

Distr.  
GENERAL

A/CONF.157/PC/61/Add.8  
29 de marzo de 1993

ESPAÑOL  
Original: INGLÉS

CONFERENCIA MUNDIAL DE DERECHOS HUMANOS  
Comité Preparatorio  
Cuarto período de sesiones  
Ginebra, 19 a 30 de abril de 1993  
Tema 5 del programa provisional

ESTADO DE PREPARACION DE LAS PUBLICACIONES, LOS ESTUDIOS  
Y LOS DOCUMENTOS DESTINADOS A LA CONFERENCIA MUNDIAL

Adición

Contribución de la Organización Mundial de la Salud

1. Se señala a la atención del Comité Preparatorio la contribución adjunta presentada por la Organización Mundial de la Salud titulada "La salud como derecho humano fundamental y meta social para todo el mundo". En la primera parte del documento, la Organización Mundial de la Salud expone su perspectiva acerca de la aplicación de los pactos internacionales de derechos humanos; en la segunda parte, la OMS, mediante una serie de ejemplos de las actividades efectuadas por diversos programas técnicos de la OMS, demuestra los principios expuestos en la primera parte; esos documentos temáticos abarcan las siguientes esferas: 1) los derechos de los pacientes; 2) los derechos de los enfermos mentales y la mejora de la atención de salud mental; 3) los derechos del niño; 4) los derechos de los ancianos; 5) los derechos de los discapacitados; 6) los aspectos del VIH/SIDA relacionados con los derechos humanos; 7) los derechos de los grupos vulnerables y los pueblos indígenas; 8) la situación de salud de los países menos adelantados; 9) el papel de la legislación de salud; 10) la asistencia de salud humanitaria en situaciones de urgencia y los derechos de las poblaciones desplazadas; y 11) la equidad en la atención de salud.

2. Además, la Organización Mundial de la Salud ha presentado a título informativo tres documentos\* relacionados con cuestiones de derechos humanos: a) el informe final de la Conferencia Internacional sobre Nutrición, organizada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, en Roma, en diciembre de 1992, que contiene la Declaración y el Plan de Acción Mundiales sobre Nutrición; b) un informe titulado Health Dimensions of Economic Reform preparado por el Foro Internacional sobre la Salud -Una condición del desarrollo económico-, que se celebró en Accra del 4 al 6 de diciembre de 1991; y c) un informe titulado A Call for New Public Health Action que es el informe de la Cumbre de Salud Pública celebrada en Saitama, organizada por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de la Prefectura de Saitama en la ciudad de Omiya (Prefectura de Saitama, Japón, 17 a 20 de septiembre de 1991), que contiene la Declaración de Saitama.

---

\* Los mencionados documentos pueden consultarse en español, francés e inglés en los archivos de la Secretaría de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.

LA SALUD COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL Y META  
SOCIAL PARA TODO EL MUNDO

PRIMERA PARTE

1. El propósito del presente informe es proporcionar al Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas una aportación a los seis estudios preparados como documentos de antecedentes para la próxima Conferencia de Derechos Humanos. En primer lugar, se expone la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud respecto de la aplicación de los pactos internacionales de derechos humanos y a continuación se hacen otras reflexiones respecto de los derechos y las cuestiones que se abordan en los programas de la OMS. La OMS tiene por mandato constitucional actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional a fin de lograr la constante mejora de la situación de salud pública y de la situación de salud de todos los pueblos. Gracias a su gran interés en las metas de salud pública y el suministro de servicios médicos, la OMS ha podido mantener el aspecto de derechos humanos como parte integrante de sus estrategias, políticas y programas generales.

1. El derecho a la salud para todos

2. En la Constitución de la OMS, aprobada en 1946, no sólo se define la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", sino que además se insiste en que "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 y social". Dos años más tarde, en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, se reiteró que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

3. En mayo de 1977 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución WHA30.43, en la que señaló que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. En 1979, en la resolución WHA32.30 la Asamblea no sólo hizo suyo el informe y la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata en 1978, sino que invitó a los Estados miembros a que formularan políticas, estrategias y planes de acción nacionales de atención primaria de salud para lograr la meta de la salud para todos en el año 2000.

4. Si bien la meta de la salud para todos, así como la estrategia básica de la atención primaria de salud, siguen siendo válidas, se necesitan nuevas respuestas en un mundo que se caracteriza por condiciones políticas, demográficas y socioeconómicas en rápida evolución, estilos de vida y normas de comportamiento deficientes, que obligan a la humanidad a hacer frente a los

peligros tradicionales en materia de salud y también a otros nuevos. Debido a esto el Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima, elaboró un nuevo paradigma para la acción en materia de salud pública a fin de acelerar el logro de la salud para todos los Estados miembros y, por ende, la salud para todas las personas del mundo a lo largo de todas las etapas de su ciclo vital. Mediante un análisis de la situación mundial de salud y cuestiones operacionales conexas, se determinaron algunos ejes fundamentales de interés que los países y la comunidad sanitaria internacional tendrán que enfrentar bien entrado el siglo XXI. Se refieren en particular al respeto de los derechos humanos, en especial en el caso de los desfavorecidos, a la salud y el desarrollo social, al acceso universal a la atención y a la promoción de normas de vida y de comportamiento que promuevan la salud, en particular la nutrición, la utilización de la política pública para influir en el entorno físico, económico y social y darle forma y para que las personas y las comunidades puedan hacer elecciones positivas para su salud.

5. Debido a los cambios políticos, económicos y sociales que se han producido se ha comprendido que la salud y el desarrollo económico son inseparables, que el desarrollo no tiene significado si no se amplían las opciones que se ofrecen a la gente, y que las elecciones fundamentales son las que permiten a la gente llevar una vida sana y larga, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida decente. Para lograr ese desarrollo, tal como recalcó el Director General, sería preciso dedicar más atención a las cuestiones fundamentales de los derechos individuales y comunitarios, los indicadores de las necesidades humanas, el desarrollo de la salud y la calidad de la vida y la aplicación de recursos para el desarrollo humano general y el de la salud.

6. Si bien la salud no ha perdido en absoluto importancia como condición fundamental para el bienestar y el desarrollo humanos, la meta de la salud para todos exige que se adopte un enfoque holístico que comprenda todos los sectores relacionados con la existencia humana, incluidos el entorno físico o social. La salud como derecho humano básico -y como condición del desarrollo humano- no se puede lograr sin prestar la debida atención al entorno con el que mantiene una interacción constante, es decir, el entorno social, político, económico o físico, incluida, desde luego, la naturaleza con sus recursos finitos.

7. La resolución WHA39.22 (1986) sobre la cooperación intersectorial en las estrategias nacionales de salud para todos; la iniciativa de Accra para la salud adoptada en el Foro Internacional sobre la Salud -Una condición del desarrollo económico: romper el círculo vicioso de la pobreza y la injusticia social; el informe de la Comisión OMS de Salud y Medio Ambiente preparado para la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1º a 12 de junio de 1992); y las discusiones técnicas celebradas durante la 44ª Asamblea Mundial de la Salud, en 1991, respecto de las estrategias de salud para todos frente a la rápida urbanización, son otros tantos ejemplos de las actividades efectuadas recientemente por la OMS para proporcionar dirección y asesoramiento a fin de lograr condiciones de vida sanas y un desarrollo sanitario sostenible a nivel individual y colectivo. Esas actividades y otras son elementos indispensables de la protección y la

promoción de la salud, concepto que entraña una síntesis de diversas actividades que sirven para mejorar la salud con la máxima eficacia cuando se aplican en forma coherente, consistente y deliberada. La Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en diciembre de 1992, constituye un hito en un proceso que se inició dos años antes a nivel nacional. Organizada conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud, la Conferencia consideró en todos sus aspectos la nutrición y aprobó una Declaración y un Plan de Acción Mundiales que proporcionaron el marco para la ulterior acción a nivel de los países con objeto de lograr la seguridad alimentaria de las familias, la salud y el bienestar nutricional de todos mediante actividades de desarrollo sostenible y ecológicamente idóneo.

8. La evolución del concepto que tiene la OMS de la salud tiene muchas consecuencias que influyen en las medidas políticas, sectoriales y profesionales destinadas a garantizar a todas las personas el derecho a estar en buena salud. Por una parte, es preciso aplicar estrategias que garanticen condiciones básicas de salud, a quienes aún no las tienen, incluso en situaciones sociales, económicas o de otra índole adversas, y por la otra, es necesario desarrollar conceptos de base amplia centrados en la persona humana con los que se aliente a individuos, las comunidades y las sociedades a mejorar su propio estado de salud.

## 2. Las metas de la OMS y los pactos de derechos humanos de las Naciones Unidas

9. La meta "Salud para Todos", adoptada por todos los países a iniciativa de la OMS, no sólo es importante para suministrar atención de salud a todos, sino también para proporcionar atención a cada persona a lo largo de toda su vida, desde la cuna hasta la muerte. Esta responsabilidad profunda y completa tiene un amplio ámbito: abarca el acceso, a lo largo de las distintas etapas de la vida, a los conocimientos relativos a la forma de vivir de manera sana; el acceso a la protección contra los principales riesgos de salud a causa de terceros, del medio ambiente o como resultado de los procesos de desarrollo propiamente dichos; y, por último, el acceso a una buena atención de promoción, preventiva, curativa y de rehabilitación.

10. En qué medida se acercan y convergen las metas de la OMS mencionadas antes y las articuladas en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se puede apreciar desde una perspectiva histórica:

- a) En el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace referencia al derecho a "un nivel de vida adecuado que... asegure (a toda persona, así como a su familia) la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la asistencia médica... (y) el derecho a los seguros en caso de... enfermedad, invalidez...".
- b) En el artículo 12 del Pacto se reconoce "El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud" y se hace referencia específicamente a "la reducción de la mortalidad infantil, al sano

desarrollo de los niños, a la higiene del trabajo y del medio ambiente, a la prevención de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y a la lucha contra ellas, y a la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica en caso de enfermedad".

