decir, nuevas afecciones) para sus medicamentos cuando expira una patente, pues ello permite al fabricante obtener tres años adicionales de exclusividad para el fármaco en cuestión. Las empresas farmacéuticas han utilizado la “exclusividad” como mecanismo oficioso para prorrogar de manera efectiva la protección de sus patentes durante el período indicado.

74. La inclusión de nuevos trastornos en el DSM-5, como se mencionó anteriormente, ha hecho que algunas personas se pregunten si esta edición actualizada no ha servido, inadvertidamente, para lograr prórrogas sumamente lucrativas de patentes. En la mayoría de los ensayos clínicos de fármacos indicados para trastornos reconocidos por primera vez en el DSM-5 (por ejemplo, el trastorno de sobreingesta compulsiva), se constató la existencia de vínculos comerciales entre los participantes en esa edición del Manual y las empresas farmacéuticas que fabricaban los medicamentos que se estaban ensayando para esas nuevas afecciones⁶⁸. No se pretende insinuar que los participantes en la elaboración del Manual hayan cometido algún tipo de irregularidad, sino poner de relieve las economías de influencia en juego y el hecho de que la transparencia, por sí sola, no basta para resolver problemas sistémicos.

75. Preocupa profundamente al Relator Especial que las directrices para el tratamiento de las enfermedades mentales estén particularmente expuestas a la influencia de la industria, ya que la falta de marcadores biológicos para tales dolencias potencia la incertidumbre clínica y la subjetividad de los criterios. Los sesgos en esas directrices pueden hacer que se exponga a los pacientes a daños provocados por tratamientos innecesarios o no basados en pruebas empíricas y que se malgasten recursos.

76. Cuando los responsables de la elaboración de esas directrices son grupos de especialistas médicos, especialmente aquellos que mantienen vínculos fuertes y amplios con la industria, estos tienden a recomendar los tratamientos que promueve el mercado (como la farmacoterapia), aun cuando pueda recurrirse a métodos menos costosos y más seguros (como los cambios en los estilos de vida o el apoyo psicosocial)⁶⁹. Por ejemplo, en los metaanálisis^{70,71} y reanálisis^{72,73} de los datos de ensayos clínicos de antidepresivos, y en estudios descriptivos⁷⁴, se ha llegado a la conclusión explícita de que, en razón de su relación riesgo-beneficio, los antidepresivos no deberían utilizarse como tratamiento de primera línea para

⁶⁸ L. Cosgrove y otros, “Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5”, *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 83, 2014, págs. 106 a 113.

⁶⁹ Lisa Cosgrove y otros, “From caveat emptor to caveat venditor: time to stop the influence of money on practice guideline development”, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 20, 2015, págs. 809 a 812.

⁷⁰ Irving Kirsch y otros, “Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration”, *PLOS Medicine*, vol. 5, núm. 2, 2008.

⁷¹ Jay Fournier y otros, “Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, núm. 1, 2010, págs. 47 a 53.

⁷² Toshi A. Furukawa y otros, “Comparative efficacy and acceptability of first-generation and second-generation antidepressants in the acute treatment of major depression: protocol for a network meta-analysis”, en *BMJ Open*, vol. 6, núm. 7, 2016.

⁷³ Joanna Le Noury, “Restoring study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence”, en *British Medical Journal*, vol. 351, 2015, pág. 802.

⁷⁴ Baumeister H., “Inappropriate prescriptions of antidepressant drugs in patients with subthreshold to mild depression: time for the evidence to become practice”, en *Journal of affective disorders*, vol. 139, núm. 3, 2012, págs. 240 a 243.

depresiones leves, ya que podría dar lugar a sobretratamiento. No obstante, algunas directrices elaboradas por organizaciones psiquiátricas financiadas por el sector privado siguen primando el enfoque biológico y recomendando los antidepresivos como tratamiento de primera línea, incluso en depresiones leves⁷⁵.

