



## Asamblea General

Distr. general  
13 de septiembre de 2006  
Español  
Original: inglés

---

### Sexagésimo primer período de sesiones

Tema 66 b) del programa provisional\*

**Promoción y protección de los derechos humanos:  
cuestiones relativas a los derechos humanos, incluidos  
distintos criterios para mejorar el goce efectivo de los  
derechos humanos y las libertades fundamentales**

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

#### **Nota del Secretario General\*\***

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, presentado de conformidad con la decisión 1/102 del Consejo de Derechos Humanos, en la que el Consejo decidió prorrogar, excepcionalmente por un año, los mandatos y los titulares de mandatos de los procedimientos especiales de la Comisión de Derechos Humanos.

---

\* A/61/150.

\*\* La presentación del informe se retrasó a causa de las consultas celebradas.



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

### *Resumen*

Este informe, presentado de conformidad con la decisión 1/102 del Consejo de Derechos Humanos, se hace eco de las actividades recientes del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y de las cuestiones que resultan de especial interés para él.

En el informe se examina la relación existente entre el derecho al más alto nivel posible de salud y dos cuestiones esenciales de los objetivos de desarrollo del Milenio: el acceso a los medicamentos y la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad.

En el primer capítulo se examinan las causas de la mortalidad derivada de la maternidad y cómo éstas están estrechamente relacionadas con la no realización del derecho al más alto nivel posible de salud. En el capítulo se destaca la contribución positiva del derecho a la salud para la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. Si se integra debidamente, el derecho a la salud puede contribuir a garantizar que las políticas pertinentes sean más equitativas, sostenibles y firmes. Además, ese derecho constituye un eficaz mecanismo de organización de campañas en el marco de la lucha para reducir la mortalidad derivada de la maternidad.

En el segundo capítulo se examina someramente el componente del derecho al más alto nivel posible de salud relacionado con los medicamentos, lo que incluye los medicamentos esenciales. Mediante la utilización del marco analítico del derecho a la salud preparado en los últimos años, la primera sección se concentra en las responsabilidades de los Estados. La segunda contiene una breve introducción a las responsabilidades de las empresas de productos farmacéuticos.

En el capítulo se explica que el Relator Especial está preparando algunos proyectos de directrices preliminares sobre el acceso a los medicamentos para a) los Estados; y b) las empresas de productos farmacéuticos.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción.....	1–6	4
II. La reducción de la mortalidad derivada de la maternidad: la contribución del derecho a la salud .....	7–36	5
A. Normas y obligaciones sobre el derecho a la salud que guardan relación con la mortalidad derivada de la maternidad .....	13–21	6
B. ¿En qué medida puede el derecho a la salud reforzar las políticas y programas destinados a reducir la mortalidad derivada de la maternidad?.....	22–30	8
C. Necesidad de una campaña de derechos humanos para luchar contra la mortalidad derivada de la maternidad .....	31–36	11
III. El derecho humano a los medicamentos .....	37–92	12
A. Responsabilidades de los Estados .....	47–81	14
B. Responsabilidades de las empresas farmacéuticas .....	82–93	21
IV. Conclusiones .....	94–96	24

## I. Introducción

1. En su resolución 60/251, de 15 de marzo de 2006, la Asamblea General decidió concluir los trabajos de la Comisión de Derechos Humanos y estableció el Consejo de Derechos Humanos. El mandato del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental figura en las resoluciones 2002/31 y 2004/27 de la Comisión. El Consejo de Derechos Humanos, en su decisión 1/102, prorrogó los mandatos de la ex Comisión de Derechos Humanos, incluido el del Relator Especial. Este informe se presenta de conformidad con dicha resolución.
2. Del 10 al 18 de enero de 2006 el Relator Especial llevó a cabo una misión en Suecia por invitación de su Gobierno. Se presentará un informe de esa misión al Consejo en su cuarto período de sesiones.
3. En febrero de 2006, junto con los titulares de otros cuatro mandatos de los procedimientos especiales, el Relator Especial presentó un informe conjunto a la Comisión de Derechos Humanos, centrado en la situación de los derechos humanos de los detenidos en la base naval de los Estados Unidos de América en la bahía de Guantánamo (E/CN.4/2006/120). El informe se examinará en el tercer período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos.
4. El Relator Especial ha enviado algunos llamamientos urgentes y otras comunicaciones a diferentes gobiernos; además, ha emitido varios comunicados de prensa. Dará cuenta de las comunicaciones en su informe anual al Consejo.
5. A lo largo del año 2006, el Relator Especial ha participado en las reuniones que se mencionan a continuación, convocadas por organizaciones internacionales, gobiernos y la sociedad civil. En febrero y marzo participó en consultas de expertos sobre indicadores, organizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). Entre marzo y julio, celebró una serie de consultas sobre el derecho a los medicamentos con: representantes de organizaciones internacionales, incluida la OMS; el Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional (DPDI); el ADNUDH; y varias organizaciones no gubernamentales (ONG), incluidas Realizing Rights: the Ethical Globalization Initiative (EGI), Osfam y 3D: Trade-Human Rights-Equitable Economy. En abril, el Relator Especial intervino en un seminario sobre derechos sexuales, desarrollo y derechos humanos, organizado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de Suecia. Por invitación de una coalición de ONG, el Relator Especial se desplazó a Australia en mayo, donde tenía varios compromisos, que incluían la participación en un programa de formación en derechos humanos organizado por el Programa de formación en diplomacia de la Universidad de Nueva Gales del Sur. En mayo también celebró reuniones en Wellington con el Organismo de socorro y desarrollo internacional de Nueva Zelanda y asistió a seminarios en México, organizados en el marco de la Maestría en Administración Pública y Política Pública del Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey y la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila. En junio, el Relator Especial asistió a la reunión anual de los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos, organizada por el ACNUDH. Durante ese mismo mes asistió a un seminario organizado por la Asociación Médica Británica en relación con la mejora de la salud en el mundo en desarrollo y lo que podían hacer al respecto las asociaciones médicas nacionales. En

julio, el Relator Especial participó en consultas oficiosas con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el ACNUDH, centradas en su labor actual y futura en relación con los derechos sexuales y los derechos de la salud reproductiva.

6. Todos los documentos de las Naciones Unidas relacionados con la labor del Relator Especial pueden consultarse en el sitio del ACNUDH en la web (<http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>). Para facilitar su consulta, esos documentos y determinados documentos de sesión también se encuentran en el sitio en la web del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex ([http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm)).

## **II. La reducción de la mortalidad derivada de la maternidad: la contribución del derecho a la salud**

7. En 2000, el número estimado de muertes derivadas de la maternidad en todo el mundo ascendía a 529.000; el 95% de esas muertes tuvo lugar en África y Asia<sup>1</sup>. En los países desarrollados, únicamente una de cada 2.800 mujeres muere durante el parto (en algunos países la cifra es de una por cada 8.700), en tanto que en África muere una de cada 20. En algunos países llega a morir una de cada diez<sup>2</sup>. Las mujeres que viven en la pobreza y en las zonas rurales y las pertenecientes a minorías étnicas o poblaciones indígenas son las que se encuentran en una situación de más riesgo<sup>3</sup>. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son las principales causas de muerte de las mujeres de entre 15 y 19 años de edad en los países en desarrollo. Alrededor del 80% de los fallecimientos derivados de la maternidad en todo el mundo obedecen a complicaciones obstétricas, principalmente hemorragias, septicemias, abortos practicados en condiciones de riesgo, preeclampsia y eclampsia y partos prolongados u obstruidos<sup>4</sup>. Las complicaciones dimanantes de los abortos practicados en condiciones de riesgo representan el 13% de los fallecimientos derivados de la maternidad en todo el mundo y el 19% en América del Sur<sup>5</sup>. Se estima que el 74% de las muertes derivadas de la maternidad podrían evitarse si todas las mujeres tuvieran acceso a las intervenciones necesarias para hacer frente a las complicaciones del embarazo y el parto, particularmente a la atención obstétrica de emergencia<sup>6</sup>.

8. Por cada mujer que muere de complicaciones obstétricas, aproximadamente otras 30 sufren lesiones, infecciones y discapacidades<sup>7</sup>. En 1999 la OMS estimaba que más de 2 millones de mujeres que vivían en los países en desarrollo no recibían tratamiento para la fístula obstétrica, lesión muy grave que se producía durante el parto.

9. Entre los hombres de 15 a 44 años, no hay una causa única de muerte y discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de muerte y discapacidad derivados de la maternidad<sup>8</sup>.

10. Esas estadísticas y hechos tan inquietantes ponen de manifiesto desigualdades crónicas y de larga data en materia de salud. En primer lugar, la carga de la mortalidad derivada de la maternidad recae desproporcionadamente en los países en desarrollo. En segundo lugar, en muchos países las mujeres marginadas, como las que viven en la pobreza, las pertenecientes a minorías étnicas y las mujeres

indígenas, son las más vulnerables a la mortalidad derivada de la maternidad. En tercer lugar, las tasas de mortalidad derivada de la maternidad y de morbilidad muestran importantes discrepancias entre los hombres y las mujeres en cuanto al disfrute de sus derechos sexuales y de salud reproductiva.

11. Hay un creciente número de países que han realizado progresos en cuanto a la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. No obstante, los progresos se han estancado o se han visto contrarrestados en muchos de ellos dadas las tasas extremadamente elevadas de mortalidad derivada de la maternidad<sup>9</sup>. Ello es así pese al compromiso y a las iniciativas internacionales de larga data en relación con la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad.