- c) El artículo 12 surgió de una propuesta formulada por la propia OMS a la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1951; conforme a esa propuesta se habría ampliado el texto actual, insistiendo en i) la inclusión de la educación médica, las normas de formación y las actividades de salud mental como parte del párrafo 2 del artículo 12, y ii) incluyendo disposiciones para que los gobiernos se comprometieran a adoptar medidas adecuadas en el plano social y de salud a fin de lograr esos objetivos, teniendo debidamente en cuenta las diferencias de recursos y de tradiciones, así como las diferencias en las condiciones locales y los niveles iniciales de desarrollo de los países.
- d) El texto definitivo del artículo 12 no incluyó el segundo epígrafe del párrafo anterior (pese a que los principios para el tratamiento de los enfermos mentales pasaron a ser una cuestión importante, que después se resolvió satisfactoriamente con la participación de la OMS en su redacción). Conviene reconocer que, en vista de los dinámicos cambios que se han producido en el campo de la ciencia y la tecnología y en las esperanzas de los pueblos, quizás el artículo 12 se redactará de otra forma hoy en día. Habría concordado más con el concepto de Salud para Todos mediante la atención primaria de salud que se adoptó en Alma-Ata en 1978.
- e) En 1977, la 30a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución histórica en la que se señalaba que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.
- f) La OMS, claramente en el ámbito de su mandato constitucional en materia de salud internacional, en particular sus responsabilidades directivas y coordinadoras (incluido el logro de un consenso y normas técnicas) por una parte, y la cooperación técnica por la otra, sigue resuelta a mantener la orientación de derechos humanos como parte integrante de su programación. La clave para esa integración es el objetivo permanente de lograr un mayor grado de justicia y equidad social en todos los países y para todos los pueblos. Ese objetivo central elaborado mediante programas y políticas proporcionaron a la OMS el marco necesario para la aplicación de las cuestiones de derechos humanos incluidos en los Pactos de las Naciones Unidas.

11. Llegados a este punto quizás valga la pena recordar que los instrumentos tradicionales de aplicación de convenios, acuerdos, reglamentos, etc., aunque están previstos en la Constitución de la OMS, no se han utilizado para lograr

la realización de los derechos humanos, como en el caso de los organismos hermanos que se ocupan, por ejemplo, del derecho al trabajo. Esta distinción es resultado directo del carácter de las cuestiones que se plantean en materia de salud. Los resultados en materia de salud afectan a una persona, pero son el resultado complejo de las obligaciones que tiene el Estado de proteger la salud de su población y de las obligaciones -muy diferentes y con una carga ética- de los médicos al tratar con sus pacientes. Existe además la responsabilidad del paciente de ocuparse de su propia salud. Esas interrelaciones son complejas y no son fáciles de yuxtaponer; los rápidos avances de la ciencia y la tecnología que han influido en la práctica médica complican aún más la cuestión. De ahí que el derecho a la salud en sí mismo no sea fácil de definir. De hecho, la OMS elaboró un criterio basado en un consenso entre los países miembros respecto de aspectos tales como metas, recursos y servicios, teniendo en cuenta que en gran medida las cuestiones de salud quedan determinadas por el proceso y la estructura política.

12. A este respecto, los rápidos avances de la biotecnología exigen un renovado interés en la promoción y protección de los derechos humanos. Las actividades de la OMS en materia de bioética se han realizado en estrecha cooperación con el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. Entre los ejemplos más recientes de esa cooperación a largo plazo cabe citar las nuevas directrices internacionales para el examen ético de los estudios epidemiológicos publicadas en 1991 y la elaboración de las directrices éticas internacionales revisadas para la investigación biomédica con sujetos humanos. También es digno de mención que en 1991 la 44a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó una serie de principios que deben regir el transplante de órganos humanos con objeto de luchar contra el comercio con ánimo de lucro de órganos humanos entre seres humanos vivos, que contraviene la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Constitución de la OMS.

13. Es evidente que los aspectos de derechos humanos de la salud se derivan de ambos pactos, y plantean a un tiempo cuestiones centradas en el individuo que se refieren a los derechos del paciente, las obligaciones del médico y la relación entre médico y paciente, y cuestiones más amplias de justicia distributiva y de equidad, que se refieren a los grupos a los que se niega el acceso a la atención de salud. Esa situación es un ejemplo patente de la indivisibilidad y la interrelación entre derechos civiles/políticos y derechos económicos/sociales/culturales de que con tanta frecuencia se habla. Pese a la tendencia al pluralismo y a la economía de mercado, las disparidades reales en el suministro de salud a las poblaciones pobres hacen más necesario aún redefinir el papel de los gobiernos a la hora de asegurar la máxima equidad en materia de salud. La OMS tiene la doble responsabilidad de a) llegar a un consenso técnico sobre una forma de proceder que puedan aplicar todos los países en forma razonablemente autónoma y b) traducir ese consenso en programas nacionales y mundiales en los que se tengan debidamente en cuenta las grandes diferencias en las estructuras sociales, económicas y culturales, se insista en la posibilidad de una solidaridad internacional máxima y se respalden las formas de lograr una mayor voluntad política y una mayor movilización de los recursos en los países.

14. En la búsqueda consciente de ese consenso, la experiencia ha puesto de manifiesto que se logrará la máxima convergencia centrándose en el derecho de acceso a la atención de salud. Las cuestiones de la asignación, en el ámbito macroeconómico, de la debida proporción a la salud pública y las prioridades internas son una cuestión que en última instancia deciden las fuerzas políticas. Hacer una campaña para que se tenga debidamente en cuenta la equidad en el acceso no sólo podría ser un punto de convergencia, sino que además permitiría identificar más opciones técnicas. El proceso suele ser terriblemente lento. Esas amplias decisiones nacionales en materia de distribución tendrían que ir seguidas de una enormidad de decisiones en materia de asignación a niveles más bajos en los que sí tiene influencia el personal de salud; y, a medida que las decisiones se acercan más a quienes verdaderamente necesitan la atención de salud, se verían influidas por las prácticas culturalmente probadas y la orientación del personal de salud respecto del grado de respeto por la autonomía y la dignidad de la persona humana. Al incrementar la capacidad del médico para ver claramente las cuestiones de derechos humanos individuales en esa etapa, es posible mejorar el respeto de los derechos civiles y políticos. No obstante, no cabe duda de que sólo se podrá llegar a una solución duradera si se logra que el proceso y las estructuras políticas vayan internalizando los criterios de equidad con que se enfoca la salud partiendo de la premisa de que esos derechos socioeconómicos son inherentes al valor moral de cada persona.

15. En sus intentos por cumplir su mandato a fin de lograr la rápida mejora de la salud en todos los países y la de todos los pueblos, y teniendo presente que el aspecto decisivo de la estrategia es la igualdad de acceso a la atención en forma sostenible, la OMS tuvo que considerar que la realización del derecho a la salud consistía esencialmente en movilizar la voluntad política de alcanzar esa meta, fortalecer la cooperación técnica con los países, crear un consenso profesional en torno a una estrategia de atención primaria de salud que exigiera la cooperación intersectorial, la participación de la comunidad y la adopción descentralizada de las decisiones, y promover la equidad y la autonomía en el proceso.

### 3. El criterio de la atención primaria de salud

16. Una de las contribuciones más importantes de la OMS a los derechos humanos es la adopción de la meta Salud para Todos y de la estrategia de Atención Primaria de Salud que exige la movilización de todos los recursos nacionales o internacionales. La Salud para Todos se concibió como un complejo de estrategias y planes de acción que adoptaron los Estados miembros y que es objeto de actividades de evaluación y vigilancia de la OMS por medio de indicadores desarrollados y periódicamente revisados para evaluar los progresos. Gracias a ese procedimiento cada Estado miembro y cada región de la OMS pudo hacer balance de sus propias circunstancias y formular sus propias posibilidades, metas y objetivos en materia de salud en el marco de los principios adoptados por la OMS en Alma-Ata. El paso de la Atención Primaria de Salud a la Salud para Todos fue resultado de la experiencia adquirida con los anteriores intentos, como la atención de salud con una orientación curativa y los programas verticales independientes de los métodos integrados de atención primaria de salud. La principal preocupación en la actual etapa

de transición sigue siendo cómo crear una infraestructura sostenible con estructuras físicas y capacidades funcionales apropiadas para respaldar todos los programas que sean necesarios en razón de las pautas de enfermedad y vulnerabilidad del país; porque la existencia de una infraestructura de ese tipo es la mejor garantía para las regiones y grupos más pobres de que el acceso a la atención médica y a una infraestructura mínima de salud está ahí. Sólo en tal caso se pueden evaluar gracias a un sistema de atención primaria de salud los problemas de salud de una población, prestar atención de salud a quienes tienen necesidades especiales y vigilar la eficacia del programa. La equidad y el acceso se consideraron como la esencia del principio de Salud para Todos y la Atención Primaria de Salud era el mecanismo para lograrla.

4. El párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

17. Para conocer los pormenores y la aplicación del Pacto por la OMS, quizás sea más útil examinar sus programas de cooperación técnica elaborados como parte de la estrategia Salud para Todos/Atención Primaria de Salud, en vez de considerar las normas de carácter vinculante contenidas en los tratados. Teniendo presentes los programas de la OMS, se puede apreciar hasta qué punto se han hecho realidad los cuatro parámetros expuestos en el párrafo 2 del artículo 12 del Pacto.

18. Respecto del apartado a) del párrafo 2 del artículo 12, el sano desarrollo de los niños ha seguido siendo objeto de gran atención y el proceso culminó en una amplia convención sobre los derechos del niño. De hecho, en el preámbulo de la Constitución de la OMS se hace referencia directa a la atención materno-infantil y el sano desarrollo del niño y su capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente. De distintas maneras, la salud del niño ha seguido siendo objeto de iniciativas y programas como parte de la planificación conjunta de políticas OMS/UNICEF.

19. En 1981 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La promoción de las prácticas que favorecen la lactancia natural ha sido un éxito en todo el mundo. En 1988 teniendo en cuenta la estabilidad y la cobertura logradas mediante el Programa Ampliado de Inmunización, se optó por el objetivo de la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000. La salud materno-infantil y los programas de salud escolar ocupan un lugar importante en las actividades de apoyo de la OMS. Se estudian constantemente las perspectivas para un programa sostenible y para el ulterior desarrollo de otras vacunas como parte del Programa Ampliado de Inmunización; de la misma manera, se investigan constantemente las posibilidades de integrar la inmunización en la atención primaria de salud.