77. La corrupción institucional en el sistema de salud mental tiene varias consecuencias. Una de ellas es la medicalización de la diversidad y el sufrimiento humanos, lo que amplía el número de personas a las que se etiqueta como enfermos mentales. Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión afecta a más de 300 millones de personas de todas las edades y es la principal causa mundial de discapacidad⁷⁶. Sin embargo, algunos investigadores han planteado serias dudas sobre la fiabilidad de esas estimaciones de la carga de morbilidad. En un estudio se llegó a la conclusión de que la mala calidad de los datos limitaba la interpretación y la validez de las estimaciones de la carga mundial de morbilidad de la depresión y se advierte de que aplicarlas sin sentido crítico a la formulación de políticas internacionales de salud podría hacer que los escasos recursos no llegaran a otras prioridades de salud pública⁷⁷. Aunque es indudable que la industria se aprovecha de un modelo biológico en el que se presta especial interés a las estimaciones de la carga de morbilidad, resulta cada vez más difícil hacer efectivo el derecho a la salud en todo el mundo.

78. Es esa carga mundial de dificultades, más que la carga mundial de trastornos mentales, lo que las políticas y los servicios de salud mental deberían tratar de manera prioritaria. En este sentido, la corrupción en la investigación, la formación y la prestación de servicios en el ámbito de la salud mental es uno de los principales problemas u obstáculos a los que debería hacerse frente.

79. De hecho, la corrupción institucional en el ámbito de la salud mental ha reforzado la medicalización del malestar psíquico, lo que ha reducido la capacidad de los responsables de las decisiones de centrarse en las condiciones subyacentes y los determinantes sociales de la salud para tratar la manera en la que la exposición a riesgos y recursos sociales y ambientales influye en la salud de los miembros de grupos socialmente desfavorecidos⁷⁸.

80. Hay sin duda muchas personas que necesitan servicios de salud mental y en muchos casos no tienen acceso a ellos. Pese a ello, todas las partes interesadas, y en particular los responsables de la formulación de políticas y las autoridades psiquiátricas, deben hacerse cargo de que el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de formas leves de ansiedad, depresión, déficit de atención, deterioro cognitivo asociado a la edad y problemas similares crean identidades patológicas innecesarias en las personas y las exponen a los efectos yatrogénicos de la etiquetación y a los efectos secundarios de los tratamientos sin aportarles beneficios compensatorios. La individualización, la descontextualización y la medicalización del malestar psíquico refuerza las disparidades sanitarias, ya que reduce la capacidad de los sistemas de salud de atender a las personas con problemas de salud mental más graves, que a menudo pertenecen a grupos desfavorecidos y son quienes más necesitan de cuidados.

⁷⁵ L. Cosgrove y otros, "Conflicts of Interest and the Presence of Methodologists on Guideline Development Panels: A Cross-Sectional Study of Clinical Practice Guidelines for Major Depressive Disorder", *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 86, núm. 3, 2017, págs. 168 a 170.

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, "Depresión", Nota descriptiva, 2017, puede consultarse en: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/

⁷⁷ Petra Brhlikova, Allyson M. Pollock y Rachel Manners, "Global burden of disease estimates of depression — how reliable is the epidemiological evidence?", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 104, núm. 1, 2011, págs. 25 a 34.

⁷⁸ David R. Williams, Naomi Priest y Norman Anderson, "Understanding associations among race, socioeconomic status, and health: patterns and prospects", *Health Psychology*, vol. 35, núm. 4, abril de 2016, págs. 407 a 411.

81. La medicalización de las cuestiones de salud mental se ve impulsada por la falta de transparencia y rendición de cuentas en la formación y la investigación médicas y hace que en todo el mundo haya prácticas basadas en datos sesgados. Se trata de una tendencia inaceptable que los Estados y las organizaciones internacionales deben corregir para asegurarse de que las políticas nacionales y mundiales de salud mental se fundan en datos no sesgados y un enfoque basado en los derechos humanos. La evidente crisis de la psiquiatría universitaria⁷⁹, inducida por su cuestionable relación con la industria farmacéutica, ha contribuido a lo que podría llamarse la “corrupción del conocimiento” en la esfera de la salud mental y es una señal de advertencia no solo en lo tocante a las prácticas y la investigación en atención de la salud mental, sino para el sector de la salud en su conjunto.