12. En los últimos años se ha ido extendiendo la comprensión conceptual de la mortalidad derivada de la maternidad como cuestión relacionada con los derechos humanos<sup>10</sup>. En este capítulo, el Relator Especial examina algunas de las facetas de la relación existente entre la mortalidad derivada de la maternidad y el derecho al más alto nivel posible de salud.

#### **A. Normas y obligaciones sobre el derecho a la salud que guardan relación con la mortalidad derivada de la maternidad**

13. El derecho al más alto nivel posible de salud entraña que las mujeres tienen derecho a servicios relacionados con el embarazo y el período posterior al nacimiento y a otros servicios e información sobre la salud sexual y la salud reproductiva<sup>11</sup>. Esos derechos abarcan la realización de intervenciones técnicas clave para evitar la mortalidad derivada de la maternidad, lo que incluye el acceso a una partera capacitada, la atención obstétrica de emergencia, la educación e información sobre la salud sexual y la salud reproductiva, servicios de práctica del aborto en condiciones seguras en los casos en que el aborto no sea contrario a la ley y otros servicios relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva<sup>12</sup>.

14. El derecho a la salud abarca a su vez el derecho a acceder a bienes, servicios e instalaciones relacionados concretamente con la salud, aunque también debe considerarse de manera más amplia como el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado, que abarca la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud y que responda a las necesidades nacionales y locales y sea accesible para todos (véase el documento E/CN.4/2006/48, párr. 4). Ello es importante en el contexto de la mortalidad derivada de la maternidad. Un sistema de salud equitativo, bien dotado, accesible e integrado es aceptado ampliamente como un contexto vital para garantizar el acceso de la mujer a las intervenciones que pueden evitar las causas de los fallecimientos derivados de la maternidad o tratarlas<sup>13</sup>.

15. En los últimos años el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros órganos han establecido un marco para desarrollar las normas y obligaciones del derecho a la salud. Ese marco, que se esboza en el párrafo 45, puede aplicarse en el contexto de un derecho concreto respecto de cuestiones de salud, como la mortalidad derivada de la maternidad. El marco constituye un útil prisma para entender la importancia del derecho a la salud en el contexto de la mortalidad derivada de la maternidad y, además, puede servir de útil punto de referencia para integrar el derecho a la salud en la formulación de políticas (véanse los párrafos 16 a 24). Sobre la base de ese

marco, el Relator Especial desea formular algunas observaciones no exhaustivas sobre las normas y obligaciones relacionadas con el derecho a la salud que influyen en la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad, incluido el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud.

#### *Atención de la salud*

16. El derecho a la salud guarda una especial relación con la garantía de la atención primaria de la salud. Una intervención prioritaria para impedir la mortalidad derivada de la maternidad consiste en garantizar el funcionamiento de los sistemas de atención primaria de la salud, para que pasen de intervenciones basadas en la comunidad al servicio de referencia de primer nivel en que pueda prestarse asistencia obstétrica de emergencia<sup>14</sup>.

17. El derecho a la salud entraña a su vez derechos para la mujer en relación con ciertos servicios, productos e instalaciones de atención de la salud que:

a) *Deben estar disponibles en número suficiente*<sup>15</sup>. Entre otras cosas, esto impone a los Estados la obligación de garantizar un número suficiente de profesionales de la salud. La mejora de las estrategias de recursos humanos, que incluye el aumento del número de profesionales de la salud y la mejora de sus condiciones de trabajo, es un requisito esencial para reducir la mortalidad derivada de la maternidad en muchos países<sup>16</sup>;

b) *Deben ser física y económicamente accesibles*<sup>17</sup>. El acceso físico a los servicios de salud y su costo frecuentemente influyen en las decisiones que adopta la mujer acerca de solicitar o no solicitar asistencia<sup>18</sup>. En muchos países, la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad dependerá de que los servicios pertinentes sean más accesibles, lo que incluye hacerlos extensivos a zonas insuficientemente atendidas. También dependerá de que se logre que las intervenciones pertinentes sean asequibles;

c) *Deben ser accesibles sin discriminación*. Los bienes, servicios e instalaciones han de ajustarse a las necesidades existentes en materia de género y a los derechos y culturas de las minorías y poblaciones indígenas<sup>19</sup>. Para prevenir la mortalidad derivada de la maternidad y mejorar el acceso a la atención de la salud materna no basta simplemente con aumentar gradualmente las intervenciones técnicas o hacer que sean más asequibles. Es también esencial atender a los factores sociales, culturales, políticos y jurídicos que influyen en las decisiones de la mujer de solicitar servicios de atención de la salud materna o de la salud reproductiva. Ello tal vez exija eliminar las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y las desigualdades en materia de género pero impiden que las mujeres y las adolescentes aspiren a servicios de buena calidad;

d) *Deben ser de buena calidad*<sup>20</sup>. La calidad de la atención frecuentemente influye en los resultados de las intervenciones y también en la decisión de la mujer de solicitar o no solicitar atención de la salud.

#### *Determinantes subyacentes de la salud*

18. El derecho a la salud no es sólo un derecho a la atención de la salud, sino también un derecho a otros determinantes sociales, económicos, culturales y políticos de la salud. Entre ellos cabe mencionar la participación en los procesos de adopción de decisiones relacionados con la salud, la información sobre la salud

sexual y reproductiva, el alfabetismo, la nutrición, la no discriminación y la igualdad en materia de género. La mayoría de esos determinantes influyen directamente en el acceso a servicios de salud que son esenciales para prevenir la mortalidad derivada de la maternidad. Algunos de ellos, como la nutrición, pueden ser una causa directa de la mortalidad derivada de la maternidad. Algunas de esas cuestiones se examinan nuevamente en el párrafo 22 *infra*.

*Realización progresiva, recursos y cooperación internacional*

19. Los Estados tienen la obligación de dedicar el máximo volumen de recursos disponibles a la realización progresiva del derecho a la salud y de adoptar medidas jurídicas y sustantivas al respecto<sup>21</sup>. En muchos países, los sistemas de salud se encuentran crónicamente en una situación de falta de fondos y de colapso. Para reducir la mortalidad derivada de la maternidad es esencial que aumenten los gastos y las políticas de refuerzo de los sistemas de salud y dar prioridad a la atención de la salud materna.

20. El derecho a la salud impone a los Estados desarrollados una obligación de asistencia y de cooperación internacionales, en el sentido de que han de prestar asistencia a los países en desarrollo a realizar el derecho a la salud<sup>22</sup>. Los Estados desarrollados deben prestar apoyo a las actividades que realizan los Estados en desarrollo para reducir la mortalidad derivada de la maternidad. Esa obligación se pone de manifiesto en el objetivo 8 de los objetivos de desarrollo del Milenio, a saber, fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Los Estados desarrollados deben asegurarse de que su asistencia internacional para el desarrollo y otras políticas sirven para reforzar los sistemas de salud y otras políticas pertinentes en los países en desarrollo (véanse también los documentos A/59/422 y A/60/348).

*El derecho a la salud y el modelo de los “tres retrasos”*

21. Se ha indicado que la mortalidad derivada de la maternidad obedece principalmente a retrasos en relación con lo siguiente: decidir pedir ayuda médica apropiada en caso de emergencia obstétrica (por razones de costo, falta de reconocimiento de una emergencia, nivel insuficiente de instrucción, falta de acceso a la información y desigualdad de género); acceder a una instalación apropiada (por razones de distancia, infraestructura y transporte); y recibir atención adecuada cuando accede a la instalación (por ejemplo, porque el personal es insuficiente o porque no se dispone de electricidad, agua o suministros médicos)<sup>23</sup>. Los “tres retrasos” están interrelacionados<sup>24</sup>. El derecho a la salud abarca normas y obligaciones que son de aplicación en cada uno de esos contextos.

**B. ¿En qué medida puede el derecho a la salud reforzar las políticas y programas destinados a reducir la mortalidad derivada de la maternidad?**

22. En la Cumbre del Milenio (2000), los Estados aprobaron la Declaración del Milenio. La Declaración incluye el compromiso de reducir en tres cuartas partes la mortalidad derivada de la maternidad para el año 2015<sup>25</sup>. Los objetivos de desarrollo del Milenio, que dimanan de la Declaración del Milenio e incluyen el compromiso de mejorar la salud materna, han pasado a ser la plataforma central de las actividades internacionales de desarrollo.



23. La mortalidad derivada de la maternidad fue un foco de atención internacional durante muchos años antes de la aprobación de los objetivos<sup>26</sup>. No obstante, los objetivos representan una oportunidad nueva y tal vez más ambiciosa para reducir la mortalidad derivada de la maternidad. Confiere a esa cuestión una mayor relevancia, lo que incluye plazos, cuentan con el respaldo de un mecanismo internacional de asesoramiento acerca de su aplicación, han generado un importante apoyo de los donantes y de las organizaciones internacionales y han servido cada vez más para configurar las políticas nacionales e internacionales de desarrollo.

24. En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994, los Estados reconocieron que la salud sexual y reproductiva era esencial para el desarrollo. Por el contrario, los objetivos de desarrollo del Milenio guardan silencio sobre esa relación. No obstante, en la Cumbre Mundial 2005 los Estados reafirmaron la posición de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo mediante el compromiso de: “lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna [y] mejorar la salud materna”<sup>27</sup>.

25. Aunque la meta para alcanzar el objetivo es reducir la mortalidad derivada de la maternidad en tres cuartas partes para 2015, el objetivo más general es mejorar la salud materna. En el pasado decenio se hizo cada vez más hincapié en ello. En particular, se está prestando acertadamente más atención a la cuestión de la fístula obstétrica. En 2003 el UNFPA y otros organismos de las Naciones Unidas pusieron en marcha una campaña mundial para erradicar la fístula.