20. En virtud del apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto deberán mejorarse en todos sus aspectos la higiene del trabajo y del medio ambiente. Esto es simbólico del derecho de todos los pueblos a estar protegidos contra los peligros ambientales, naturales o causados por el hombre. Además de prestar constantemente atención a la primera generación de necesidades ambientales de importancia para la salud pública, como el abastecimiento de

agua potable y el saneamiento básico, la OMS tomó la iniciativa de crear una comisión encargada de mantenerse al corriente de la evolución de los conocimientos sobre los efectos del medio ambiente para la salud y las posibilidades existentes. El informe fue un complemento del informe Bruntland sobre el medio ambiente y un preludio de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente celebrada en Río de Janeiro; los aspectos de salud resultantes de los cambios ambientales a largo plazo siguen siendo una prioridad en las investigaciones. No obstante, se comprende que lo que queda por hacer en relación con el saneamiento y el abastecimiento de agua sigue siendo muy importante en gran parte del mundo en desarrollo, más aún el saneamiento. Conforme a su función en materia de fijación de normas, la OMS ha estipulado normas de calidad del agua y sigue participando estrechamente en las actividades mundiales de supervisión del medio ambiente. Los efectos de la radiación nuclear sobre la salud tras el accidente de Chernobyl llevaron a la OMS a tomar una iniciativa para crear un centro internacional encargado de estudiar los efectos del desastre; la base de datos y el claro intercambio de información al respecto seguirán siendo una importante contribución científica, importante también en lo relativo al derecho de los individuos a la vida y a la protección contra los peligros ambientales.

21. Las otras dos disposiciones del párrafo 2 del artículo 12 se refieren a la prevención, la protección y la lucha contra las enfermedades, y a la disponibilidad de atención y servicios médicos para todos en caso de enfermedad. Juntas constituyen la esencia de los objetivos y actividades tradicionales de la OMS. En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud resolvió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. En 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS, afirmó que el criterio de la atención primaria de salud era la clave para lograr esa meta.

#### 5. La estrategia Salud para Todos

22. La 32a. Asamblea Mundial de la Salud hizo suyo el criterio de la Atención Primaria de Salud a fin de utilizar la salud como motor del desarrollo socioeconómico y la paz y lograr la meta de Salud para Todos para el Año 2000. En 1981 todos los Estados miembros aprobaron la Estrategia Mundial de Salud para Todos conforme a las políticas siguientes.

Las políticas básicas inherentes a la estrategia son que la salud es un derecho humano fundamental y una meta social para todo el mundo; la salud es parte integrante del desarrollo; las graves desigualdades existentes en el estado de salud de los pueblos son motivo de preocupación para todos los países y deben reducirse drásticamente; la gente tiene el derecho y el deber de participar, individual y colectivamente, en la planificación y realización de su atención de salud; los gobiernos son responsables de la salud de su población; los países deben alcanzar la autorresponsabilidad en materia de salud; y es preciso utilizar más y mejor los recursos mundiales para promover la salud y el desarrollo.

23. Los objetivos convenidos contenían los elementos comunes de la atención indispensable, la participación de la comunidad, la tecnología apropiada y la cooperación intersectorial. La importancia de la estrategia residía en el grado de flexibilidad que se dejaba a los Estados miembros para decidir sus propias estrategias y planes de acción en el marco de los principios convenidos y el carácter no negociable del acceso a la atención y su calidad, que debe incluir las tareas preventivas, de promoción, curativas y de rehabilitación. El concepto de la atención primaria de salud, tal como se definió en el informe de la Conferencia Conjunta OMS/UNICEF celebrada en Alma-Ata (URSS) en 1988, fue un paso decisivo hacia un movimiento mundial por reducir la disparidad entre los ricos y los pobres que comúnmente se llama Salud para Todos para el Año 2000.

24. La atención primaria de salud consiste en prestar los cuidados indispensables utilizando métodos prácticos, científicamente buenos y socialmente aceptables y tecnologías al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, gracias a su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país se pueden permitir... Forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el principal agente, y del desarrollo social y económico global de la comunidad.

25. La segunda evaluación de la aplicación de la Estrategia Mundial de Salud para Todos para el Año 2000 acaba de terminar. Demuestra que sí se ha avanzado en los últimos años. También pone de manifiesto las disparidades que persisten, sobre todo entre ricos y pobres.

26. La meta de lograr la salud para todos para el año 2000 requiere esfuerzos concertados de los países por organizar sus sistemas de salud sobre la base de la atención primaria. Durante el último decenio se han realizado claros progresos y también se han sufrido graves reveses. Algunos países siguen considerando prioritaria la atención primaria de salud y han conseguido mejorar la accesibilidad de la atención de salud y su calidad. En otros, la disminución del nivel de vida, el endeudamiento masivo y el deterioro del medio ambiente han tenido repercusiones negativas en los servicios de salud y en el estado de salud.

27. Un sistema de salud comprende elementos interconexos que contribuyen a la salud en las familias, las instituciones docentes, los lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el entorno físico y psicosocial y en los sectores relacionados con la salud, como la agricultura, la enseñanza, el medio ambiente, etc. Un sistema de salud suele estar organizado a diversos niveles, empezando por el nivel de la comunidad o el nivel primario de atención y pasando por el nivel intermedio (distrito, región o provincia) para llegar al nivel central. Al mismo tiempo, incluye a los individuos y sus familias que se interesan y participan en la solución de sus propios problemas de salud, con lo que pasan a ser miembros de pleno derecho del equipo de salud. Los niveles intermedio y central se ocupan de los elementos del sistema de salud cuya responsabilidad les confían las organizaciones administrativas del país y también proporcionan más atención especializada y apoyo y cuidados progresivamente más complejos. Sólo mediante

ese marco coordinado y mutuamente complementario podrán realizar todos los miembros de la sociedad sus derechos fundamentales a los niveles de atención de salud que necesiten y ser enviadas al nivel apropiado cuando sea necesario.

## 6. Disparidades en la salud

28. En los diez años transcurridos desde que la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la estrategia mundial, y los seis años desde la primera evaluación, la situación de la salud -medida por indicadores tales como la esperanza de vida y la mortalidad infantil- ha mejorado globalmente. Sin embargo, el ritmo ha sido manifiestamente más lento en el caso de los países menos adelantados y, como consecuencia, las disparidades entre los países en desarrollo y los países menos adelantados son mayores ahora de lo que eran hace un decenio. Al desglosar estas disparidades se ponen de relieve las condiciones inaceptables que prevalecen en la periferia, donde los pobres y los desfavorecidos corren los mayores riesgos.

29. También ha aumentado globalmente la posibilidad de disponer de atención de salud esencial. Sin embargo, hay todavía millones de personas sin acceso a ninguno, o a algunos, de los elementos de esa atención. Si aumenta la disponibilidad de ciertos elementos de atención de salud, sin aumentar a la vez la disponibilidad de otros elementos complementarios, el impacto positivo de los primeros sobre la situación de la salud puede verse contrarrestado por la falta de los segundos. De modo análogo, si se amplía la infraestructura pero los medios de utilizar esa infraestructura para dispensar cuidados son escasos, no se seguirá de ello ninguna mejora en la situación de la salud. En otras palabras, en lo que se refiere al desarrollo de sistemas de cuidados basados en la atención primaria de salud, se está haciendo lo que se debe hacer, pero no necesariamente en todos los casos de la forma debida.

30. La causa común que subyace el deterioro de la infraestructura es la mala situación económica de los países. La reacción política más común, encaminada a restablecer el crecimiento económico eliminando los déficit en la situación del comercio interno y externo de los países, frecuentemente ha traído consigo reducciones desproporcionadamente grandes de los gastos sociales. Son muy pocos los países en los que pueda decirse que esta reacción política ha restablecido el crecimiento, y tampoco se han diseñado y aplicado con facilidad y sin temor al fracaso las llamadas "redes de seguridad" para apoyar a los más afectados por las reducciones del sector social.

31. El abandono de las infraestructuras de salud, no sólo como resultado de la política de ajuste estructural sino también de la reciente concentración del interés de los donantes en determinadas medidas para problemas prioritarios, amenaza ahora no solamente los objetivos a largo plazo de "Salud para Todos", sino también las estrategias generalmente aceptadas para lograr esos objetivos. Entre estas estrategias figura un enfoque pluralista y ponderado del desarrollo en materia de salud, en el cual un sector público revitalizado regula y coordina las fuentes gubernamentales y no gubernamentales de financiación y suministro de atención de salud, y un aumento de la autonomía local y de la responsabilidad ante el público.

32. Puede decirse que se han introducido mejoras en la situación de la salud en términos de la esperanza de vida al nacer y las tasas de mortalidad infantil, así como en la aplicación de diversos elementos de atención primaria de salud. Porque esas mejoras parecen ser más rápidas en los países en desarrollo que en los países menos adelantados, las disparidades en la situación de la salud entre los países desarrollados y los países en desarrollo parecen haberse reducido pero las que existen entre los países menos adelantados y otros países en desarrollo han aumentado. También hay pruebas de que las disparidades en la situación de la salud se han incrementado dentro de los países entre ciertos grupos de población. La aplicación de diversos elementos de atención primaria de salud ha sido algunas veces desequilibrada y defectuosa, lo que ha hecho que ejerzan un impacto insuficiente en términos de la salud.

33. Mirando al futuro, hay estrategias que son esenciales si queremos reducir las disparidades entre los ricos y los pobres y asegurar que todos los pueblos disfruten de su derecho a la justicia social y la equidad. Las medidas de austeridad adoptadas como consecuencia de la recesión económica deberían aplicarse de modo que protejan a los pobres lo más posible. Deben fijarse metas para reducir las disparidades en la situación de la salud y el acceso a los servicios de salud. Las políticas nacionales se distinguen frecuentemente por su falta de deseo de enfrentarse con decisiones clave que ayudarán directamente a los pobres o, al menos, no empeorarán su situación. A menudo, esto se debe a la ausencia de una política coherente y a la grave falta de recursos.

34. La OMS, en colaboración con otros organismos, continuará desempeñando un papel importante en lo que se refiere a movilizar información, capacidades y apoyo técnico para reforzar los sistemas de salud por los siguientes medios: apoyando la investigación y el desarrollo sobre prioridades concretas de determinados países; apoyando el desarrollo y el uso de instrumentos, procedimientos y metodologías, y reforzando las instituciones; fomentando el intercambio de información y experiencia mediante el fomento de actividades de asociación.