V. Conclusiones y recomendaciones

A. Conclusiones

82. **La corrupción tiene efectos devastadores en la buena gobernanza, el estado de derecho y el acceso equitativo a los bienes y servicios públicos. La corrupción es un problema de derechos humanos con efectos particularmente nocivos en el disfrute del derecho a la salud. El sector de la salud está especialmente expuesto a la corrupción, lo que pone en peligro la sostenibilidad de los sistemas de atención de la salud en todo el mundo.**

83. **El derecho a la salud es un marco normativo de gran utilidad que entraña la obligación jurídicamente exigible de combatir la corrupción dentro y fuera del sector sanitario. Este marco abarca los principios de buena gobernanza, transparencia, rendición de cuentas y participación. El derecho a la salud guarda una relación estrecha de interdependencia con otros derechos humanos también importantes para combatir la corrupción, como la libertad de expresión, que da garantías a los denunciantes de irregularidades.**

84. **Todas las formas de corrupción a todos los niveles tienen efectos negativos para el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Muchas de ellas surgen de las asimetrías y los desequilibrios de poder, muy comunes en el sector de la salud. Los procesos de decisión no transparentes perpetúan esas asimetrías, que a su vez hacen que las políticas y los servicios de salud sean todavía más ineficaces y perjudiciales.**

85. **A tenor de las obligaciones jurídicas contraídas en virtud del derecho internacional de los derechos humanos y de los compromisos políticos de alto nivel asociados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible de luchar contra la corrupción y crear, a más tardar en 2030, instituciones eficaces y transparentes que rindan cuentas, los Estados deben llevar la iniciativa de atajar las causas nacionales y mundiales de la corrupción y sus repercusiones en el derecho a la salud aplicando medidas jurídicas, normativas y programáticas en el sector sanitario y los sectores conexos.**

86. **La aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a las políticas de salud y las políticas conexas y el rechazo de planteamientos selectivos en relación con los derechos humanos, así como la producción y utilización de datos sobre la efectividad del derecho a la salud, son las medidas más eficaces de lucha contra la corrupción.**

⁷⁹ Arthur Kleinman, “Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen — and soon”, *The British Journal of Psychiatry*, vol. 201, núm. 6, diciembre de 2012, págs. 421 a 422.

B. Recomendaciones

87. El Relator Especial insta a todos los Estados a que:

a) Apliquen la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción y tipifiquen expresamente como delitos los actos de corrupción señalados en ella que también sean frecuentes en el sector de la salud;

b) Integren el derecho a la salud como principio de las leyes de lucha contra la corrupción y las políticas destinadas a regular el sector de la salud;

c) Ofrezcan protección integral a quienes denuncien delitos de corrupción dentro y fuera del sector de la salud, lo que entraña garantizar el anonimato y la protección de los denunciantes de irregularidades;

d) Aumenten progresivamente la resiliencia de los sistemas de salud, prestando especial atención a la promoción de la salud y la atención primaria, a fin de erradicar el problema de los incentivos sistémicos a la corrupción en el sector sanitario;

e) Garanticen que, cuando ciertos componentes del sistema de salud se descentralicen o confíen al sector privado, haya los suficientes controles y contrapesos para que esa transformación resuelva el problema de la corrupción o, por lo menos, no lo agrave. Deben aplicarse las medidas adecuadas de supervisión, transparencia y seguimiento a la prestación de servicios de salud privados o descentralizados;

f) Conciencien a los agentes del sector sanitario, incluidos los proveedores de servicios de salud, las aseguradoras y los proveedores de medicamentos y equipos médicos, de los efectos nocivos de la corrupción en el derecho a la salud y hagan hincapié en las responsabilidades que les incumben en virtud de tal derecho;

g) Conciencien a la población de los efectos negativos de todas las formas de corrupción en el sector sanitario sobre la salud y el bienestar individuales y sociales. Las instituciones nacionales de derechos humanos pueden contribuir a esa labor de concienciación, por ejemplo creando líneas telefónicas directas para denunciar casos de corrupción;