26. En los objetivos —y en un buen número de marcos normativos nacionales e internacionales— no se hace una referencia expresa al derecho a la salud ni a otros derechos. Una cuestión conexa es determinar si el derecho a la salud puede aportar algo en el contexto de la formulación de políticas encaminadas a reducir la mortalidad derivada de la maternidad, así como a la mejora de la salud materna.

27. El Equipo del Proyecto del Milenio sobre la salud de los niños y las madres, encargado de formular recomendaciones en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio, reconoció inequívocamente el papel de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, en la formulación de políticas encaminadas a reducir la mortalidad derivada de la maternidad. Otros agentes han propugnado asimismo un enfoque basado en derechos respecto de la formulación de políticas en materia de salud y algunos han adoptado medidas para integrar los derechos humanos en sus políticas y programas de lucha contra la mortalidad derivada de la maternidad.

28. El derecho a la salud puede contribuir positivamente a la formulación de políticas en materia de salud materna por varias razones:

a) Por ajustarse a derecho, por su aceptación generalizada por la comunidad internacional y por el marco detallado de normas y obligaciones que entraña, el derecho a la salud puede contribuir a legitimar políticas y programas destinados a prevenir la mortalidad derivada de la maternidad;

b) Los principios de la igualdad y de la no discriminación en el marco del derecho a la salud pueden desempeñar tres importantes funciones en el marco de las políticas encaminadas a reducir la mortalidad derivada de la maternidad. En primer

lugar, sirven de fundamento a programas que promueven una distribución más equitativa de la atención de la salud, particularmente en zonas rurales o pobres o zonas con una numerosa población indígena o perteneciente a minorías. En segundo lugar, sirven para dar prioridad a ciertas intervenciones —como la atención obstétrica de emergencia— que pueden garantizar el disfrute por la mujer del derecho a la salud sobre la base de la no discriminación y de la igualdad. En tercer lugar, las políticas que promueven la no discriminación y la igualdad —así como la dignidad, la sensibilidad cultural, la intimidad y la confidencialidad— en el entorno clínico pueden mejorar las relaciones entre los pacientes y los proveedores de asistencia sanitaria, así como alentar a la mujer a buscar esa asistencia;

c) El derecho a la salud incluye a su vez el derecho a participar en la formulación de políticas de salud en los planos local, nacional e internacional. La participación de los interesados pertinentes, particularmente las mujeres, contribuirá a desarrollar programas más efectivos y sostenibles, reducir la exclusión y mejorar la rendición de cuentas;

d) La supervisión y la rendición de cuentas son características propias del derecho a la salud y pueden servir para reducir la mortalidad derivada de la maternidad. El derecho a la salud exige la rendición de cuentas de diferentes interesados, particularmente los proveedores de asistencia sanitaria, las autoridades locales de salud, los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil<sup>28</sup>. Los mecanismos de rendición de cuentas accesibles y eficaces —incluidos los tribunales, el defensor de la salud, las evaluaciones del impacto y los procesos de revisión normativos— pueden contribuir a mejorar el acceso a la atención de la salud; y

e) El establecimiento de un enfoque de reducción de la mortalidad derivada de la maternidad en el marco del derecho a la salud requiere indicadores apropiados para supervisar los progresos que se realicen y destacar los ajustes normativos que sean necesarios. La extensión del presente informe no permite realizar un análisis detallado de los indicadores necesarios. El Relator Especial quisiera que la Asamblea General se remita al informe que presentó a la Comisión de Derechos Humanos (E/CN.4/2006/48, párrs. 22 a 61 y anexo), en el que se establece una metodología para un enfoque de los indicadores de salud basado en derechos, particularmente en relación con la estrategia de salud reproductiva respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2004.

29. En suma, una política inspirada en el derecho a la salud probablemente será equitativa, integradora, no discriminatoria, participativa y basada en la realidad. En el contexto de las políticas de lucha contra la mortalidad derivada de la maternidad, esas características contribuyen a empoderar a la mujer y garantizan que las políticas serán probablemente sostenibles, sólidas y eficaces.

30. Las intervenciones para prevenir la mortalidad derivada de la maternidad —incluidos los servicios de planificación de la familia, las parteras cualificadas, la atención obstétrica de emergencia y otros servicios de salud sexual y reproductiva— son también medidas fundamentales para prevenir y tratar otras causas de las enfermedades sexuales y relacionadas con la salud reproductiva, particularmente la fístula y otras enfermedades causantes de la morbilidad materna. Así pues, es probable que el establecimiento de un enfoque para reducir la mortalidad derivada de la maternidad tomando como base el derecho a la salud probablemente dará lugar a una mejora de la salud sexual y reproductiva, particularmente de la salud materna.

### C. Necesidad de una campaña de derechos humanos para luchar contra la mortalidad derivada de la maternidad

31. En el marco de la labor que realiza, el Relator Especial ha instado a los expertos y organizaciones que se ocupan de los derechos humanos a no limitarse a utilizar sus técnicas tradicionales —como las campañas, las denuncias públicas y los enfoques basados en los tribunales—, sino a comprometerse también con los encargados de formular políticas a asegurar que las políticas se inspiran en el derecho a la salud.

32. La mortalidad derivada de la maternidad forma parte de un reducido número de problemas relacionados con el derecho a la salud, en cuyo marco los expertos en derechos humanos y los encargados de formular políticas han contraído amplios compromisos constructivos entre sí. Esas actividades deben ser objeto de encomio y de más apoyo; en cualquier caso, existe ciertamente un mayor margen para la interacción en los planos internacional, nacional y local.

33. Por el contrario, las organizaciones que se ocupan de los derechos humanos han prestado menos atención a las técnicas tradicionales de derechos humanos para hacer frente a la mortalidad derivada de la maternidad<sup>29</sup>. Las denuncias públicas, las campañas y los enfoques basados en los tribunales también pueden servir para reforzar las reivindicaciones y mejorar el nivel de rendición de cuentas en relación con la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad.

34. En el decenio de 1990 se determinó que la violencia en el hogar constituía una violación de los derechos humanos y ello contribuyó a que cobrara impulso la campaña en contra de ese tipo de violencia. Por la misma razón, debe alentarse a las organizaciones de derechos humanos a que organicen una campaña mundial contra la mortalidad derivada de la maternidad. Se las ha de instar a protestar y manifestarse contra la mortalidad derivada de la maternidad con la misma intensidad con que denuncian las ejecuciones extrajudiciales, las detenciones arbitrarias, los juicios injustos y la situación de los presos de conciencia. La persistencia de elevadas tasas de mortalidad derivada de la maternidad, unida al hecho de que todos los Estados se han comprometido a reducir en dos terceras partes dicha mortalidad para 2015, indica que ha llegado el momento de poner en marcha esa iniciativa.

35. No hay que infravalorar los numerosos problemas con que tropezaría esa empresa. Por ejemplo, si bien la violencia contra la mujer es siempre una violación de los derechos humanos, no lo son algunos casos inevitables de mortalidad derivada de la maternidad. Otro ejemplo es el hecho de que la identidad del violador de los derechos humanos tal vez no esté siempre clara, dado que la responsabilidad respecto de la mortalidad derivada de la maternidad puede ser imputable a numerosos agentes, incluidos familiares, profesionales y servicios de salud, el Estado y la comunidad internacional. No obstante, eso no impide que los fallecimientos derivados de la maternidad constituyan una violación de los derechos humanos, la cual ha de ser investigada *precisamente para determinar en quién recae la responsabilidad* y para garantizar una mejor rendición de cuentas, de manera que puedan realizarse urgentemente las oportunas modificaciones normativas.

36. Una campaña de derechos humanos contra la mortalidad derivada de la maternidad evitable daría lugar inevitablemente a otras cuestiones cruciales, entre las que destacaría la importancia capital de establecer sistemas de salud eficaces que sean accesibles para todos.

### III. El derecho humano a los medicamentos

37. Hay casi 2.000 millones de personas que carecen de medicamentos esenciales<sup>30</sup>. Esa carencia causa sufrimientos inmensos y evitables: mala salud, dolores, temores y pérdida de la dignidad y de la vida<sup>31</sup>. La mejora del acceso a los medicamentos existentes podría salvar 10 millones de vidas cada año, de las que 4 millones corresponderían a África y a Asia sudoriental<sup>32</sup>. Además de la carencia, la desigualdad manifiesta en el acceso a los medicamentos sigue siendo una característica primordial de la situación farmacéutica del mundo<sup>33</sup>. El gasto promedio per cápita en medicamentos en los países con ingresos elevados es 100 veces mayor que en los países con ingresos bajos: 400 dólares y 4 dólares, respectivamente. La OMS estima que el 15% de la población mundial consume más del 90% de la producción mundial de productos farmacéuticos<sup>30</sup>.

38. Las políticas, normas e instituciones nacionales e internacionales existentes son el origen de esas numerosas situaciones de carencia y de desigualdad. Los sistemas nacionales de suministro de medicamentos frecuentemente no llegan a las personas que viven en la pobreza. Cuando lo hacen, los medicamentos no suelen tener un precio asequible. Históricamente las actividades de investigación y desarrollo no se han ocupado de las necesidades prioritarias de salud de quienes viven en la pobreza. Es posible adoptar medidas alternativas y es urgente llevar a cabo las reformas necesarias. De hecho, tales reformas vienen exigidas por consideraciones jurídicas y éticas, dimanantes en particular de la legislación internacional que regula los derechos humanos.