#### 7. Equidad en la salud

35. El concepto de equidad en la salud y el derecho a la salud constituyen ambos una ampliación, que llega en el momento oportuno, de la conciencia general de los derechos humanos. La próxima Conferencia debe proporcionar la ocasión de que las principales instituciones internacionales reflexionen sobre hasta qué punto pueden converger los derechos humanos y las necesidades básicas no satisfechas. Esta reflexión podría influir favorablemente en las estrategias del actual decenio internacional para el desarrollo, además de servir para perfilar los derechos propiamente dichos.

36. Como concepto, la equidad en la salud tiene una compleja superposición de significados. Por supuesto, no debe confundirse con la noción de igualdad, ya que ésta se refiere a la igualación de las diferencias en los resultados, la calidad, la situación o los insumos. El aspecto que distingue a la equidad es una dimensión ética que proporciona normas de acción y, a su vez, provoca

ideas sobre otras posibles perspectivas para la determinación de esas normas. La equidad en la salud trataría, en general, de corregir diferencias que no sólo son innecesarias y evitables sino al mismo tiempo injustas e indebidas. Puede tratarse de diferencias en el nivel de la salud o la calidad de vida que a su vez implican variables socioeconómicas o de desarrollo más amplias, o pueden ser diferencias de servicios o de acceso a la atención de salud.

37. La equidad en la salud quiere decir que todo el mundo debe tener una auténtica oportunidad de alcanzar su pleno potencial en materia de salud, a lo largo de un período de tiempo y a través de todo el ciclo de la vida. La única manera de que este enfoque sea operacional consiste en tomar como principio rector la igualdad de acceso a los cuidados de que se dispone.

#### 8. Visión holística del derecho a la salud

38. El derecho a la salud como parte de un grupo de derechos económicos, sociales y culturales está ya consagrado en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y todos los derechos inscritos en ambos pactos deben realizarse de manera interconectada e indivisible según se ha reconocido repetidamente. Puede decirse que el derecho a la salud, visto como derecho compuesto, consiste en un gran número de "sucedáneos" cada uno de los cuales podría convertirse en un derecho por sí mismo. En realidad, los conceptos de "derecho a la atención de salud", "derecho a la seguridad social", "derecho a recibir servicios fiables de una infraestructura social que funciona" o "derecho a reparación contra acciones inicuas" bien podrían constituir el primer nivel de tales sucedáneos. A su vez, cada uno de estos sucedáneos, ya estuviera consagrado como un derecho en la constitución y la legislación o como un procedimiento judicial o administrativo, parte de una carta de ciudadanos u otra cosa, indicaría qué es lo que los ciudadanos pueden exigir a través de las autoridades apropiadas, bien como resultado, bien como procedimiento. El derecho a la atención de salud significa que todos tienen iguales oportunidades de acceso a los cuidados médicos necesarios, al asesoramiento en materia de educación, a la protección preventiva de los peligros públicos para la salud y a la creación, mediante reglamentaciones u otros sistemas, de las condiciones para poder esperar razonablemente una parte equitativa de los recursos totales de atención de salud. La asistencia médica constituye siempre el fundamento primordial del derecho a la salud. El derecho básico de acceso a los servicios médicos y a la asistencia médica está totalmente en consonancia con el apartado d) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional.

39. Sin duda los derechos a la seguridad social, a servicios sociables fiables y a reparación contra la desigualdad son comunes al disfrute de muchos derechos, no sólo del derecho a la salud. La ventaja de escoger estos "sucedáneos" para profundizar en el derecho a la salud es la posibilidad de que dentro de cada campo de acción, relativamente estrecho, puedan encontrarse indicadores apropiados de los progresos realizados y que los exámenes periódicos de las tendencias de lo conseguido con tales indicadores proporcionen pruebas del carácter evolutivo del derecho a la salud. En realidad, formulado de una manera compuesta como ésta, existe la posibilidad de que la situación con respecto al disfrute del derecho a la

salud, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, pueda medirse con patrones razonablemente similares, teniendo siempre debidamente en cuenta las bases diferenciales iniciales. Para conseguir esto, el sector de salud en su conjunto necesita aliados; y le será muy ventajoso aliar a sus objetivos las presiones influyentes nacidas de las preocupaciones actuales sobre los derechos humanos incluidos en ambos pactos, obteniendo así la aceptación universal. Deben considerarse holísticamente los derechos incluidos en los dos Pactos para garantizar los derechos y valores individuales y de la comunidad.

## SEGUNDA PARTE

### 1. Derechos de los pacientes

40. Es particularmente importante reafirmar los derechos humanos fundamentales en materia de atención de salud, y en particular la protección de la dignidad e integridad del paciente como persona, ya que, por ser los pacientes tan vulnerables, se les somete fácilmente a violaciones de sus derechos y se ven afectados con más facilidad por las omisiones y deficiencias de las administraciones sociales y de salud.

41. Diversas consideraciones sociales, económicas, culturales, éticas y políticas ha suscitado el interés por una mayor profundización y realización de los derechos de los pacientes. Se están presentando conceptos nuevos y más positivos de esos derechos. En parte, ello refleja el hecho de que se esté dando un lugar central tanto a la plena aplicación del concepto de respeto por las personas como a la equidad en materia de salud como objetivo de política de los Estados miembros de la OMS. Consecuencia de esto es que se insista ahora más, entre otras cosas, en el fomento de la elección individual y la oportunidad de ejercitarla libremente, así como en el compromiso de construir mecanismos para asegurar la calidad de la atención.

42. La evolución dentro de los sistemas de atención de salud, tales como el aumento de la complejidad de la burocracia y a veces su crecimiento, así como los acontecimientos ocurridos en la tecnología y la ciencia médica y de la salud, son todos ellos factores que han incitado a dar mayor énfasis a la importancia de reconocer el derecho del individuo a la libre determinación y, en muchos casos, la necesidad de formular garantías para asegurar los derechos de los pacientes. Los gobiernos cada vez prestan mayor atención a cuestiones tales como el suministro de información al paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad e intimidad, la protección de los datos, el acceso a los archivos médicos, el derecho a la atención de salud y al alivio del sufrimiento, el respeto por la dignidad humana y los valores culturales y religiosos y la existencia de mecanismos institucionales para atender a las quejas de los pacientes.

43. En este sentido, una característica muy señalada de la época actual es el desarrollo no sólo de los derechos individuales de los pacientes sino también de su dimensión social, teniendo en cuenta las condiciones de vida y de trabajo y la salud pública en su sentido amplio. De aquí se deriva la tendencia a reafirmar el derecho a recibir tratamiento y atención, a tener una cobertura social adecuada y a recibir información correcta sobre los servicios de salud, en otras palabras, el derecho a beneficiarse de los progresos en la esfera de la salud. Hay que tener en cuenta la mentalidad cambiante de un público que aspira a convertirse no solamente en usuario sino también en socio activo que comparte la responsabilidad del sistema de salud en su totalidad. Inseparable de este enfoque social es el creciente impacto de los factores económicos sobre la política y gestión de la salud, y el creciente reconocimiento de los límites impuestos a los servicios de atención a la salud como resultado de restricciones económicas. El desafío que esto representa

consiste en buscar medios de frenar los crecientes costos sin socavar el derecho básico a la salud de la población en términos de acceso a la atención en los servicios, a la equidad en el trato y a la calidad en los cuidados.

44. Otro factor que está influyendo considerablemente en el reconocimiento de los derechos de los pacientes se observa en la manera misma en que funciona la medicina moderna, ya que la prestación de cuidados se está haciendo cada vez más compleja y está cambiando tan rápidamente que produce inadaptación del sistema de atención de salud. Este es, por ejemplo, el modo en que está estructurada la atención en el hospital, con sus duras y complejas realidades tal como las experimenta el paciente. La medicina moderna también tiende a fomentar una excesiva burocracia y situaciones que pueden dar lugar a conflictos. Los imperativos de la administración, o los beneficios, pueden estar encontrados con el bienestar de los pacientes. Pese a ciertos principios establecidos de respeto por los pacientes, de naturaleza más bien protectora, es innegable que no se están satisfaciendo las expectativas de los usuarios. De ello dan testimonio las muchas peticiones y quejas que se han hecho y la aparición de asociaciones de consumidores y grupos de presión que ponen de relieve las dificultades prácticas con que se tropieza para aplicar los derechos de los pacientes.

45. Por último, entre los factores que han contribuido a un nuevo reconocimiento de los derechos de los pacientes figura sin duda la aparición de "una nueva ética biomédica", o una bioética, que tiene por objeto reconciliar los imperativos de la investigación indispensable para mejorar las técnicas de asistencia, con la protección de los derechos y libertades fundamentales de los individuos que participan en las investigaciones sobre seres humanos. A este concepto de bioética responde también la forma que toma la actitud de cada paciente, así como de otras personas afectadas, en las decisiones cruciales pertenecientes a la vida y a la muerte, que requieren un respeto por los principios éticos fundamentales.

## 2. Derechos de los enfermos mentales y mejora de la atención a la salud mental

46. El 17 de diciembre de 1991, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una serie de Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991). La OMS considera que estos principios son un hito en los logros del sistema de las Naciones Unidas. Los principios proporcionan amplia protección para un grupo particularmente vulnerable que es muy susceptible a la estigmatización. Las personas de este grupo son vulnerables debido a su mal estado mental, que les impide hacer juicios razonables acerca de sus propias necesidades; y, como corolario de su vulnerabilidad, esas personas a menudo reciben la menor prioridad en términos de acceso al cuidado y a los servicios. Es verdad que los enfermos mentales pueden ser a veces peligrosos para sí mismos o para otros, aunque este peligro se exagera a menudo. Los Principios tratan de establecer salvaguardas adecuadas contra tales peligros, sin pasar por alto el hecho de que es particularmente fácil que los miembros de la familia, otros miembros de la comunidad o las autoridades estatales abusen de tales disposiciones. Si una

jurisdicción nacional toma como base esta equilibrada serie de Principios para redactar leyes internas y establecer modalidades de procedimiento, pueden a la vez protegerse los derechos de los enfermos mentales y mejorarse la atención para la salud mental. Lo mismo que la OMS desempeñó un papel importante cuando ayudó a la Comisión de Derechos Humanos a redactar los Principios, ciertamente podría ser la primera en distribuirlos a su vasta red de contactos profesionales, de modo que al desarrollar los sistemas nacionales se traten con sensibilidad todos los aspectos del problema.

