

# Instrumentos para la protección y defensa del Derecho a la Salud



Serie Aportes N° 7

# Créditos

Instrumentos para la protección y defensa del Derecho a la Salud  
Serie Aportes, N° 7

Edición y distribución: ©Provea, 2004

Depósito Legal: lf4142004300520

ISBN: 980-6544-04-8

ISSN: 1315-2047

Investigación y recopilación de textos: Marino Alvarado y María Elena Rodríguez

Dirección de publicación: Carlos Correa

Coordinación de publicación: Inés González

Edición Gráfica: Elsy Torres

Impresión: Gráficas León (1.000 ejemplares)

Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos (Provea)

Tienda Honda a Puente Trinidad,

Boulevard Panteón, Edif. Centro Plaza Las Mercedes, P.B, Local 6, Caracas.

Apdo. Postal 5156, Carmelitas 1010-A

Telf. 860.66.69 - 862.10.11

provea@derechos.org.ve

www.derechos.org.ve

Esta publicación llega a sus manos gracias a  
Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)

# Contenido

## Presentación...5

## 1. Tratados internacionales...7

### Sistema Universal

*El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)...8*

*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)...9*

*Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)...10*

*Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CETFDM)...12*

### Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)

*Convenio 121, relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales...13*

*Convenio 130, relativo a la asistencia médica y a las prestaciones monetarias de enfermedad...33*

*Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos...49*

*Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo...53*

*Convenio 169 sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes...62*

*Convenio 183 sobre la protección de la maternidad...64*

### Sistema Regional

*Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)...71*

## 2. Declaraciones Internacionales...72

### Sistema Universal

*Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)...73*

*Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud...74*

*Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales...77*

*Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental...80*

*Declaración de los derechos de los impedidos...93*

*Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes...121*

*Declaración de los Derechos del Retrasado Mental...123*

### Sistema Regional

*Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADH)...25*

## 3. Doctrina Internacional...126

*Observación General N°14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (CDESC)...127*

*Informe Provisional del Relator Especial Sr. Paul Hunt sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental... 149*  
*Observación General N° 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada (CDESC)... 173*  
*Observación General N° 15 sobre el derecho al agua (CDESC)... 183*  
*Recomendación General 24, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CETFDM)... 201*  
*Observación General N° 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)... 210*

## Presentación

La definición de la salud emanada de la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades”, ha permitido que en la actualidad el derecho a la salud cuente con un desarrollo normativo, doctrinario y jurisprudencial con un enfoque integral de la salud, en el cual el goce del máximo nivel posible de salud está determinado no sólo por la condición de salud física y mental de la persona, sino también por los factores socioeconómicos determinantes del entorno, tales como acceso a agua limpia potable y condiciones sanitarias básicas, condiciones ambientales adecuadas, alimentación y nutrición, vivienda y condiciones de trabajo seguras.

Provea, desde 1992, desarrolla acciones de promoción, educación y defensa en torno al derecho humano a la salud, uno de los ejes de trabajo prioritarios de la organización en el marco de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Entre las tareas de carácter formativo que lleva a cabo, impulsa la utilización y difusión de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos como una estrategia para la exigibilidad y justiciabilidad de los DESC.

Las organizaciones que trabajamos en el campo de los DESC queremos contribuir a la construcción social del contenido de estos derechos. Este proceso requiere que los interesados conozcan los desarrollos normativos, doctrinarios y jurisprudenciales existentes, con la finalidad de establecer el punto de partida para ese proceso. Por ello, la tarea de promover los DESC requiere facilitar el acceso organizado a los instrumentos jurídicos y demás referencias doctrinales desarrolladas por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Los documentos y herramientas jurídicas acá recopilados cuentan con el concurso de un soporte de diversos expertos independientes y de agencias especializadas de la Organización de Naciones Unidas, lo que contribuye a garantizar su solvencia y pertinencia. Adicionalmente, obligan a los Estados a cumplir con las estipulaciones y recomendaciones. Todo ello deriva de las obligaciones establecidas en los convenios internacionales. Pero este hecho no es suficiente para el desarrollo nacional de las realizaciones contenidas en estos instrumentos; para que ello ocurra es necesaria una apropiación de sus contenidos por parte de los responsables de la ejecución de las políticas públicas y por parte de los propios ciudadanos. De ese modo se puede avanzar en la definición y realización de estos derechos.