39. El logro de ciertos objetivos de desarrollo del Milenio, como los de reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y luchar contra el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, depende de que mejore el acceso a los medicamentos. Ciertamente uno de esos objetivos es, en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo<sup>34</sup>. Lo esencial es que la materialización del derecho al más alto nivel posible de salud puede contribuir a que se alcancen objetivos relacionados con la salud.

40. La atención médica en caso de enfermedad, así como la prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades son características básicas del derecho al más alto nivel posible de salud<sup>35</sup>. Esas características están en función del acceso a los medicamentos. Así, el acceso a los medicamentos constituye una parte indispensable del derecho al más alto nivel posible de salud. Numerosos asuntos planteados ante los tribunales y resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos confirman que el acceso a los medicamentos esenciales es un elemento fundamental del derecho a la salud<sup>36</sup>. Algunos de esos asuntos confirman también que el acceso a los medicamentos esenciales está estrechamente relacionado con otros derechos humanos, como el derecho a la vida.

41. En el presente capítulo se examina someramente el componente de medicamentos del derecho a la salud. Si bien se concentra en las responsabilidades de los Estados (véase la sección A, párrs. 47 a 81 *infra*), el capítulo también incluye una breve introducción sobre las responsabilidades de las empresas farmacéuticas (véase la sección B, párrs. 82 a 92). Este capítulo constituye una contribución preliminar a cuestiones de derechos humanos de amplio alcance que son de suma importancia.

42. Desde 2004 el Relator Especial ha sacado provecho de cierto número de cursillos sustantivos y otras reuniones con numerosos agentes, incluidos representantes de las empresas farmacéuticas, en relación con las cuestiones que se presentan en este capítulo (véase párr. 86). Con objeto de ser lo más práctico y constructivo posible, el Relator Especial está preparando algunos proyectos de directrices para los Estados y las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos. El proyecto tiene por objeto ayudar a los Estados y esas empresas a desempeñar mejor sus responsabilidades en cuanto al acceso a los medicamentos como derecho a la salud. En la sección A se examinan las responsabilidades de los Estados y en la sección B las responsabilidades de las empresas farmacéuticas. El proyecto preliminar puede consultarse en [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/rapporteur.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm).

43. El Relator Especial seguirá trabajando en relación con este proyecto preliminar en los próximos meses con miras a que las directrices estén ultimadas en 2007. Celebrará amplias consultas sobre el proyecto y aprovecha esta oportunidad para alentar a todas las partes interesadas a que le proporcionen observaciones<sup>37</sup>.

### **Marco analítico del derecho a la salud**

44. El derecho al más alto nivel posible de salud es un derecho humano amplio y complejo. En los últimos años el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la OMS, las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones académicas y muchas otras entidades han establecido un método para desarrollar o analizar el derecho a la salud con miras a que resulte más fácil de comprender y aplicar en la práctica a las políticas, los programas y los proyectos relacionados con la salud (por ejemplo, la Observación general No. 14 del Comité). Por su parte, el Relator Especial ha intentado aplicar y precisar ese marco analítico en su país y en otros informes. El Relator Especial recomienda encarecidamente que los encargados de formular políticas utilicen ese marco analítico, ya que servirá para que profundicen sus conocimientos sobre el derecho a la salud, permitiéndoles reforzar sus políticas sanitarias y otras intervenciones al respecto. De esa manera, el marco analítico constituirá un denominador común para examinar una amplia gama de cuestiones de salud bajo el prisma del derecho a la salud.

45. Aunque el marco analítico se detalla en otro lugar, sus elementos clave pueden resumirse muy someramente de la manera siguiente:

- Delimitación de las leyes, normas y principios nacionales e internacionales pertinentes relacionados con los derechos humanos;
- Reconocimiento de que el derecho a la salud está sujeto a limitaciones de recursos y a una progresiva realización, lo que exige la delimitación de indicadores y puntos de referencia para medir los progresos realizados (o no realizados) a lo largo del tiempo;
- Reconocimiento no obstante, de que algunas obligaciones dimanantes del derecho a la salud no están supeditadas a limitaciones de recursos ni a una progresiva realización, sino que tienen un efecto inmediato, como la obligación de evitar la discriminación de jure y de facto;
- Reconocimiento de que el derecho a la salud incluye a su vez otros derechos negativos (por ejemplo, el derecho a no ser objeto de un trato no consensual y de una participación no consensual en los ensayos clínicos) y derechos

positivos (por ejemplo, derecho a un sistema de atención y de protección de la salud). En su mayor parte, los derechos negativos no tienen consecuencias presupuestarias, pero sí los derechos positivos;

- Todos los servicios, bienes e instalaciones de salud deben estar disponibles, ser accesibles y aceptables y ser de buena calidad. En los párrafos 47 a 51 *infra* se explica someramente la aplicación de esas características a los medicamentos;
- Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y observar el derecho al más alto nivel posible de salud. En los párrafos 59 y 60 *infra* también se explica someramente cómo se aplica a los medicamentos;
- Habida cuenta de su importancia crucial, el marco analítico exige que se preste especial atención a las cuestiones de la no discriminación, la igualdad y la vulnerabilidad;
- Participación: el derecho a la salud requiere que las personas y las comunidades tengan la oportunidad de participar de manera activa y con conocimiento de causa en la adopción de decisiones que guarden relación con su salud;
- Asistencia y cooperación internacionales: los países en desarrollo tienen la responsabilidad de solicitar asistencia y cooperación internacionales, en tanto que los desarrollados tienen algunas responsabilidades en lo concerniente a la realización del derecho a la salud en los países en desarrollo, y
- Supervisión y rendición de cuentas: el derecho a la salud requiere que existan mecanismos efectivos, transparentes y accesibles de supervisión y rendición de cuentas en los planos nacional e internacional.

46. A título ilustrativo, en el presente capítulo se aplican someramente elementos de ese marco analítico al acceso a los medicamentos.

## A. Responsabilidades de los Estados

### **Garantizar que los medicamentos estén disponibles y sean accesibles, culturalmente aceptables y de buena calidad<sup>38</sup>**

47. Los Estados han de hacer razonablemente todo lo que puedan para asegurarse de que los medicamentos *existentes* están *disponibles* en cantidades suficientes en sus jurisdicciones. Por ejemplo, tal vez tengan que hacer uso de los factores de flexibilidad del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) mediante la aprobación y utilización de una legislación obligatoria en materia de licencias, con lo que se garantizaría que los medicamentos dentro de sus jurisdicciones se encuentran en cantidades suficientes. Además, hay constancia de que las actividades de investigación y desarrollo no han tenido en cuenta las necesidades prioritarias de salud de los países en desarrollo. Así pues, dentro del marco de la asistencia y la cooperación internacionales, los Estados han de adoptar medidas eficaces para promover el desarrollo y la disponibilidad de nuevos medicamentos, vacunas y medios de diagnóstico para las enfermedades que tienen graves repercusiones en los países en desarrollo<sup>39</sup>. Los Estados deben recurrir a diferentes incentivos económicos, financieros y comerciales para lograr que las actividades de investigación y desarrollo se orienten hacia necesidades concretas de salud.

48. En suma, los Estados no sólo tienen el derecho a garantizar que los medicamentos existentes estén disponibles dentro de sus fronteras, sino que también tienen la responsabilidad de adoptar medidas razonables para garantizar que se fabrican nuevos medicamentos de los que se tienen mucha necesidad y que éstos se encuentran disponibles.

49. Además de estar disponibles, los medicamentos han de ser accesibles. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones. En primer lugar, los medicamentos han de ser accesibles en todo el país (por ejemplo tanto en las zonas rurales remotas como en las zonas urbanas). Ello tiene importantes repercusiones en relación con la planificación de sistemas de suministro de medicamentos, incluidos los programas de divulgación. En segundo lugar, los medicamentos han de ser económicamente accesibles (es decir asequibles) para todos, incluidas las personas que viven en la pobreza. Ello tiene importantes repercusiones para la financiación de los medicamentos y los acuerdos de fijación de precios. También puede significar que un Estado ha de revisar importantes gravámenes y otros impuestos sobre los medicamentos para conseguir que éstos estén al alcance de los pobres. En tercer lugar, los medicamentos han de ser accesibles sin discriminación en los casos en que ésta resulta prohibida, como la discriminación por sexo, raza, origen étnico y origen socioeconómico. Tal como se explica en la sección siguiente, el principio de la no discriminación puede exigir que un Estado adopte medidas para garantizar la igualdad de acceso de todas las personas y grupos, como las minorías desfavorecidas. En cuarto lugar, la información fidedigna sobre los medicamentos debe ser accesible a los pacientes y a los profesionales de la salud con objeto de que éstos puedan adoptar decisiones con conocimiento de causa y utilizar sin riesgo los medicamentos.

50. Además de estar disponibles y ser accesibles, los medicamentos y otros artículos conexos han de ser culturalmente aceptables y ajustarse a la ética médica. Por ejemplo, las medidas adoptadas en el plano nacional deben respaldar la debida utilización de los medicamentos tradicionales y su integración en los sistemas de atención de la salud, al tiempo que los ensayos clínicos han de requerir el consentimiento con conocimiento de causa de las personas objeto de las investigaciones.

51. Además, los medicamentos han de ser de buena calidad. En caso de que se rechacen en el Norte porque ya ha pasado su fecha de caducidad y no resultan seguros, los medicamentos no han de ser aprovechados en el Sur. Dado que los medicamentos pueden ser falsificados o manipulados, los Estados han de establecer un sistema normativo para comprobar su seguridad y calidad.