47. No es tarea de la OMS vigilar la aplicación de los Principios, ni los posibles abusos de los derechos de los enfermos mentales. Lo apropiado es dejar esto a grupos no gubernamentales y a otros órganos independientes. De hecho, tales grupos y órganos deberían constituir una red descentralizada de vigilancia de los derechos humanos. La responsabilidad de la OMS será proporcionar asesoramiento técnico a las autoridades sanitarias de los Estados miembros, si lo solicitan, con el fin de que puedan adaptar sus servicios para que funcionen de manera que esté en consonancia con los Principios. La OMS está también en situación de cooperar con los países en lo que se refiere a enmendar su legislación en materia de salud mental para ponerla de acuerdo con los Principios.

### 3. Derechos del niño

48. La Convención sobre los Derechos del Niño representa, por lo que toca a la OMS, una afirmación de la validez de la definición de "salud" incluida en el preámbulo de la Constitución en la OMS. Además de proporcionar un marco jurídico para la protección del niño, la Convención abarca necesidades concretas de salud y planificación de la familia, de la madre, así como las necesidades directas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades del niño. Esta inclusión de la salud materna dentro del marco de los derechos del niño refleja el reconocimiento de los lazos sociales, psicológicos y biológicos entre la madre y el niño. Los derechos de los niños a la atención de salud no son meramente cuestión de acceso a tecnologías médicas preventivas y curativas, a medicamentos, etc. Para que se realicen los derechos del niño en materia de salud, hay que poner en práctica otras muchas disposiciones de la Convención; en particular, hay que garantizar que los activistas de otros sectores no comprometan o den de lado el de la salud cuando formulan proyectos, actividades, o incluso leyes o reglamentaciones. La OMS está cumpliendo activamente las responsabilidades que tiene de ayudar a los Estados Partes en la Convención a realizar y mantener los derechos relacionados con la salud que figuran en el artículo 24 de la Convención; efectivamente, el progreso en este aspecto forma parte de los esfuerzos de la OMS por vigilar los progresos hacia el objetivo de Salud para Todos. En asociación con el UNICEF y la Asociación Internacional de Pediatría y otras organizaciones no gubernamentales, la OMS ha apoyado y ha abogado activamente por la ratificación, aplicación y vigilancia de la Convención.

49. Los niños en circunstancias vulnerables y difíciles, los niños callejeros y los niños sujetos a explotación por medio del trabajo infantil tienen necesidades especiales en materia de salud que no se satisfacen fácilmente con las estructuras sanitarias existentes. Aún más difícil ha sido poder

responder a las necesidades de los niños que se encuentran en medio de conflictos civiles. Junto con otras organizaciones y organismos humanitarios reconocidos, la OMS se ha dedicado a preparar y coordinar programas de socorro de emergencia para tales niños.

50. Las actividades de vigilancia han puesto de manifiesto éxitos significativos en cuanto a la inmunización de los niños. Sin embargo, la OMS tiene conciencia de que existen grandes y continuas disparidades en cierto enclaves, particularmente en Africa, donde más mujeres están muriendo al dar a luz y más niños nacen malnutridos in utero que hace cinco años.

51. La información científica acerca de los efectos desfavorables del trabajo de los niños sobre la salud del niño es limitada. En la inmensa mayoría de las situaciones de trabajo, algunos aspectos importantes del trabajo infantil que afectan a la salud, tales como la "edad crítica", durante la cual el niño está más expuesto a los efectos peligrosos del trabajo, la duración de formas determinadas de trabajo, y el tipo de trabajo que causa daño a la salud infantil, no se han estudiado científicamente y es mucho lo que queda por hacer en esta esfera.

52. La OMS ha participado en aspectos de investigación, formación y desarrollo de programas de acción en la esfera del trabajo de los niños desde 1980. Los objetivos han sido los siguientes: a) definir posibles consecuencias para la salud del trabajo infantil; b) hacer recomendaciones para una acción intersectorial pertinente; y c) promover una mayor cooperación entre los individuos y los grupos que actúan en la esfera del trabajo de los niños y sus consecuencias para la salud, incluido el suministro de apoyo técnico. Debe hacerse referencia especial a un Grupo de Trabajo Interinstitucional oficioso que se está reactivando y cuyos miembros incluyen: Defensa de los Niños -movimiento; la OIT; la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Abandono de los Niños; el UNICEF y la OMS. La OMS tiene la intención de continuar proporcionando apoyo técnico y difundiendo información sobre las relaciones entre el trabajo de los niños y la salud. Tiene también la intención de defender y promover programas de acción intersectorial, en estrecha cooperación con otros organismos y organizaciones no gubernamentales.

#### 4. Los derechos de las personas de edad

53. Varias cuestiones de derechos humanos relativas a los cuidados que deben recibir las personas de edad figuran en el preámbulo del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Este Plan fue aprobado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Viena del 26 de julio al 6 de agosto de 1982, y constituye actualmente el principal instrumento internacional que orienta las políticas y programas en esta esfera.

54. Las personas de edad, definidas en 1991 por la Oficina del Censo, Economía y Administración de Estadísticas del Departamento de Comercio de los Estados Unidos como personas de 60 años de edad y más, constituyen actualmente entre el 17 y el 23% de la población de la mayor parte de los países del mundo desarrollado, y del 5 al 10% de la población de los países en el mundo en

desarrollo (en unos pocos países en desarrollo el porcentaje es más elevado). Tiene gran interés el hecho de que es este sector de la población mundial el que crece con mayor rapidez; con mucho, el mayor aumento se produce en el mundo en desarrollo. Por ejemplo, según Golini y Lori (en Aging, 2: 319 a 336, 1990) las proyecciones indican que el porcentaje de la población de 65 años y más se triplicará en China y se cuadruplicará en la República de Corea y Malasia para el año 2025.

55. Las personas de edad tienen derechos humanos definidos, que no se plantearon concretamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 u otros instrumentos pertinentes de derechos humanos. En efecto, las personas de edad representan una minoría de la que toda la humanidad espera formar parte, a diferencia de otros grupos minoritarios tales como los discapacitados, los refugiados y las minorías étnicas que permanecen invariables a lo largo de la vida. El envejecimiento de la población puede dar lugar, en el caso de la atención médica, a un diagnóstico errado, a un tratamiento inadecuado y a la institucionalización innecesaria. La salud y el bienestar de las personas de edad puede asegurarse únicamente mediante una mejor comprensión de los efectos sutiles y penetrantes de la discriminación relacionada con la edad en todas sus formas.

56. Dos destacados instrumentos merecen ser especialmente mencionados: la Recomendación de la OIT sobre los trabajadores de edad de 1980 (Recomendación N° 162), trata sobre los derechos de todos los trabajadores que, por el avance de su edad, están expuestos a encontrar dificultades en materia de empleo y ocupación. Ello reviste especial importancia ya que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo con respecto a los niveles de salud física y mental. El otro es la resolución 46/91 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada el 16 de diciembre de 1991, que establece los "Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad". Este último texto identifica 18 principios básicos relativos a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad. En la esfera de los cuidados, por ejemplo, la resolución destaca el derecho de una persona de edad a beneficiarse de los cuidados y la protección de la familia y del acceso a la atención sanitaria, y a disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales y de su dignidad cuando resida en hogares o instituciones donde se le brinde cuidados o tratamiento. Se requieren directrices para aplicar estos principios. La OMS tiene la intención de participar plenamente en la elaboración de tales directrices.

#### 5. Los derechos de los discapacitados

57. La OMS ha promovido los derechos de los discapacitados mediante la rehabilitación dentro de la comunidad, estrategia que apunta a garantizar que la rehabilitación esté a disposición de los discapacitados de la misma manera en que los servicios de salud están a disposición de todos los miembros de la comunidad. La rehabilitación dentro de la comunidad incluye la transferencia de conocimientos y aptitudes para actividades de rehabilitación a los discapacitados, sus familias y la comunidad, y la integración de los niños discapacitados en la labor escolar y la de los adultos en entornos sociales dentro de la comunidad. El apoyo que se requiere para esta rehabilitación es

multisectorial, y abarca en especial los servicios de salud, educación y trabajo y los servicios sociales. La OMS sigue comprometida a trabajar con otros organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales para promover la expansión de la rehabilitación dentro de la comunidad y los necesarios servicios de apoyo.

6. Aspectos del VIH/SIDA relacionados con los derechos humanos

A. La protección de los derechos humanos y la Estrategia Mundial contra el SIDA

58. En mayo de 1992 la 45a. Asamblea Mundial de la Salud respaldó una Estrategia mundial actualizada, ampliada y perfeccionada para la prevención del SIDA; queda así establecida la nueva dirección que deberán tomar todos los que intervienen en los esfuerzos mundiales para luchar contra el SIDA en los años venideros. La Estrategia contiene criterios éticos y técnicamente idóneos, de eficacia conocida, para hacer frente a los nuevos problemas que plantea la pandemia, a saber, mayor énfasis en la atención; mejor tratamiento de otras enfermedades transmitidas sexualmente; mayor hincapié en prevenir la infección por el VIH mejorando la salud, la instrucción y la condición de la mujer; un entorno social que apoye más los programas de prevención; planificación anticipatoria respecto de las consecuencias socioeconómicas de la pandemia; y mayor énfasis en los peligros para la salud pública de la estigmatización y la discriminación. Los tres objetivos principales de la Estrategia son idénticos a los de la versión original de la Estrategia (1987): a) prevenir la infección por el VIH; b) mitigar las repercusiones personales y sociales de dicha infección y c) movilizar y unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra el SIDA.

59. Al aplicar esta Estrategia, el Programa Mundial contra el SIDA (PMS) de la OMS continúa unificando y movilizándolo los esfuerzos internacionales en la esfera de los derechos humanos y del VIH/SIDA. Por ejemplo, el PMS ha participado en conferencias internacionales sobre el VIH/SIDA, convocado o respaldado seminarios sobre este tema, cooperado con el Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y con otros organismos de las Naciones Unidas, desempeñado un papel asesor con los gobiernos, apoyado y financiado a organizaciones no gubernamentales y financiado varios estudios, todo ello centrado en los asuntos de derechos humanos relacionados con el SIDA. En conferencias nacionales e internacionales, el PMS ha continuado velando por que la promoción de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA continúe el programa, tanto en el plano internacional como nacional. En la resolución WHA41.24, aprobada por la 41a. Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1988, se pedía a la OMS que adoptase todas las medidas indispensables para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA. Como parte de los objetivos del PMS con respecto a la promoción, la OMS ha decidido no patrocinar, copatrocinar o apoyar financieramente conferencias internacionales o reuniones sobre el SIDA en los países que tengan restricciones de viaje de corto plazo específicamente relacionadas con el VIH/SIDA.