La construcción normativa sobre el derecho a la salud tiene diversidad de registros y aproximaciones en los varios instrumentos internacionales aquí citados, unos de naturaleza vinculante para los Estados y otros con carácter más bien referencial, unos generales y otros más específicos a grupos humanos o patologías concretas. Su contenido y desarrollo está disgregado en declaraciones, resoluciones, pactos y convenios internacionales, lo que dificulta su consulta entre las personas interesadas. Por otra parte, su acceso está sometido a las barreras del lenguaje, limitado a los confines de las bibliotecas o a los entresijos de la internet, sumado al desconocimiento de su existencia por parte de los actores sociales interesados en la salud pública.

El conjunto de los instrumentos compilados en esta publicación quiere contribuir a esa reflexión entre sanitaristas, dirigentes comunitarios, académicos, funcionarios públicos, activistas de derechos humanos o entre las personas interesadas, con el objeto de promover

una reflexión de los temas relacionados con la salud desde la perspectiva de los derechos humanos. Una reflexión que esperamos pueda contribuir a construir una perspectiva socialmente asumida que contemple a la salud desde o con el aporte del derecho internacional de los derechos humanos. Esta perspectiva puede fortalecer las posibilidades de las acciones de funcionarios y ciudadanos con las herramientas que nos permiten la exigibilidad y realización de los derechos de los ciudadanos. Esta mirada contempla los contenidos o aspectos específicos del derecho y su interrelación con el conjunto de los otros derechos humanos.

En esta compilación incluimos varios documentos e instrumentos internacionales que permiten una aproximación al contenido del derecho, los cuales son base normativa y doctrina sobre el derecho a la salud en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, incluyendo las observaciones generales de órganos de vigilancia de los tratados internacionales de la organización de Naciones Unidas, declaraciones u otros documentos que se refieren a grupos vulnerables que requieren especial protección: trabajadores, mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas con situación de discapacidad física y mental, entre otros, personas con enfermedades mentales. Este conjunto de documentos es parte, en diverso grado y obligación para los Estados, del código internacional de los derechos humanos, que incluye una lista de 137 convenios y protocolos.

En su conjunto, los diversos instrumentos y documentos de derechos humanos contribuyen al avance en la precisión conceptual de los contenidos de los distintos derechos, y en este caso del derecho a la salud. La noción desarrollada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos implica asumir su integralidad e interdependencia, y en ello se construye y juega la posibilidad de una vida en condiciones de dignidad para todos y todas. Agradecemos a la cooperación técnica alemana de Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) por su apoyo para la edición de esta publicación, que esperamos contribuya al fortalecimiento de las capacidades de los diversos ciudadanos y funcionarios relacionados e interesados en la salud pública venezolana.

## **1-Tratados Internacionales**

Dentro de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, los tratados, pactos y convenciones tienen valor jurídico vinculante para los Estados que los firman y ratifican. En Venezuela, según la Constitución, esos tratados, pactos y convenios firmados y ratificados "...tienen jerarquía constitucional y prevalecen en el orden interno, en la medida en que contengan normas sobre su goce y ejercicio más favorables a las establecidas en esta Constitución y en las leyes de la República y son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público".

Estos instrumentos delimitan el contenido normativo de los derechos y las obligaciones que tienen los Estados para su protección, respeto y satisfacción. Asimismo, otorgan a las personas garantías para la exigibilidad y justiciabilidad de los derechos humanos.

A continuación se reseñan artículos de instrumentos internacionales del sistema universal de protección de los derechos humanos con carácter vinculante para Venezuela, en los cuales se reconoce el derecho humano a la salud.

## **Sistema Universal**

*El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*<sup>1</sup>  
*Artículo 12*

“1– Los Estados Partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud física y mental.

2– Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes del presente Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:

a. La reducción de la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

b. El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

c. La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

d. Las condiciones que aseguran a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”

Para el desarrollo de esta norma el Pacto tomó como marco referencial la Constitución de la OMS. El derecho a la salud se asume con un enfoque integral e interrelacionado con otros derechos, donde salud no es sólo ausencia de enfermedad. Por el contrario, se vincula a un conjunto de factores determinantes de la salud. Así mismo, corresponde a los Estados adoptar las medidas necesarias para la plena satisfacción del derecho conforme los términos y criterios de medición establecidos en el artículo 12.2.

---

<sup>1</sup> Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976. Ratificado por Venezuela mediante ley publicada en Gaceta Oficial número 2.146 del 28.01.78.



*Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)*<sup>2</sup>

Artículo 7

“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos”.