#### *Lucha contra la discriminación, la desigualdad y la vulnerabilidad*

52. Debe de prepararse una política nacional de medicamentos para garantizar el acceso de las personas vulnerables y de los grupos desfavorecidos, incluidas las mujeres y las niñas, las minorías étnicas y las poblaciones indígenas, las personas que viven en la pobreza, las personas que viven con el VIH/SIDA, las personas desplazadas en el interior del país, las personas de edad, las personas con discapacidad, las personas reclusas y otras personas.

53. Esa preocupación por la vulnerabilidad y los grupos desfavorecidos dimana de dos de los principios más fundamentales de la legislación relativa a los derechos humanos: la no discriminación y la igualdad. Es importante destacar que esos dos principios paralelos no siempre exigen un trato igual; por el contrario, a veces requieren que un Estado adopte medidas en favor de personas y comunidades

desfavorecidas. Pese a estar estrechamente relacionados con el concepto ético de la equidad, los principios de la no discriminación y de la igualdad tienen la ventaja de que se refuerzan mediante la ley y los mecanismos de rendición de cuentas.

54. En relación con el acceso a los medicamentos, la no discriminación y la igualdad tienen numerosas repercusiones. Por ejemplo, un Estado está obligado a establecer un sistema nacional de suministro de medicamentos que incluya programas especialmente destinados a acceder a las poblaciones vulnerables y desfavorecidas. Además, requiere hacer frente a factores culturales, sociales y políticos que impiden que los grupos vulnerables accedan a la atención médica en general y a los medicamentos en particular. En la medida de lo posible, se han de desglosar los datos para delimitar cuáles son los grupos vulnerables y supervisar sus progresos con miras a lograr un acceso igual (véase el documento E/CN.4/2006/48, a partir del párrafo 62).

**En relación con los medicamentos, ¿cómo ha de medirse y supervisarse su progresiva realización? ¿Cuáles son las obligaciones de efecto inmediato?**

55. El derecho al más alto nivel posible de salud —y, por ende, el acceso a los medicamentos— está supeditado a la realización progresiva y a la disponibilidad de recursos de conformidad con el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En suma, la realización progresiva significa que un Estado ha de lograr en el plazo de cinco años resultados mejores que en la actualidad, al tiempo que la disponibilidad de recursos significa que lo que se requiere de un Estado desarrollado es un nivel más alto que en el caso de un Estado en desarrollo.

56. Ello tiene algunas repercusiones importantes. Por ejemplo, los Estados han de establecer indicadores y puntos de referencia apropiados para determinar si se está o no se está realizando progresivamente el derecho a la salud (véase el enfoque basado en los derechos humanos que se expone en el documento E/CN.4/2006/48). No obstante, hay que hacer una importante precisión: el derecho a la salud incluye algunas obligaciones básicas de efecto inmediato, sin las que el derecho se vería en buena medida privado de su razón de ser<sup>40</sup>. Por ejemplo, los Estados tienen una obligación inmediata de evitar la discriminación y de lograr que ciertos productos farmacéuticos —denominados “medicamentos esenciales”— estén disponibles y accesibles en todas sus jurisdicciones<sup>41</sup>. Esas obligaciones básicas de efecto inmediato no están sujetas a la realización progresiva.

57. Orientándose en la Lista modelo de medicamentos esenciales (2005), todo Estado ha de preparar una lista nacional de medicamentos de ese tipo recurriendo a un proceso participativo. Si un Estado no prepara su propia lista de medicamentos esenciales, se aplicará la Lista modelo de la OMS, sujeta a cualquier revisión contextual lógica. Un Estado tiene la obligación básica de efecto inmediato —no sujeta a la realización progresiva— de lograr que los medicamentos esenciales de su propia lista nacional estén disponibles y sean accesibles en toda su jurisdicción<sup>42</sup>.

58. En suma, el derecho a la salud abarca el acceso a medicamentos no esenciales y esenciales. Aunque ha de realizar progresivamente el acceso a los medicamentos no esenciales, un Estado tiene la obligación básica de efecto inmediato de lograr que los medicamentos esenciales estén disponibles y sean accesibles en toda su jurisdicción. El presente capítulo se refiere a los medicamentos no esenciales y esenciales.



### **Obligaciones de respetar, proteger y facilitar el cumplimiento**

59. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y facilitar el cumplimiento del derecho al más alto nivel posible de salud<sup>43</sup>. Por ejemplo, la obligación de respetar obliga a un Estado a asegurarse de que su política en materia de medicamentos no discrimina a la mujer, las minorías étnicas o los grupos desfavorecidos. La obligación de proteger requiere que un Estado garantice que no hay ningún tercero que obstaculice el disfrute del derecho a la salud; por ejemplo, un Estado ha de garantizar que la privatización del sector de la salud promueve y no obstaculiza la realización del derecho a la salud. La obligación de facilitar el cumplimiento requiere que un Estado proporcione a quienes viven en la pobreza medicamentos esenciales a los que no tienen acceso.

60. En otras palabras, un Estado puede contratar la prestación de servicios de salud con una empresa privada, pero no puede subcontratar sus obligaciones respecto del derecho a la salud. Un Estado siempre mantiene una responsabilidad residual respecto de la reglamentación adecuada de sus sistemas de salud y de medicamentos, así como en favor del bienestar de los grupos más desfavorecidos de su jurisdicción.

#### *Participación en la formulación de políticas sobre la salud*

61. La participación activa e informada de personas y comunidades en la formulación de políticas que les afecten en materia de salud es una importante característica del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En la mayoría de los casos, una comunidad local tendrá un acusado sentido de sus prioridades en relación con la salud; la comunidad estará facultada para participar en la delimitación de prioridades y metas que orienten las deliberaciones técnicas en que se base la formulación de políticas que afecten a sus miembros.

62. Cuando formule su política y sus programas nacionales sobre medicamentos, el Estado ha de adoptar medidas para garantizar la participación activa e informada de todos los afectados: no sólo de las asociaciones profesionales y de las universidades, sino también de las comunidades rurales, las ONG, las asociaciones de pacientes y consumidores y los representantes de los grupos desfavorecidos.

### **Asistencia internacional y cooperación en materia de salud**

63. La obligación primordial a los efectos de poner en práctica el derecho a la salud recae en las autoridades nacionales del Estado de que se trate. No obstante, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas a título individual y en el marco de la asistencia y la cooperación internacionales con miras a la plena realización de diferentes derechos, incluido el derecho a la salud. En algunos de sus otros informes (véase el documento A/60/348), el Relator Especial ha examinado la responsabilidad de los Estados que están en condiciones de prestar asistencia y de llevar a cabo actividades de asistencia y cooperación en el plano internacional.

64. En el contexto de los medicamentos, esa responsabilidad significa que ningún Estado rico debe alentar a un país en desarrollo a aceptar normas sobre la propiedad intelectual que no tengan en cuenta las salvaguardas y elementos de flexibilidad incluidos en el Acuerdo sobre los ADPIC<sup>44</sup>. En otras palabras, los Estados desarrollados no deben alentar a un país en desarrollo a aceptar las normas “ADPIC plus” en cualquier tratado comercial bilateral o multilateral. Los Estados

desarrollados deben ayudar a los países en desarrollo a establecer sistemas de salud eficaces, integrados e integradores que incluyan sistemas que sirvan verdaderamente para distribuir medicamentos de calidad y asequibles para todos, así como apoyar las actividades de investigación y desarrollo en el marco de las necesidades prioritarias de salud de los países en desarrollo (véase también el párrafo 48).

### **Supervisión y rendición de cuentas**

65. El derecho a la salud lleva aparejado el requisito esencial de establecer mecanismos accesibles, transparentes y eficaces de supervisión y rendición de cuentas. Quienes tengan responsabilidades en relación con el derecho a la salud han de rendir cuentas de su cometido con miras a determinar los éxitos y las dificultades que se hayan registrado; cuando sea necesario, podrán realizarse ajustes normativos y de otra índole. Los mecanismos de supervisión y de rendición de cuentas revisten numerosas formas. Si bien es el Estado el que ha de decidir cuáles son los más apropiados para su caso concreto, todos los mecanismos han de ser eficaces, accesibles y transparentes.

66. La política nacional en materia de medicamentos ha de estar sujeta a un régimen apropiado de supervisión y de rendición de cuentas. Ello exige que dicha política contenga lo siguiente: las obligaciones del gobierno en relación con el derecho a la salud en el caso de los medicamentos; un plan de aplicación en el que se señalen objetivos, plazos, los titulares de obligaciones y sus responsabilidades, indicadores, marcos de referencia y procedimientos de denuncia. Cuando proceda, un organismo nacional adecuado (por ejemplo, un defensor de la salud) tendrá que examinar en qué medida han cumplido su cometido los encargados de aplicar la política nacional en materia de medicamentos con miras no a sancionarlos y castigarlos, sino a establecer qué políticas e instituciones están funcionando adecuadamente y cuáles no a fin de mejorar la realización del derecho de todos a los medicamentos.

### **Algunas cuestiones concretas y prácticas en relación con el acceso a los medicamentos**

67. La consecución del objetivo de garantizar el acceso de los medicamentos para todos plantea una serie de cuestiones concretas, prácticas e importantes. A título ilustrativo, en la presente sección se presentan someramente cuatro de esas cuestiones, teniendo en cuenta el marco analítico indicado en los párrafos anteriores.

#### *Un sistema digno de confianza de suministro de medicamentos de calidad y asequibles*

68. Independientemente de que se opte por un sistema de suministro público, privado o mixto, el Estado tiene la obligación jurídica de que exista en su jurisdicción un sistema digno de confianza, eficaz y transparente de suministro de medicamentos de calidad y asequibles. El sistema de suministro ha de ajustarse a las necesidades existentes, ofrecer una buena relación calidad-precio, entrañar una reducción de los desechos al máximo y evitar la corrupción (en los párrafos 78 a 80 se dan más detalles sobre la corrupción). Es esencial que esté concebido para atender a quienes viven en la pobreza y a comunidades aisladas, así como a las elites urbanas ricas.