60. En cuanto a la educación, el PMS ha ejecutado programas de capacitación orientados hacia los derechos humanos para su propio personal en la sede de la OMS en Ginebra y proyecta celebrar seminarios análogos para el personal de la OMS en las seis oficinas regionales de la organización. Además, ha celebrado una serie de consultas sobre los aspectos del VIH/SIDA relacionados con los derechos humanos en esferas tales como: restricciones de viaje de corto plazo; prisiones; y pruebas del VIH. Además, el PMS apoya a la Dependencia de Legislación Sanitaria de la OMS, que regularmente publica una lista tabulada de la legislación sobre el VIH/SIDA (véase "Tabular Information on Legal Instruments Dealing with HIV Infection and AIDS" (WHO/GPA/HLE/92.1, junio de 1992); en junio de 1993 deberá aparecer una versión actualizada). Se está considerando la posibilidad de establecer otras bases de datos que se ocupen del VIH/SIDA y de los derechos humanos.

61. En lo que se refiere a la cooperación con las organizaciones internacionales, el PMS ha cooperado de cerca con otros organismos de las Naciones Unidas interesados en las cuestiones de derechos humanos, incluido el Centro de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, la OIT, el ACNUR y el PNUD.

62. En cuanto al asesoramiento a los gobiernos, la OMS ha proporcionado cooperación técnica, examinado la legislación propuesta y promulgada y respondido a las peticiones de información de los gobiernos sobre derechos humanos y sobre las leyes y reglamentaciones relativas al VIH/SIDA. Está elaborando un curso para administradores del programa sobre el SIDA (es decir, funcionarios gubernamentales que actúan de centros nacionales de coordinación para el SIDA); un componente del curso se referirá a la capacitación en materia de promoción de los derechos humanos. El PMS examina también los planes de mediano plazo preparados por los gobiernos, a fin de garantizar la promoción de los derechos humanos. Por último, el PMS coopera con las organizaciones no gubernamentales y ha financiado y continúa financiando la labor de las organizaciones no gubernamentales en la esfera de los derechos humanos; responde regularmente a las preguntas de las organizaciones no gubernamentales sobre los aspectos del VIH/SIDA relacionados con los derechos humanos.

#### B. Medidas previstas

63. La pandemia de SIDA sigue aumentando. Acopladas a la pandemia se encuentran las profundas repercusiones personales y sociales negativas de la discriminación. La no discriminación es una buena política de salud pública. Afortunadamente, el asesoramiento sostenido y eficaz puede desempeñar una función poderosa y positiva para evitar la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y el SIDA. Puede afirmarse que el éxito de la campaña contra el SIDA se medirá en gran proporción en la forma en que los gobiernos de todo el mundo apliquen políticas y prácticas no discriminatorias.

64. La discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA continúa siendo un obstáculo importante para la prevención de la infección por el VIH y el suministro de atención a las personas con SIDA, y retrasa también los esfuerzos para reducir las consecuencias personales y sociales de la infección por el VIH y el SIDA.

65. Las actividades del PMS en materia de derechos humanos se basan en logros anteriores, a saber: el establecimiento de una red mundial de compartimiento de información, con un banco central de información sobre las personas infectadas por el VIH cuyos derechos humanos han sido violados; la distribución de directrices sobre el VIH/SIDA en las prisiones; la recopilación de documentación sobre instrumentos jurídicos que se ocupen del VIH/SIDA; la colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas que participen en actividades relacionadas con los derechos humanos; el mantenimiento y la ampliación de la colección existente de documentos de referencia y de bases de datos sobre los aspectos del VIH/SIDA relacionados con los derechos humanos; la producción de otros materiales operacionales y de capacitación en esta esfera; y la capacitación de formuladores de decisiones principales a nivel nacional (por ejemplo, administradores del programa sobre el SIDA, funcionarios gubernamentales y organizaciones no gubernamentales) en cuestiones relativas a la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA (dando especial importancia en dicha capacitación a la significación y valor de la promoción de los derechos humanos para lograr los objetivos de salud pública específicamente relacionados con el SIDA).

66. El PMS continuará realizando (en cooperación con las Naciones Unidas y con otros organismos especializados) reuniones y consultas destinadas a desarrollar y formular normas de las que se pueda depender para promover los objetivos de derechos humanos y evitar las prácticas discriminatorias. Entre ellas figuran políticas, directrices y normas sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos en las esferas en que las prácticas discriminatorias tengan una consecuencia importante, por ejemplo: los viajes y las migraciones internacionales; el lugar de trabajo; y otras esferas por determinarse.

#### 7. Los derechos de los grupos vulnerables y de las poblaciones indígenas

67. El objetivo de Salud para Todos para el Año 2000 se refiere, en última instancia, a los desfavorecidos. Así, para lograr el objetivo, es indispensable identificar a los desfavorecidos de cada país, trátase de países desarrollados o de países en desarrollo; el objetivo debe abarcar a los que actualmente están excluidos de la palabra Todos a fin de asegurarse de que estén incluidos a la brevedad posible -a más tardar el año 2000.

68. Entre los grupos de población considerados desfavorecidos en cuanto a la salud figuran los siguientes: personas discapacitadas; personas desempleadas; trabajadores agrícolas en fincas comerciales; las castas inferiores; las poblaciones indígenas; las personas sin hogar; las familias de un solo padre; los migrantes; las familias grandes; los grupos de población que viven en zonas remotas no fácilmente accesibles; los huérfanos y los niños de la calle; y los analfabetos. Por supuesto, muchos de estos grupos de personas desfavorecidas se superponen.

69. Las principales diferencias en niveles de salud despiertan el interés por diversas razones. En primer lugar, porque se han logrado progresos sustanciales en el mejoramiento de la salud en general. En segundo lugar, pocos países disponen de datos adecuados y confiables sobre la salud de los

grupos social y económicamente desfavorecidos que permitan vigilar las diferencias en las tendencias. En tercer lugar, en los pocos casos en que se dispone de tales datos, es evidente que las lagunas son estables o que van en aumento. Uno de los objetivos de los países de la Región Europea de la OMS, a saber, que para el año 2000 las diferencias reales en la situación sanitaria de los países entre los países y entre los grupos dentro de los países deberá reducirse por lo menos en el 25%, mejorando el nivel de salud de las naciones y grupos desfavorecidos, no se logrará. Por el contrario, si la situación sanitaria se compara entre países, hay una diferencia creciente entre Europa noroccidental y Europa centrooriental con Europa meridional, que ocupa un lugar intermedio en la mayor parte de los aspectos. Disminuir estas diferencias en la medida de lo posible, probablemente el nivel de las diferencias que existían a principios del decenio de 1970, es la labor de los decenios venideros. Otro ejemplo procede del Reino Unido, donde el informe Black de 1992 titulado Inequalities in Health (Desigualdades en la salud) llegó a la conclusión de que las diferencias relativas en la mortalidad de los trabajadores manuales no especializados en comparación con los profesionales y administradores no había disminuido en los 20 años transcurridos entre 1950 y 1970, y en algunos casos había en realidad aumentado.

70. Una cuarta razón es la actual inercia para emprender reformas fundamentales que mejoren la salud de los desfavorecidos. Pese a que las razones intrínsecas de las diferencias no se conocen con exactitud, se sabe lo necesario para mejorar la situación cuando existe una indicación importante de poca voluntad política. Estudios realizados en países desarrollados han mostrado que la mortalidad excesiva se debe a accidentes, enfermedades cardiovasculares y condiciones insalubres de vida y de trabajo, para las que pueden establecerse diversas medidas preventivas concretas. En los países en desarrollo, enfermedades fácilmente prevenibles (incluso la malnutrición, las enfermedades infecciosas y problemas asociados con el embarazo) son causantes de las diferencias. Muchos de estos países deben hacer frente a un doble peligro, en la medida en que deben luchar con la carga causada por las enfermedades no transmisibles aun cuando los esfuerzos para luchar contra las enfermedades transmisibles distan mucho de ser completos. Pese a todos estos factores importantes, es viable una política social y una "transición sanitaria" basadas en la igualdad, que incluyan una rápida declinación de la morbilidad y la mortalidad a niveles bajos bastante constantes, lo que en efecto se ha producido ya en varios países de bajo PNB, como Sri Lanka.

71. Según lo dispuesto en el artículo 20 del Convenio N° 107 de la OIT (Convenio relativo a la protección e integración de las poblaciones indígenas y de otras poblaciones tribuales y semitribuales en los países independientes) se pide a los gobiernos que asuman responsabilidad para proporcionar servicios sanitarios adecuados a las poblaciones interesadas. La OMS ha dado constantemente a conocer su posición con respecto a estas disposiciones, y ha señalado que están de acuerdo con la propia Constitución de la OMS.

72. Al aproximarse el año 2000 es urgente que se elaboren nuevas estrategias para mejorar la salud de las personas desfavorecidas. Entre estas estrategias figurarán: la superación de la inercia; el establecimiento de acción

intersectorial de amplia base; el establecimiento de objetivos; la garantía de la participación de la comunidad; y el aprendizaje en la práctica. El contenido de cada una de estas estrategias variará según se trate de países desarrollados o de países en desarrollo. Las estrategias tendrán que ocuparse principalmente de la superación de las barreras culturales y de las distintas barreras individuales que se oponen a la utilización de la atención sanitaria (basada en la infraestructura existente), la promoción de estilos de vida saludables y el logro de una mayor equidad en la distribución y asignación de los recursos. Se necesita el apoyo de los países desarrollados para atender a las necesidades y derechos de los grupos vulnerables y de las poblaciones indígenas a fin de encontrar nuevas maneras de superar problemas arraigados. Dentro de los distintos países, ello entraña la buena voluntad de reconocer los problemas y de buscar activamente los datos sobre el contorno epidemiológico del problema, así como la voluntad política para designar estrategias y políticas que aseguren por lo menos un nivel mínimo de ingresos y de empleo. El sector salud debe promover y apoyar criterios e iniciativas de amplia base que correspondan plenamente al mandato del propio sector.