Esta norma agrega un elemento que, hasta los momentos, no había sido incorporado por ningún otro instrumento internacional, es decir, la prohibición del sometimiento del individuo a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento. De manera que las personas no pueden someterse sin su consentimiento a actos médicos que pongan en peligro la integridad física o psíquica.

---

<sup>2</sup> Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 2200 A (XXI). 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976. Ratificado por Venezuela según Gaceta Oficial N° 2.146 del 28.01.78, con reserva referida al Art. 14, parágrafo 3, literal d.

*Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)*<sup>3</sup>

Artículo 24

“1– Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.”

2– Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a. Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b. Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud;

c. Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente;

d. Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e. Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

4– Los Estados Partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.”

Estas disposiciones delimitan los contenidos normativos y definen criterios para la medición del derecho a la salud de los niños y niñas, manteniéndose un enfoque integral de la salud. Así mismo, destaca el compromiso que tienen los Estados de asegurar progresos

---

<sup>3</sup> Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 44/25. 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990. Ratificado por Venezuela según Gaceta Oficial N° 34.541 del 29.08.90.

en el nivel más alto posible de salud y en el acceso a servicios de prevención atención y rehabilitación de la salud, con base en el principio del interés superior del niño.

#### Artículo 25

“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.”

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.”

Por último, la CDN invoca medidas de protección especial a cargo de los Estados y en beneficio del derecho a la rehabilitación integral (física, psíquica y social) de la salud de los niños y niñas que han sido objeto de malos tratos, penas crueles inhumanas o degradantes, violencia armada, tortura, privación de libertad, etc.

*Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CETFDM)<sup>4</sup>*

Artículo 12

“1– Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2– Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Esta Convención reconoce el derecho de acceso a los servicios de salud sexual reproductiva con garantía en los principios de no discriminación por género, gratuidad y calidad de los servicios.”

---

<sup>4</sup> Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 34/180. 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981. La ley aprobatoria de la presente Convención fue publicada en la Gaceta Oficial N° 3.074 Extraordinario de fecha 16 de diciembre de 1982.

## Convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>5</sup>

*Convenio 121, relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales<sup>6</sup>*

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 17 junio 1964 en su cuadragésima octava reunión; Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, cuestión que constituye el quinto punto del orden del día de la reunión, y Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional, adopta, con fecha ocho de julio de mil novecientos sesenta y cuatro, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, 1964:

### Artículo 1

A los efectos del presente Convenio:

- a. el término legislación comprende las leyes y los reglamentos, así como las disposiciones reglamentarias en materia de seguridad social;
- b. el término prescrito significa determinado por la legislación nacional o en virtud de ella;
- c. la expresión establecimiento industrial comprende todos los establecimientos de las siguientes ramas de actividad económica: minas y canteras; industrias manufactureras; construcción; electricidad, gas, agua y servicios sanitarios, y transportes, almacenamiento y comunicaciones;
- d. la expresión persona a cargo se refiere a un estado de dependencia que se supone existe en casos prescritos;
- e. la expresión hijo a cargo comprende:

I) al hijo que no ha llegado aún, sea a la edad en que termina la enseñanza obligatoria o a los 15 años, cualquiera de ellas que sea la más alta; y

---

<sup>5</sup> La OIT es organismo internacional especializado en el tema de seguridad, higiene y salud en el campo internacional de los derechos laborales.

<sup>6</sup> Fecha de entrada en vigor: 28.07.1967. Fecha de adopción: 08.07.1964. Sesión de la Conferencia: 48.

II) bajo condiciones prescritas, al hijo que no ha llegado aún a una edad prescrita superior a aquella especificada en el inciso I), y que es un aprendiz o estudiante o que tiene una enfermedad crónica o una dolencia que le incapacite para toda actividad lucrativa, a menos que en la legislación nacional la expresión hijo a cargo comprenda a todo hijo que no tiene aún una edad notablemente superior a aquella especificada en el inciso I).

## Artículo 2

1– Todo Miembro cuya economía y cuyos recursos médicos estén insuficientemente desarrollados podrá acogerse, mediante una declaración motivada anexa a su ratificación, a las excepciones temporales previstas en los artículos siguientes: artículo 5; artículo 9, párrafo 3, apartado b), artículo 12; artículo 15, párrafo 2, y artículo 18, párrafo 3.

2– Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 de este artículo deberá incluir en las memorias sobre la aplicación del presente Convenio, que habrá de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, una declaración con respecto a cada una de las excepciones a que se haya acogido, en la cual exponga:

a. que subsisten las razones por las cuales se ha acogido a esa excepción; o

b. que a partir de una fecha determinada renuncia a acogerse a esa excepción.