69. Ciertamente el cumplimiento de esa obligación depende de los recursos de que se disponga en el país: el Canadá está obligado a garantizar un mejor acceso a una gama

más amplia de medicamentos que el Chad. No obstante, tanto en el caso de los países desarrollados como en desarrollo esa obligación está sujeta a un cumplimiento progresivo: en el plazo de cinco años todos los Estados han de garantizar un mejor acceso a una gama más amplia de medicamentos que en la actualidad.

70. Para medir el cumplimiento progresivo (o el incumplimiento), los Estados han de establecer indicadores y puntos de referencia desglosados con miras al logro de un sistema de suministro de medicamentos digno de confianza y eficaz<sup>45</sup>. Esos indicadores se han de hacer eco de ciertos aspectos relacionados con los derechos humanos, como puede ser la medida en que el sistema garantiza la igualdad de acceso a los grupos vulnerables (de ahí la necesidad de indicadores desglosados) y dispone de mecanismos eficaces de supervisión y de rendición de cuentas.

#### *Calidad de los medicamentos*

71. Las normas internacionales de derechos humanos son claras: el Estado tiene la obligación jurídica de garantizar que se disponga de medicamentos de buena calidad en toda su jurisdicción. Así pues, es necesaria una normativa eficaz en materia de medicamentos para garantizar la seguridad, la eficacia y la calidad de los medicamentos disponibles tanto en el sector público como en el privado, así como la precisión y la idoneidad de la información sobre los medicamentos a la que tengan acceso los profesionales de la salud y la población en general.

72. Aunque la seguridad y la calidad de los medicamentos constituyen un problema en muchos países desarrollados y en desarrollo, la magnitud del problema es mucho mayor en los países en desarrollo, donde puede darse el caso de que los medicamentos de mala calidad sean los únicos accesibles a los pobres. En recientes evaluaciones efectuadas por la OMS, entre el 50% y el 90% de las muestras de medicamentos contra el paludismo no pasaron las pruebas de control de calidad, al tiempo que más de la mitad de los antirretrovirales no se ajustaron a las normas internacionales. La venta de medicamentos falsificados y deficientes sigue suscitando preocupación en todo el mundo.

73. La tercera parte de los Estados no cuentan con una autoridad reguladora de los medicamentos o tienen una capacidad insuficiente para reglamentar su mercado. La falta de esa autoridad es manifiestamente incompatible con el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. De conformidad con su responsabilidad de asistencia y cooperación internacionales en el marco de los derechos humanos, los Estados desarrollados deben ayudar activamente a los países en desarrollo a establecer autoridades apropiadas de reglamentación de los medicamentos.

#### *Financiación de los medicamentos*

74. Para que un medicamento sea asequible han de darse numerosos factores, entre los que cabe mencionar la financiación (es decir, cómo se paga el medicamento) y el precio. Hay diferentes modos de financiar los medicamentos, tales como los seguros médicos públicos o privados, los honorarios que pagan los pacientes, las donaciones, los préstamos, etc. Se trata de cuestiones complejas, razón por la que el Relator Especial se limita a examinar un único aspecto. Independientemente de las medidas de financiación que se adopten, el Estado tiene una obligación desde la perspectiva de los derechos humanos de garantizar que los medicamentos sean accesibles económicamente (es decir, asequibles) para todos.

75. En muchos países con ingresos elevados, más del 70% de los medicamentos se financian con fondos públicos, en tanto que en los países con ingresos bajos y medianos el gasto público no abarca las necesidades de medicamentos básicos de la mayoría de la población. En esos países, los propios pacientes han de pagar entre el 50% y el 90% de los medicamentos. Cuando es sufragado por los hogares, el costo de los medicamentos puede dar lugar a un empobrecimiento de las poblaciones ya desfavorecidas y menoscabar la igualdad de acceso a los medicamentos.

76. En los países desarrollados, un tratamiento con antibióticos contra la neumonía puede comprarse por el equivalente de dos o tres horas de salario; en los países en desarrollo, el tratamiento puede costar un mes de salario. En los países desarrollados, un tratamiento de un año contra el VIH puede equivaler entre cuatro y seis meses de salario y, en la mayoría de los casos, estará cubierto por el seguro médico; en muchos países en desarrollo, el tratamiento pediátrico de un año del VIH puede equivaler a los ingresos de 10 años de un adulto. Esas marcadas desigualdades son sumamente odiosas y ponen de manifiesto la importancia de la responsabilidad que tienen los Estados desarrollados en relación con la asistencia y la cooperación internacionales.

77. No obstante, llegados a este punto lo esencial es que en los países desarrollados la mayoría de los medicamentos se sufragan con fondos públicos, en tanto que en los países en desarrollo la mayoría de los hogares compra sus medicamentos con dinero procedente de sus propios bolsillos. En los países en desarrollo la falta de financiación pública en el sector de la sanidad da lugar a que los medicamentos sean menos asequibles, especialmente en el caso de las personas que viven en la pobreza.

#### *Corrupción*

78. En muchos sistemas de suministro de medicamentos, la corrupción es endémica. Los productos se desvían; se exige el pago de “derechos” no oficiales para el despacho de aduanas; se permite la distribución de medicamentos falsificados, etc. La corrupción puede ser mortal. Según Dora Akunyili, Jefa de la Autoridad de Alimentos y Medicamentos de Nigeria: “La adulteración de los medicamentos, facilitada por la corrupción, mata en masa y todos podemos ser las víctimas”<sup>46</sup>.

79. Las personas que viven en la pobreza están excesivamente afectadas por la corrupción en el sector de la salud, ya que disponen de menos medios que otras para pagar pequeños sobornos por servicios que se supone han de ser gratuitos o pagar por servicios alternativos privados en caso de que la corrupción haya entrañado el desmantelamiento de los servicios de salud públicos.

80. El derecho a la salud incluye la participación, el acceso a la información, la transparencia, la supervisión y la rendición de cuentas. Cada una de esas características contribuye a establecer un entorno en el que la corrupción no puede subsistir. En suma, una política de derecho a la salud es también una política de lucha contra la corrupción. Así pues, la materialización del derecho a la salud puede contribuir a reducir la corrupción en el sistema de salud en general, así como en los sistemas de suministro de medicamentos en particular.

## Conclusión

81. Como se ha examinado en el párrafo 42 *supra*, el Relator Especial está preparando, mediante un proceso de consultas, directrices para los Estados y las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos. Mientras tanto, el Relator Especial desea subrayar que es esencialmente importante que todos los Estados cuenten con una política nacional actualizada en materia de medicamentos y un plan detallado de aplicación. Esa política debe incluir una lista nacional de medicamentos esenciales. A comienzos de siglo, casi 100 Estados no tenían una política nacional de medicamentos<sup>47</sup>. Dos tercios de los Estados que contaban con esa política no disponían de un plan de aplicación<sup>48</sup>. El Relator Especial no comprende cómo un Estado puede cumplir sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud si no cuenta con una política nacional apropiada y actualizada de medicamentos, un plan de aplicación y listas de medicamentos esenciales, preparadas en el marco de un proceso participativo e integrador. En este contexto, el Relator Especial insta a los Estados a que presten suma atención a la encomiable labor que realiza la OMS sobre el acceso a los medicamentos, y en particular a su *Medicines Strategy, Countries at the Core (2004-2007)*.

## B. Responsabilidades de las empresas farmacéuticas

82. En la sección anterior se destacaba la responsabilidad primordial de los Estados de incrementar el acceso a los medicamentos. No obstante, se trata ciertamente de una responsabilidad compartida. Para que aumente el acceso a los medicamentos, han de desempeñar un papel fundamental numerosos agentes nacionales e internacionales. En los objetivos de desarrollo del Milenio se reconoce que las empresas farmacéuticas han de compartir esa responsabilidad. El Objetivo 8, Fomentar una asociación mundial para el desarrollo, tiene varias metas, entre las que cabe señalar la siguiente: “*en cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo*” (se ha agregado la cursiva).

83. El pasado año, un documento normativo del Gobierno británico sobre el acceso a medicamentos detallaba lo siguiente: “La responsabilidad de aumentar el acceso a los medicamentos esenciales recae en toda la comunidad internacional. Para que se realicen progresos es necesaria la colaboración de todos con miras a establecer un sistema de salud en los países en desarrollo, aumentar la financiación, conseguir que los medicamentos sean más asequibles e incrementar el número de nuevos medicamentos fabricados para luchar contra las enfermedades que afectan a los países en desarrollo”<sup>49</sup>. Es importante destacar que el documento dice asimismo lo siguiente: “En este contexto, las empresas farmacéuticas han de desempeñar una función concreta. En su calidad de fabricantes de medicamentos ya existentes y de otros nuevos, pueden realizar —y de hecho realizan— transformaciones dentro de su ámbito de influencia”. A continuación se expone en el documento un prometedor “marco de prácticas idóneas para el sector farmacéutico”.