73. Pueden verse muchos problemas en el futuro. La formulación de objetivos de salud para los grupos vulnerables y las poblaciones indígenas puede dar lugar a problemas políticos en el contexto actual, en el que existen varios conflictos políticos internacionales y nacionales que abarcan a los grupos minoritarios. La expresión "poblaciones desfavorecidas" puede convertirse en un problema. Ya sea que se utilice ésta u otra expresión, debe dar lugar a preocupaciones y estimular la necesidad de acción urgente en el marco de los esfuerzos para lograr "Salud para Todos". Al ocuparse del tema de la salud de los grupos vulnerables y de las poblaciones indígenas, es posible que haya opiniones marcadas y algunas veces diferentes en cuanto a la forma de hacer frente a la cuestión así como intereses en mantener el statu quo. En consecuencia, en comparación con el pasado, es probable que el sistema de salud entre en una etapa de una cierta inestabilidad.

#### 8. La situación sanitaria de los países menos adelantados

74. Como continuación de la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Países Menos Adelantados (París, 3 a 14 de septiembre de 1990), la OMS ha tomado la iniciativa en prestar una atención total y abarcadora al nivel sanitario invariablemente negativo de los países menos adelantados (PMA). Esto corresponde a lo previsto en la Declaración de Alma-Ata, en el sentido de que la solidaridad internacional para hacer frente a las enfermedades y a las malas condiciones de salud en una parte del mundo tiene importancia para todos los países.

75. Todos los indicadores socioeconómicos, y sobre todo los indicadores sanitarios, tienen encendida "la luz roja" en los PMA: la esperanza de vida es inferior a los 50 años, en comparación con los 74 años de los países desarrollados, y 150 de cada 1.000 niños nacidos mueren durante el primer año de vida, en comparación con los 15 que sufren igual suerte en los países industrializados. Apenas dos de cada cinco nacimientos se producen con asistencia de personal cualificado. En tales circunstancias, poco tiene de sorprendente que cerca de 500.000 mujeres mueran de parto todos los años en

los países en desarrollo. Además, la carga que representa el SIDA, tan estrechamente unido a la pobreza y la ignorancia, tendrá sin duda consecuencias negativas muy importantes. De los entre 11 y 13 millones de personas que según se calcula padecen infecciones provocadas por el VIH en todo el mundo, al menos la mitad se encuentran en los PMA. Esto significa que 1 de cada 80 adultos de esos países da positivo en las pruebas del virus de la inmunodeficiencia humana. Si se toman en cuenta tan sólo los PMA de Africa, esa proporción aumenta a cerca de 1 de cada 40 personas.

76. El hecho de que los PMA no hayan logrado aún satisfacer las necesidades sanitarias básicas de su población no debe ocultarse. De hecho, en el decenio de 1980 la demanda de servicios sanitarios en esos países aumentó mientras que la oferta disminuía. La OMS considera que este tipo de desequilibrio es inaceptable. La Organización opina que, para corregirlo, será necesario realizar importantes inversiones en la esfera de la salud de los PMA antes de que termine el siglo.

77. Si bien la Atención Primaria de Salud (APS) sigue siendo el método óptimo para conseguir que los PMA realicen progresos en la consecución del objetivo de Salud para Todos para el Año 2000, su prestación en la práctica exige el firme compromiso de los dirigentes políticos de más alto nivel de reducir las desigualdades sociales. Ahora bien, ¿cómo pueden estos países esperar desarrollar la atención primaria de salud cuando las tres cuartas partes de los fondos disponibles para atención sanitaria se gastan en los hospitales de las ciudades, beneficiando únicamente a una pequeña parte de la población? Consciente de las dificultades y obstáculos a que hacen frente los PMA al tratar de aplicar eficazmente la atención primaria de salud, la OMS ha lanzado una nueva iniciativa que se propone concentrar los esfuerzos en los países y poblaciones más necesitados. Los objetivos de esa iniciativa son mejorar la integración y coordinación de los programas de la OMS dentro de cada país y hacer que las actividades se ajusten más a las prioridades nacionales en materia de salud. Se hace especial hincapié en la necesidad de ayudar a esos países a incrementar su capacidad para resolver los aspectos analíticos, administrativos, económicos y financieros de las estrategias sanitarias.

78. Este nuevo planteamiento de la OMS presupone el compromiso previo de las autoridades nacionales de someter a un análisis nuevo y realista sus prioridades y recursos en materia de salud. Dentro de esta cooperación intensificada, el establecimiento por las autoridades nacionales de planes de salud racionales, realistas y coherentes basados en los recursos efectivamente disponibles, proporciona un marco lógico dentro del cual dichos recursos pueden utilizarse de manera más eficaz para el desarrollo del país.

79. La OMS ya ha analizado detenidamente la situación de 23 países, incluidos 18 PMA, y se han contraído compromisos técnicos y financieros con países como el Chad, Djibouti, Guinea, Guinea-Bissau, Malawi, Nepal, la República Centroafricana, el Sudán y el Yemen. A corto plazo, se están realizando esfuerzos para acelerar la lucha contra determinadas enfermedades (meningitis, malaria, tuberculosis y lepra), superar el abastecimiento inadecuado de equipos y medicamentos esenciales, y proporcionar a los gobiernos asesoramiento técnico en las cuestiones más urgentes. A medio y

largo plazo, el objetivo consiste en armonizar las actividades, reestructurar y fortalecer el sector de la salud dentro de la economía nacional y promover la capacidad de los países para valerse de medios propios.

80. La OMS está convencida de que no cabe otra elección si de lo que se trata es de hacer frente al problema de la intolerable persistencia de las altas tasas de mortalidad y de enfermedades evitables en los PMA. La persistencia de unas y otras resulta intolerable para la OMS porque está invalidando sus esfuerzos por "conseguir para todos el grado máximo de salud que se pueda lograr", que es el objetivo constitucional de la organización. En consecuencia, la comunidad internacional debe comprometerse más, recurriendo para ello a una movilización y una participación más decididas y activas que sean capaces de romper el "círculo vicioso de la enfermedad y la pobreza" y sustituirlo por una "espiral de salud y desarrollo".

#### 9. La función de la legislación sanitaria

81. La contribución de la legislación sanitaria al mejoramiento de la salud de la comunidad, al menos en los países desarrollados, ha sido muy importante. Como señalaba hace 15 años el editorialista de una de las principales revistas médicas:

"La legislación sanitaria y las medidas conexas probablemente han contribuido más que todos los progresos de la medicina juntos a promover el bienestar de la comunidad en Gran Bretaña y en la mayoría de los demás países." (Lancet, 2, 1978.)

No cabe duda de que el término "bienestar" debe entenderse de la misma manera amplia que se interpreta en el primero de los principios declarados (en el Preámbulo de la Constitución de la OMS), es decir, como uno de los principios "básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos". ¿Cabe matizar esta contribución de "la legislación y otras medidas conexas"? ¿Qué decir de esa "minoría de países" a la que el editorialista se refiere de manera implícita? ¿Hay factores intrínsecos o extrínsecos que hayan impedido que la legislación sanitaria y conexas hayan desempeñado la función que les corresponde en el mejoramiento de la salud comunitaria e individual? Estas son algunas de las interrogantes que deben concitar la atención de los especialistas en derechos humanos, además de los responsables de la salud pública, los filósofos especializados en cuestiones de moral y de ética y otros expertos.

82. Que se sepa, los programas de los estudios de medicina en la mayor parte de los países suelen dedicar poca atención a la terminología y la bibliografía de la ética, y menos aún a los principios de derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos y en otros instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos. El resultado es que quienes practican la medicina no suelen ser conscientes de los derechos humanos que tienen en materia de salud tanto sus pacientes como la comunidad a la que sirven. ¿Cuántos médicos, por ejemplo, conocen el párrafo 16 de la Proclamación de Teherán, a pesar de la importancia que éste tiene para la salud de la familia y del niño en todo el mundo? ¿Cuántos saben que la

Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán del 22 de abril al 13 de mayo de 1968, exhortó "a todos los pueblos y gobiernos a... redoblar sus esfuerzos para ofrecer a todos los seres humanos una vida... que les permita alcanzar un estado de bienestar físico, mental, social y espiritual" (términos éstos que se hacen eco especialmente de la definición de "salud" consagrada en la Constitución de la OMS)? ¿Cuenta mucho el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para los encargados de formular las políticas sanitarias en los países desarrollados o en desarrollo? Esta disyunción tal vez se pudiera mitigar mediante un esfuerzo, de parte de las organizaciones interesadas, para producir un manual sobre la manera en que la filosofía y los principios de los derechos humanos que guardan relación con la salud humana, en el sentido más amplio del término, se pueden incorporar a los planes de estudio de la carrera de medicina. (El Consejo de Europa y el Instituto Internacional de Estudios de Derechos Humanos, con base en Trieste, han realizado ya una importante labor pionera en este sentido. Véase, por ejemplo, Le médecin face aux droits de l'homme. CEDAM, Padua, Italia, 1990.) Este manual iría acompañado de otro producto que orientaría a los legisladores y los administradores sanitarios sobre la manera de convertir esos principios en una legislación sanitaria progresiva, acorde con la estrategia de la Salud para Todos para el Año 2000 de la OMS, y que a la vez estaría imbuida de los ideales de René Cassin, Eleanor Roosevelt y otros progenitores de los derechos humanos contemporáneos.

83. Algunos podrían argumentar que el texto del artículo 12 ha quedado "desfasado" y refleja la filosofía sanitaria que imperaba generalmente en la época. Contrasta con los términos más progresistas y basados en la equidad utilizados, por ejemplo, en el Protocolo de San Salvador a la Convención de San José (Organización de los Estados Americanos). Sería ilusorio sugerir que el artículo 12 se revise para dar cabida en él a lo que cabría describir como la filosofía de Alma-Ata (nombre de la ciudad de Kazajstán en que se celebró en septiembre de 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de la OMS y el UNICEF) y el nuevo paradigma sanitario que comienza a insinuarse bajo la dirección de la OMS. Quizás sería menos ilusorio plantear la elaboración de un manual didáctico sobre la aplicación del artículo 12 (que tal vez podría incluir también el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos) basado en los planteamientos contemporáneos de la salud y de los problemas sanitarios (y de los problemas ambientales relacionados con éstos) a los que habrán de hacer frente las sociedades del siglo XXI.