## Artículo 3

1– Todo Miembro que haya ratificado el presente Convenio podrá, mediante una declaración anexa a su ratificación, excluir del campo de aplicación del Convenio:

a. a la gente de mar, incluidos los pescadores de pesquerías marítimas;

b. a los funcionarios públicos, cuando estas categorías estén protegidas en virtud de regímenes especiales que concedan en conjunto prestaciones por lo menos equivalentes a las del presente Convenio.

2– Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 de este artículo, el Miembro podrá excluir del número de asalariados considerado para el cálculo del porcentaje de asalariados efectuado en aplicación del apartado d) del párrafo 2 del artículo 4 y del artículo 5 a las personas pertenecientes a la categoría o categorías exceptuadas de la aplicación del Convenio.

3– Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 de este artículo podrá notificar ulteriormente al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que acepta las obligaciones del presente Convenio con respecto a una o varias de las categorías excluidas en el momento de su ratificación.

#### Artículo 4

1– La legislación nacional sobre las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales debe proteger a todos los asalariados, incluidos los aprendices, de los sectores público y privado, comprendidos aquellos de las cooperativas, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios.

2– Todo Miembro podrá prever las excepciones que estime necesarias en lo que se refiere:

- a. a las personas que realicen trabajos ocasionales ajenos a la empresa del empleador;
- b. a los trabajadores a domicilio;
- c. a los miembros de la familia del empleador que vivan con él respecto del trabajo que realicen para él;
- d. a otras categorías de asalariados, siempre que su número total no exceda del 10 por ciento de todos los asalariados no exceptuados en virtud de los apartados a) a c) del presente párrafo.

#### Artículo 5

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, la aplicación de la legislación nacional sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales podrá limitarse a categorías prescritas de asalariados cuyo número total no debería ser inferior al 75 por ciento de todos los asalariados que trabajen en establecimientos industriales, y, en caso de fallecimiento del sostén de familia, a categorías prescritas de beneficiarios.

#### Artículo 6

Las contingencias cubiertas, cuando se deban a un accidente del trabajo o a una enfermedad profesional, comprenderán las siguientes:

- a. estado mórbido;
- b. incapacidad para trabajar que resulte de un estado mórbido y que entrañe la suspensión de ganancias, tal como esté definida en la legislación nacional;
- c. pérdida total de la capacidad para ganar o pérdida parcial que exceda de un grado prescrito, cuando es probable que dicha pérdida total o parcial sea permanente, o disminución correspondiente de las facultades físicas; y
- d. pérdida de los medios de existencia, sufrida a consecuencia del fallecimiento del sostén de la familia, por categorías prescritas de beneficiarios.

## Artículo 7

1- Todo Miembro deberá prescribir una definición del accidente del trabajo, incluyendo las condiciones bajo las cuales un accidente sufrido en el trayecto al o del trabajo es considerado como un accidente del trabajo, y debe precisar los términos de dicha definición en las memorias sobre la aplicación de este Convenio que habrá de presentar en cumplimiento del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

2- No será necesario incluir en la definición de accidentes del trabajo las condiciones bajo las cuales debe considerarse como tal un accidente sufrido en el trayecto si, independientemente de los sistemas de seguridad social que cubren los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, hay otros sistemas distintos que cubren tales accidentes sufridos en el trayecto, y que conceden prestaciones que en su conjunto son por lo menos equivalentes a las que establece este Convenio.

## Artículo 8

Todo Miembro deberá:

a. prescribir una lista de enfermedades en la que figuren, por lo menos, las que se enumeran en el cuadro I del presente Convenio y que serán reconocidas como enfermedades profesionales cuando sean contraídas en las condiciones prescritas; o

b. incluir en su legislación una definición general de las enfermedades profesionales, que deberá ser suficientemente amplia para que abarque, por lo menos, las enfermedades enumeradas en el cuadro I del presente Convenio; o

c. establecer una lista de enfermedades en cumplimiento del apartado a), añadiendo, además, sea una definición general de enfermedades profesionales o bien otras disposiciones que permitan establecer el origen profesional de las enfermedades que no figuran en la lista o que se manifiestan bajo condiciones diferentes de las prescritas.

## Artículo 9

1- Todo Miembro deberá garantizar a las personas protegidas, en conformidad con las condiciones prescritas, el suministro de las siguientes prestaciones:

a. asistencia médica y servicios conexos en caso de estado mórbido;

b. prestaciones monetarias en las contingencias especificadas en los apartados b), c) y d) del artículo 6.