84. Desde que el Relator Especial fue designado en 2002, muchas partes le han expuesto las importantes repercusiones que el sector farmacéutico produce en la aplicación del derecho al más alto nivel posible de salud. Ese mensaje ha resultado especialmente claro en el caso de las misiones enviadas a los países con ingresos bajos y medianos. Los Estados y otras entidades han criticado al sector farmacéutico

por establecer precios demasiado elevados, hacer donaciones erráticas de medicamentos, llevar a cabo actividades desequilibradas de investigación y desarrollo, establecer normas “ADPIC plus”, promover medicamentos inapropiados, realizar ensayos químicos problemáticos y llevar a cabo otras prácticas que se considera que menoscaban la capacidad del Estado de desempeñar las responsabilidades que le incumben en relación con el derecho a la salud<sup>50</sup>. No obstante, los Estados y otras entidades han realizado importantes progresos en los últimos años, como muestran la utilización más generalizada de la fijación diferencial de precios, las donaciones previsibles y sostenibles de medicamentos y el compromiso reiterado de realizar actividades de investigación y desarrollo sobre las enfermedades relegadas a segundo término<sup>51</sup>.

85. En el marco de su mandato, se pidió al Relator Especial que, entre otras cosas, mantuviera un diálogo regular y examinara las posibles esferas de cooperación con todos los agentes pertinentes; informara sobre las buenas prácticas que más favorecían el disfrute del derecho al más alto nivel posible de salud y sobre los obstáculos con que tropezaba su ejercicio a nivel interno e internacional; y apoyara los esfuerzos de los Estados formulando recomendaciones.

86. Sobre la base de su mandato, el Relator Especial ha celebrado durante los tres últimos años diferentes debates sobre el acceso a los medicamentos con numerosas partes, incluidas las empresas farmacéuticas. La mayoría de las reuniones con las empresas farmacéuticas han estado organizadas por Realizing Rights: The Ethical Globalization Initiative, a lo que se suma un simposio internacional organizado por la Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible<sup>52</sup>. Los debates han sido sustantivos y constructivos. Se han basado en la labor realizada por el Pacto Mundial, la Iniciativa de dirigentes empresariales en cuestión de derechos humanos, el ACNUDH, los Estados, la OMS y otros elementos del sistema de las Naciones Unidas, empresas farmacéuticas, organizaciones de la sociedad civil y otras entidades. Los debates se han beneficiado de la amplia experiencia y bibliografía existentes sobre la responsabilidad empresarial, que han aumentado exponencialmente en los últimos años. Se han examinado las prácticas idóneas y las que no lo son. Esos debates han confirmado en general que un creciente número de empresas farmacéuticas están siendo cada vez más conscientes de la contribución que pueden hacer a la promoción del derecho al más alto nivel posible de salud, así como los beneficios que ese enfoque puede reportarles.

87. En esos debates de gran alcance, el Relator Especial ha introducido el derecho al más alto nivel posible de salud y ha destacado la complementariedad entre la responsabilidad empresarial, las prácticas idóneas y el derecho a la salud. El Relator Especial intentó explicar el marco analítico del derecho a la salud (tal como se esboza en el párrafo 45 *supra*). Aunque ese marco está primordialmente destinado a los Estados, su aplicación puede contribuir a delimitar intervenciones normativas que toda empresa farmacéutica puede —y debe— realizar para mejorar el acceso a los medicamentos. El Relator Especial intentó disipar algunos conceptos erróneos acerca del derecho a la salud, explicando, por ejemplo, que éste podía promoverse y protegerse sin recurrir a los tribunales mediante la configuración de políticas idóneas. El Relator Especial, aunque encomió algunas de las iniciativas de las empresas en relación con la presentación de informes sobre su propia responsabilidad, observó que tales iniciativas no llegaban a ser los mecanismos independientes sobre rendición de cuentas previstos en el marco de los derechos humanos (algunos de esos mecanismos independientes eran no judiciales, como el defensor de la salud).

88. Aunque algunas empresas farmacéuticas informan sobre sus actividades en materia de responsabilidad cívica empresarial o responsabilidad empresarial, pocas de ellas hacen mención concreta en sus informes de los derechos humanos en general y del derecho a la salud en particular. Es aún menor el número de ellas que examina detenidamente sus políticas a través del prisma del derecho al más alto nivel posible de salud. Se ha dejado pasar la oportunidad porque todas las empresas farmacéuticas, independientemente de que sean grandes, pequeñas, destinadas a investigación, genéricas o de ámbito mundial o local, considerarían beneficioso adoptar un enfoque orientado hacia los derechos humanos en sus actividades empresariales, tal como se destaca en una excelente publicación conjunta del Pacto Mundial, la Iniciativa de dirigentes empresariales en cuestión de derechos humanos y el ACNUDH<sup>53</sup>.

89. En los últimos años se ha avanzado en la comprensión general de los derechos económicos, sociales y culturales. Para que se mantenga ese impulso, es necesario pasar de los debates generales acerca de los derechos económicos, sociales y culturales a la consideración de derechos concretos en relación con determinados sectores, agentes y cuestiones. Ese es el punto que se ha alcanzado en relación con las empresas farmacéuticas y el derecho a la salud. En la actualidad, las declaraciones generales sobre las empresas farmacéuticas y los derechos económicos, sociales y culturales constituyen la base indispensable para llevar a cabo un examen más detallado de determinadas cuestiones relacionadas con el derecho a la salud dimanantes del sector farmacéutico. En suma, ha llegado el momento de analizar con más profundidad las responsabilidades que tienen en el marco del derecho a la salud las empresas farmacéuticas reconocidas en términos generales por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación general No. 14, párr. 42.

90. Por esa razón, el Relator Especial ha emprendido un proceso de preparación de un proyecto de directrices para los Estados y las empresas farmacéuticas en relación con el acceso a los medicamentos. En el proyecto de directrices para las empresas farmacéuticas se consideran cuestiones concretas, como la fijación diferencial de precios, las donaciones, la investigación y el desarrollo y las enfermedades relegadas a un segundo término, la colaboración entre el sector público y el sector privado, la promoción de medicamentos, los ensayos clínicos y la corrupción. Esas directrices, que van acompañadas de una nota con conceptos, han sido preparadas teniendo presentes el marco analítico del derecho a la salud, así como ciertos estudios e informes<sup>54</sup>. Tal como observó el Representante Especial del Secretario General sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas comerciales: “Es fundamental lograr una mayor claridad conceptual con respecto a las respectivas responsabilidades de los Estados y las empresas ... Para ello, deberíamos tener presente que las empresas están obligadas no sólo por normas jurídicas, sino también por normas sociales y consideraciones morales” (E/CN.4/2006/97, párr. 70).

91. Partiendo de la idea que tiene el Relator Especial acerca del derecho al más alto nivel posible de salud, para este proceso arduo y a largo plazo el proyecto de directrices constituye una contribución modesta, constructiva, práctica y centrada en un sector. Una vez más el Representante Especial invita encarecidamente a todas las partes a que formulen observaciones sobre el proyecto<sup>55</sup>.

## Conclusión

92. Está surgiendo un consenso en el sentido de que las empresas mercantiles, al igual que todos los agentes de la sociedad, tienen algunas responsabilidades jurídicas y éticas en relación con los derechos humanos. En el preámbulo de la Declaración Universal de Derechos Humanos se establecen unas cuantas responsabilidades en materia de derechos humanos para “las instituciones” de la sociedad, entre las que figuran las empresas mercantiles<sup>56</sup>. El Pacto Mundial, con más de 2.300 empresas participantes, afirma que las empresas deben respaldar y respetar la protección de los derechos humanos internacionales<sup>57</sup>. En las Directrices de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) sobre las empresas multinacionales se requiere que éstas respeten los derechos humanos de las personas afectadas por sus actividades, en consonancia con las obligaciones y compromisos del gobierno anfitrión<sup>58</sup>. Aunque señaló que no era jurídicamente vinculante el Proyecto de Normas sobre las responsabilidades de las empresas transnacionales y otras empresas comerciales en la esfera de los derechos humanos, la Comisión de Derechos Humanos consideró que contenían “elementos e ideas útiles”<sup>59</sup>. Algunos tribunales nacionales han reconocido los efectos de las políticas de fijación de precios de las empresas farmacéuticas en los derechos humanos de los pacientes<sup>60</sup>. Es importante destacar que algunas empresas han preparado sus propias directrices y otras declaraciones en las que se afirman expresamente sus responsabilidades en materia de derechos humanos<sup>61</sup>.

93. En la actualidad las cuestiones clave incluyen, en primer lugar, aclarar el ámbito y el contenido de esas responsabilidades en materia de derechos humanos y, en segundo lugar, determinar cuáles son jurídicas y cuáles son éticas. El proyecto de directrices del Relator Especial constituye un modesto esfuerzo que se concentra en la primera de esas cuestiones en el contexto concreto de las empresas farmacéuticas. En cuanto a la segunda cuestión, en opinión del Relator Especial es inconcebible que algunos derechos humanos no entrañen responsabilidades jurídicas para las empresas mercantiles<sup>62</sup>.

## IV. Conclusiones

94. Merced a la labor de innumerables organizaciones y personas a título individual, el contenido del derecho al más alto nivel posible de salud es cada vez más claro. En 2000 el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales preparó un marco general en el que se desarrollaba el derecho a la salud en lo concerniente a determinadas libertades y derechos facultativos; la atención de la salud y los determinantes subyacentes de la salud; la no discriminación; la participación; y la supervisión y rendición de cuentas<sup>63</sup>. En muchos de sus informes, el Relator Especial ha aplicado el marco *general* a una gama de cuestiones *concretas* sobre salud. Con ello, ha intentado desarrollar y precisar el marco. En el presente informe el Relator Especial comienza por aplicar el marco a la mortalidad derivada de la maternidad y los medicamentos, cuestiones éstas que figuran en los objetivos de desarrollo del Milenio.