Participación, transparencia y rendición de cuentas

h) Garanticen el derecho de la población a participar en todas las medidas de lucha contra la corrupción en el sector de la salud, por ejemplo mediante la divulgación de información sanitaria importante, y en la concepción y ejecución de los programas de salud;

i) Hagan que diversos interesados, como las organizaciones comunitarias, las organizaciones profesionales y las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las que representan a grupos en situación de vulnerabilidad, contribuyan a determinar la asignación de fondos y a supervisar el gasto de los presupuestos en los planos nacional, local e institucional;

j) Garanticen la supervisión y la rendición de cuentas en el sector de la salud y los sectores conexos mediante la creación de organismos de lucha contra la corrupción y el fraude independientes y dotados de los recursos adecuados, y el establecimiento de procedimientos de denuncia eficaces y accesibles para los usuarios de sistemas sanitarios que topen con prácticas corruptas;

k) **Garanticen el examen judicial, entre otros controles, de las infracciones a las leyes de lucha contra la corrupción; así como la existencia de recursos efectivos para los casos en los que la corrupción acarree la vulneración del derecho a la salud;**

La corrupción en la prestación de servicios de salud

l) **Luchen contra la corrupción en pequeña escala de los profesionales de la salud garantizando que tengan unas condiciones salariales y laborales dignas y la seguridad en el empleo, y recompensando los buenos resultados y comportamientos;**

m) **Impidan el uso abusivo de la doble práctica, por la que algunos proveedores sanitarios derivan indebidamente a los pacientes a sus propias consultas privadas; y adopten medidas para reducir los robos y la facturación indebida en los hospitales;**

n) **Conciencien a los proveedores de servicios de salud de que el trato preferencial a personas con buenas conexiones es contrario a la ética y a los principios fundamentales para hacer efectivo el derecho a la salud;**

o) **Elaboren directrices de tratamiento no sesgadas y basadas en datos empíricos para reducir las posibilidades de corrupción;**

p) **Conciencien a los proveedores sanitarios, por ejemplo mediante la elaboración de orientaciones éticas, de que deben mantener su independencia respecto de organizaciones externas y evitar actividades que entren en conflicto con el interés superior de sus pacientes;**

q) **Conciencien a los usuarios de los sistemas de salud acerca de sus derechos y de la posibilidad de detectar y denunciar actos de corrupción;**

r) **Apoyen iniciativas de prevención del uso excesivo e innecesario de medidas de diagnóstico y tratamiento, y hagan que los usuarios de los servicios compartan los procesos de decisión con los médicos.**

88. **El Relator Especial insta también a otros interesados pertinentes a que:**

a) **Tengan en cuenta las Directrices sobre Derechos Humanos para las Empresas Farmacéuticas en relación con el Acceso a los Medicamentos (A/63/263, anexo);**

b) **Luchen, con medidas jurídicas, normativas y de otra índole, contra las prácticas corruptas en todas las etapas de la cadena de valor farmacéutica: la investigación y el desarrollo, la fabricación, el registro, la distribución, la adquisición y la comercialización de medicamentos;**

c) **Refuercen las medidas de lucha contra la corrupción y las prácticas contrarias a la ética en el proceso de generación de conocimientos mediante la investigación, la difusión de esos conocimientos en la formación médica y la elaboración de directrices de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud;**

d) **Consoliden los componentes de los planes de estudios de medicina que refuercen los conocimientos y las competencias de los futuros médicos para evitar que caigan en la corrupción, los comportamientos contrarios a la ética, la tendencia a las intervenciones médicas excesivas e innecesarias, la mercantilización de las patologías, el favoritismo, los pagos extraoficiales y otras prácticas corruptas o que aumenten el riesgo de corrupción;**

e) Luchen contra la realización de investigaciones psiquiátricas sesgadas y la difusión de sus resultados e impidan, introduciendo medidas de transparencia en la educación, la investigación y la práctica médica, la corrupción institucional en los ámbitos de la psiquiatría y la atención de la salud mental;

f) Fomenten la transparencia y eviten tergiversaciones del principio de autonomía universitaria cuando se trate de inversiones en salud y atención sanitaria, de forma que no se socave la integridad de la medicina universitaria ni su firme determinación de hacer efectivo el derecho a la salud.