84. Como se sugirió en los párrafos precedentes, el editorial de la revista Lancet identifica implícitamente dos grupos de países: uno en el que la legislación sanitaria ha producido grandes mejoras de la salud pública, y otro en el que dicha legislación no ha obtenido ese resultado (por lo menos hasta 1968). Si esto es así, ¿puede deberse esa diferencia a factores que la comunidad sanitaria mundial es capaz de 1) identificar, y 2) remediar? ¿Cabe culpar de la situación al hecho de que aún siga imperando la legislación colonial heredada? ¿Existen impedimentos constatables en lo referente a personal, recursos u otros elementos? Estas preguntas exigen que la comunidad académica y las organizaciones internacionales interesadas les den respuesta o al menos las estudien detenidamente.

85. La necesidad de estudios que se ocupen de "la protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual ante los progresos de la biología, la medicina y la bioquímica" fue señalada por la Asamblea General en la resolución 2450 (XXIII), aprobada el 19 de diciembre de 1968. (A este respecto, véase el estudio de la OMS titulado Health Aspects of Human Rights with Special Reference to Developments in Biology and Medicine (1976) y el documento de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas E/CN.4/1172 y Add.1 a 3 de 1975, titulado "Protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual ante los progresos de la biología, la medicina y la bioquímica".) El cuarto de siglo transcurrido desde entonces ha presenciado una importante actividad legislativa nacional destinada a asegurar esa protección. Ahora quizás se precise valorar la eficacia de la legislación promulgada hasta la fecha y determinar las nuevas esferas en que puede ser necesaria una intervención legislativa de ámbito internacional, regional o nacional.

86. Puede haber llegado el momento de que los organismos del sistema de las Naciones Unidas que se ocupan de los derechos sociales y culturales (especialmente la UNESCO, la FAO, la OIT, la OMS y el FNUAP) se propongan formular conjuntamente directrices mutuamente convenidas sobre la aplicación de tales derechos por la legislación nacional. Todos esos organismos han participado activamente en el fortalecimiento de la capacidad legislativa nacional en sus sectores respectivos. Todos han adquirido gran experiencia en planteamientos distintos de los legislativos, y un esfuerzo común destinado a proporcionar orientación a los países podría resultar muy fructífero.

10. Asistencia médica humanitaria de emergencia y derechos de las poblaciones desplazadas

87. En el Preámbulo a la Constitución de la OMS se proclama que "El goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social". En consecuencia, las actividades de la OMS en lo que respecta a la asistencia médica humanitaria de emergencia se ajustan estrictamente a su Constitución.

88. Los derechos humanos no se limitan a la ausencia de tortura y de opresión física. Los derechos humanos incluyen también aquellos que son esenciales no sólo para la seguridad de la persona, sino también para su supervivencia y dignidad. Entre estos últimos figura el derecho fundamental a un nivel de vida que sea adecuado para la salud y el bienestar, incluida la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. En consecuencia, la OMS se ocupa no sólo del duro destino de los refugiados, sino también de las personas desplazadas, los repatriados y la comunidad de acogida.

89. Ateniéndose a su mandato, la OMS fomenta:

- a) el respeto de los derechos humanos entre todos los grupos de manera equitativa;

- b) el mejoramiento de la salud, la educación, la capacitación y la calidad del medio ambiente, lo que conduce al desarrollo económico de la comunidad local;
- c) el proceso democrático y la circulación de información; y
- d) los vínculos entre refugiados, repatriados, personas desplazadas y la comunidad de acogida, y la sociedad civil de los países donantes.

90. Las actividades operacionales llevadas a cabo en las repúblicas de la antigua Yugoslavia ilustran el papel que la OMS desempeña en la asistencia humanitaria. La OMS socorre a las poblaciones de las zonas devastadas por la guerra, los refugiados, las personas desplazadas y la comunidad de acogida:

- a) organizando esfuerzos internacionales para impedir muertes y sufrimientos innecesarios;
- b) ayudando a los afectados por el conflicto a mantener su buena salud en un ambiente hostil y lleno de riesgos;
- c) velando por que el personal sanitario local disponga de medios para mitigar los sufrimientos;
- d) ejerciendo presión a todos los niveles para asegurar que el personal sanitario y de socorro humanitario no se vea impedido de desempeñar sus funciones en condiciones de seguridad y protección acordes con el derecho humanitario internacional;
- e) movilizándolo el socorro sanitario de emergencia sobre la base de una evaluación técnica objetiva y correcta de las necesidades sanitarias;
- f) buscando donativos voluntarios para el componente sanitario del Programa de Acción Consolidado de las Naciones Unidas, dando prioridad a las necesidades de las poblaciones de zonas devastadas por la guerra; y
- g) velando por el respeto de la vida y los derechos de las personas a cargo y de las personas discapacitadas, por ejemplo los enfermos mentales.

91. La propia Carta de las Naciones Unidas destaca el papel de las Naciones Unidas en promover el bienestar económico y social. El Artículo 55 compromete a las Naciones Unidas en el fomento de niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social, y en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario.

#### 11. Equidad en la atención sanitaria

92. En numerosos países, el derecho a la atención sanitaria se reconoce en la legislación correspondiente y en algunos incluso se proclama como derecho

constitucional. No obstante, para muchos grupos una gran brecha separa a menudo la existencia de este derecho jurídico y la equidad efectiva en lo tocante al acceso a la asistencia sanitaria. Dahlgren y Whitehead han descrito recientemente en un documento de debate de la OMS titulado "Políticas y estrategias para fomentar la equidad en la salud" (documento EUR/ECP/RPD 414(2), Copenhague, 1992) las barreras geográficas, económicas y culturales con que topa la asistencia sanitaria. Entre estas barreras figuran las dificultades para prestar asistencia sanitaria de buena calidad en zonas aisladas, rurales, montañosas o isleñas y la resistencia del personal sanitario a prestar servicio en las zonas urbanas deprimidas, fenómenos que se dan tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Los sistemas de financiación de la atención sanitaria pueden restringir la equidad en el acceso a dicha atención, lo mismo que pueden restringirlo las barreras culturales cuando el contacto entre el profesional y el paciente resulta inadecuado, o cuando trabajadores migratorios o huéspedes han de hacer frente a las barreras lingüísticas. Un bajo nivel de educación puede resultar un importante factor de disuasión a la hora de pedir asistencia sanitaria y en particular cuando se trata de servicios preventivos. Las personas más necesitadas de asistencia sanitaria son a menudo las que menos posibilidades tienen de recibir una atención de asistencia de calidad, fenómeno que J. T. Mart ha denominado "ley de asistencia inversa" (en la revista Lancet, 1, 1971). En el documento de debate citado se sugieren algunas maneras de afrontar estos problemas.

93. En varios países europeos, como Noruega, el Reino Unido y Suecia, se han utilizado fórmulas de asignación de recursos que tienen en cuenta las diferentes necesidades de asistencia sanitaria existentes en distintas partes del país. En Finlandia se ha utilizado con notable éxito el sistema de planificación estratégica para asegurar la prestación de servicios sanitarios de alta calidad en las zonas rurales, y algunas regiones sanitarias de Inglaterra se han mostrado innovadoras en la adaptación de las disposiciones para la prestación de asistencia sanitaria a las necesidades de las minorías étnicas.

94. El escaso crecimiento económico ha provocado en numerosos países llamamientos a que se controlen los gastos en asistencia sanitaria. El cobro directo a los usuarios se practica cada vez más. Muchas de estas modificaciones representan peligros reales para la equidad en el acceso a la asistencia sanitaria, y otro tanto cabe decir de los importantes cambios en materia de financiación de la asistencia sanitaria actualmente en estudio en Europa oriental.

95. La demanda cada vez mayor de cuidados médicos basados en la tecnología avanzada puede resultar irresistiblemente atractiva para los políticos debido a su espectacularidad. Esta demanda, de atenderse, puede conducir a que el acceso a la asistencia sanitaria quede abierto para unos pocos, mientras que la inmensa mayoría ven más restringido aún su acceso a los servicios básicos.

96. Lamentablemente, a menudo no se debaten de manera explícita las posibles consecuencias que para la equidad en el acceso a la asistencia médica pueden tener muchas de las modificaciones que se están operando en materia de

financiación de la asistencia sanitaria, las medidas de contención del gasto y las de equilibrio entre la medicina de alta tecnología y la medicina básica. Estos problemas deberían recibir mucha mayor atención de los investigadores y de los encargados de formular políticas.

97. Es necesario definir de manera más explícita los criterios para fijar lo que debe constituir el conjunto de asistencia esencial mínima. Las restricciones impuestas al acceso a la asistencia sanitaria mediante la ampliación de las listas de espera y otras medidas similares debe pasar a formar parte explícitamente del programa político, en vez de seguir siendo el racionamiento implícito que ahora son. La prevista continuación del escaso crecimiento económico en el futuro inmediato, y la disminución adicional de los recursos destinados al sector de la salud, hacen que esta definición explícita de los criterios resulte esencial.

98. En un informe reciente divulgado en 1992 por el Ministerio de Bienestar Social, Salud y Asuntos Culturales de los Países Bajos, titulado "Opciones en materia de asistencia sanitaria", se sugiere que, al traspasar los tipos de asistencia ahora existentes al "paquete" comprendido en el seguro médico básico, se apliquen los cuatro criterios siguientes: a) ¿es necesaria esa asistencia sanitaria desde el punto de vista de la comunidad?; b) ¿se ha demostrado que sea eficaz?; c) ¿es suficiente? y d) ¿cabe dejarla a la iniciativa individual? Por supuesto, tales criterios pueden aceptarse o rechazarse, pero lo importante es que se debatan públicamente.

99. Es necesario que organizaciones del sistema de las Naciones Unidas como la OMS, la OIT y el UNICEF, así como el Banco Mundial y otras organizaciones intergubernamentales como la Comisión de las Comunidades Europeas y la OCDE, todas ellas dedicadas a ayudar a los países a que desarrollen sus sistemas de asistencia sanitaria, colaboren en la puesta a punto de unas directrices destinadas a ayudar a los países a celebrar un debate político transparente sobre estas importantes cuestiones.

-----