95. El derecho a la salud lleva aparejadas algunas contribuciones importantes a la lucha contra la mortalidad derivada de la maternidad y a la mejora del acceso a los medicamentos. A este respecto, sirve para precisar el análisis de las causas y



de las responsabilidades de los diferentes interesados. Las políticas inspiradas en el derecho a la salud probablemente serán más equitativas, sostenibles y eficaces. Esa contribución ya se reconoce en el contexto de algunas políticas y programas de salud materna. En relación con la formulación de políticas sobre los medicamentos, también se reconoce cada vez más la contribución positiva que puede hacerse teniendo en cuenta el derecho al más alto nivel posible de salud.

96. Además, la experiencia confirma que las técnicas tradicionales de derechos humanos, como las denuncias públicas y ante los tribunales, siguen desempeñando un papel fundamental en la realización de diferentes elementos del derecho a la salud, particularmente en lo concerniente al acceso a los medicamentos.

### Notas

- <sup>1</sup> Sitio del UNFPA en la web: <http://www.unfpa.org/mothers/statistics.htm>.
- <sup>2</sup> *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*, Equipo de Tareas del Proyecto del Milenio sobre la salud de los niños y de las madres, 2005.
- <sup>3</sup> Véase, por ejemplo, Wirth, M. y otros "Setting the Stage for Equity-sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs", 84 (7) *Boletín de la OMS*, julio de 2006.
- <sup>4</sup> Proyecto del Milenio, *op. cit.*, nota 3.
- <sup>5</sup> *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000*, OMS, 2004.
- <sup>6</sup> Wagstaff, A., y Claeson, M., *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*, Banco Mundial, 2004.
- <sup>7</sup> Estadísticas del UNICEF, 2003, recogidas en Bernstein, S. *Public Choices, Private decisions: Sexual and Reproductive Health and the MDGs*, Proyecto del Milenio, 2006.
- <sup>8</sup> Véase Yamin, A., Maine, D., "Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations", 21 (3) *Human Rights Quarterly*, 1999.
- <sup>9</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, 2005.
- <sup>10</sup> Cook, R., Dickens, B., y otros, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*, OMS, 2001: política internacional sobre los derechos sexuales y de salud reproductiva, Organismo Sueco de Desarrollo Internacional, 2006; Freedman, L., "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary", 82 *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2003; Yamin, A., Maine, D., *op. cit.*
- <sup>11</sup> Véase el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, arts. 10 y 12; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, art. 14.
- <sup>12</sup> Véase el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párrs. 14 y 21; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general No. 24, párr. 27; Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 8.25.
- <sup>13</sup> Freeman, L., "Achieving the MDGs: health systems as core social institutions", *Desarrollo*, 2005; *Informe sobre la salud en el mundo 2005*, OMS.
- <sup>14</sup> Proyecto del Milenio, *op. cit.*, nota 3.
- <sup>15</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párr. 12.
- <sup>16</sup> Proyecto del Milenio, *op. cit.*, nota 3.
- <sup>17</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párr. 12.
- <sup>18</sup> Proyecto del Milenio, *op. cit.*, nota 3.
- <sup>19</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párr. 12.
- <sup>20</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párr. 12.

- <sup>21</sup> Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.
- <sup>22</sup> *Ibíd.*, párr. 1.
- <sup>23</sup> Maine, D., *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. Universidad de Columbia, 1991.
- <sup>24</sup> Proyecto del Milenio, *op. cit.*, nota 3.
- <sup>25</sup> Resolución 55/2 de la Asamblea General; Declaración del Milenio, párr. 19.
- <sup>26</sup> Véanse, por ejemplo, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995); la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo, establecida en 1987, y la Alianza en favor de la salud de la madre y el recién nacido, establecida en 2004.
- <sup>27</sup> Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 (A/60/L.1, párr. 57). Los detalles completos del debate sobre la salud sexual y reproductiva en relación con los objetivos de desarrollo del Milenio pueden consultarse en Bernstein, S., *op. cit.*, nota 8.
- <sup>28</sup> Freeman, L., "Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary", 82 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003.
- <sup>29</sup> Algunas organizaciones de derechos humanos están comenzando a concentrarse más en la mortalidad derivada de la maternidad, como puede observarse en *Maternal mortality in Herat province, Afganistán: the need to protect women's rights*, Physicians for Human Rights, 2002; *Perú: Mujeres pobres y excluidas: la negación del derecho a la salud maternoinfantil*, Amnistía Internacional, 2006.
- <sup>30</sup> *WHO Medicines Strategy: Countries at the Core, 2004-2007*, OMS, 2004. Menos de la cuarta parte de todos los pacientes de SIDA de África y menos de la décima parte de los niños con SIDA reciben los medicamentos antirretrovirales que necesitan para salvar la vida según las estadísticas de la OMS presentadas en la XVI Conferencia Internacional sobre el SIDA, Toronto, 2006.
- <sup>31</sup> Parte del presente capítulo se basa en la Declaración de Montreal sobre el derecho humano a los medicamentos esenciales (2005), véase Marks, S. (ed.), *Health and Human Rights: Basic International Documents*, 2006.
- <sup>32</sup> *Increasing access to essential medicines in the developing world*, DPDI, 2004.
- <sup>33</sup> *The World Medicines Situation*, OMS, 2004.
- <sup>34</sup> Objetivos de desarrollo del Milenio, Meta 17 del Objetivo 8.
- <sup>35</sup> Véase el artículo 12 (2) c) y d) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- <sup>36</sup> Puede consultarse un excelente resumen de la jurisprudencia nacional pertinente en Hogerzell, H., y otros, "Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?", *Lancet*, 2006. Véanse también las resoluciones 2005/23, 2004/26 y 2003/29 de la Comisión de Derechos Humanos.
- <sup>37</sup> Las observaciones pueden enviarse a la Dependencia del Derecho a la Salud, Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex, en [rthu@essex.ac.uk](mailto:rthu@essex.ac.uk).
- <sup>38</sup> Véase Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párr. 12.
- <sup>39</sup> En lo concerniente a este problema, considerado desde el punto de vista del derecho a la salud en el contexto de las enfermedades relegadas a un segundo término en Uganda, véase el informe del Relator Especial E/CN.4/2006/48/Add.2, especialmente a partir del párrafo 62.
- <sup>40</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 3, párr. 10.
- <sup>41</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párrs. 43 y 44.
- <sup>42</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párrs. 12 1) y 43 4).
- <sup>43</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14, párrs. 34 a 37.
- <sup>44</sup> Por ejemplo, véanse los informes del Relator Especial sobre la Organización Mundial del Comercio (E/CN.4/2004/49/Add.1, a partir del párrafo 66) y el Perú (E/CN.4/2005/51/Add.3, a partir del párrafo 47).

- <sup>45</sup> WHO Medicines Strategy, 2004-2007, cap. 4.
- <sup>46</sup> Informe Global sobre la Corrupción 2006, Transparency International, 2006.
- <sup>47</sup> Hogerzeil, H., “Medicamentos esenciales y derechos humanos”, *Boletín de la OMS*, 2006.
- <sup>48</sup> *The World Medicines Situation*, OMS, 2004.
- <sup>49</sup> *Increasing people’s access to essential medicines in developing countries*, DPDI, 2005.
- <sup>50</sup> Parte de esa información ha sido obtenida durante la correspondiente misión y confirmada, por ejemplo, en el informe provisional del Equipo de Tareas 5 del Grupo de Trabajo sobre el acceso a los medicamentos esenciales, Proyecto del Milenio, 2004, y Cullet, P., “Patents and Medicines: the relationship between TRIPS and the human right to health”, *International Affairs*, 2003.
- <sup>51</sup> En relación con estas últimas, véase Moran, M. y otros, “The new landscape of neglected disease drug development”, The Wellcome Trust, 2005.
- <sup>52</sup> Informe sobre el simposio internacional titulado *The right to health: a duty for whom?*, Fundación Novartis para el Desarrollo Sostenible, 2004.
- <sup>53</sup> Véase “A guide for integrating human rights into business management”, en <http://www.bliht.org/>.
- <sup>54</sup> Comisión OMS de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública, informe sobre los progresos realizados, 2006; *Increasing people’s access to essential medicines in developing countries*, DPDI, 2005; Leisinger, K., “On Corporate Responsibility and Human Rights”, 2006; *Branding the Cure*, Consumers International, 2006.
- <sup>55</sup> El proyecto puede consultarse en [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/rapporteur.shtml](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtml) y las observaciones pertinentes pueden enviarse a [rthu@essex.ac.uk](mailto:rthu@essex.ac.uk).
- <sup>56</sup> Robinson, M., “The business case for human rights” in *Visions of Ethical Business*, *Financial Times Management* (Londres, Financial Times Professional, 1998); de Mello, S. V., “Human rights: what role for business?” 2 (1), *New Academy Review* (2003).
- <sup>57</sup> Puede consultarse más información sobre el Pacto Mundial en <http://www.unglobalcompact.org/>.
- <sup>58</sup> Directrices de la OCDE sobre las empresas multinacionales, 2000.
- <sup>59</sup> Normas sobre las responsabilidades de las empresas transnacionales y otras empresas comerciales en la esfera de los derechos humanos (E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2) (2003).
- <sup>60</sup> *AIDS Access Foundation and others v. Bristol-Myers Squibb and others*, 2002 (10) BC Tor Por 34/2544.
- <sup>61</sup> “Novartis Corporate Citizenship Guideline 4 (Human Rights)”; puede consultarse en [www.novartisfoundation.com](http://www.novartisfoundation.com).
- <sup>62</sup> Opinión que coincide con la que figura en el informe provisional del Representante Especial del Secretario General sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales; véase, por ejemplo, el documento E/CN.4/2006/97, párr. 61, última oración. Véase en general, Clapham, A., *Human Rights Obligations of Non-State Actors*, 2006.
- <sup>63</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general No. 14.