2- La iniciación del derecho a las prestaciones no puede ser subordinada ni a la duración del tiempo del empleo ni a la duración del período de afiliación al seguro o al pago de las cotizaciones. Sin embargo, en lo relativo a las enfermedades profesionales puede establecerse un período de exposición al riesgo previsto.



3– Se concederán las prestaciones mientras exista la situación que da derecho a ellas; no obstante, en lo que se refiere a la incapacidad para el trabajo, la prestación monetaria podrá no ser pagadera durante los tres primeros días, en los siguientes casos:

a. cuando la legislación de un Miembro, en la fecha en que este Convenio entre en vigor, establezca un período de espera y bajo la condición de que ese Miembro incluya, en las memorias sobre la aplicación de este Convenio que habrá de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, una declaración de que las razones que él tiene para acogerse a esta disposición subsisten todavía; o

b. cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo previsto en el artículo 2.

#### Artículo 10

1– La asistencia médica y los servicios conexos en caso de estado mórbido deberán comprender lo siguiente:

a. la asistencia médica general y la ofrecida por especialistas a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, incluidas las visitas a domicilio;

b. la asistencia odontológica;

c. la asistencia por enfermeras, a domicilio, en un hospital o en cualquier otra institución médica;

d. el mantenimiento en un hospital, centro de convalecencia, sanatorio u otra institución médica;

e. el suministro del material odontológico, farmacéutico y cualquier otro material médico o quirúrgico, comprendidos los aparatos de prótesis y su conservación, reparación y renovación cuando sea necesario, así como los lentes;

f. la asistencia suministrada, bajo la vigilancia de un médico o de un dentista, por miembros de otras profesiones reconocidas legalmente como conexas con la profesión médica; y

g. en la medida de lo posible, el siguiente tratamiento en el lugar de trabajo:

I) tratamiento de urgencia a las víctimas de accidentes graves;

II) cuidados ulteriores a las víctimas de lesiones leves que no acarreen interrupción del trabajo.

2– Las prestaciones otorgadas de conformidad con el párrafo 1 de este artículo se dispensarán, por todos los medios apropiados, a fin de conservar, restablecer o, si esto

no fuera posible, mejorar la salud de la víctima, así como su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales.

#### Artículo 11

1– Todo Miembro que proporcione asistencia médica y servicios conexos por medio de un régimen general de sanidad o de un régimen de asistencia médica para los asalariados podrá especificar en su legislación que dicha asistencia se prestará, en las mismas condiciones que a las demás personas con derecho a ella, a las personas que hayan sufrido un accidente del trabajo o una enfermedad profesional, siempre y cuando las normas sean establecidas en tal forma que eviten privaciones a los interesados.

2– Todo Miembro que proporcione asistencia médica y servicios conexos reembolsando a los trabajadores los gastos en que hayan incurrido, podrá establecer en su legislación normas especiales respecto de casos cuya amplitud, duración o costo rebasen los límites razonables, a condición de que las normas así establecidas no sean incompatibles con el objetivo fijado en el párrafo 2 del artículo 10, y eviten privaciones a los interesados.

#### Artículo 12

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2, la asistencia médica y los servicios conexos deberán comprender por lo menos lo siguiente:

- a. la asistencia médica general, incluidas las visitas a domicilio;
- b. la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c. el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- d. la hospitalización cuando fuere necesaria; y
- e. la asistencia de urgencia, cuando fuere posible, en el lugar del trabajo, a las víctimas de accidentes del trabajo.

#### Artículo 13

Las prestaciones monetarias por incapacidad temporal o inicial para el trabajo se harán en forma de pago periódico, calculado sea de conformidad con las disposiciones del artículo 19, sea con las del artículo 20.

#### Artículo 14

- 1– Se deberán pagar prestaciones monetarias por pérdida de la capacidad para ganar, cuando sea probable que sea permanente, o por disminución correspondiente de las facultades físicas en todos los casos en que esta pérdida de capacidad o esta disminución de facultades excedan de un porcentaje prescrito y subsistan una vez terminado el período durante el cual sean pagaderas las prestaciones de conformidad con el artículo 13.
- 2– En caso de pérdida total de la capacidad para ganar, cuando sea probable que sea permanente, o en caso de disminución correspondiente de las facultades físicas, la prestación monetaria consistirá en un pago periódico calculado sea de conformidad con las disposiciones del artículo 19, sea con las del artículo 20.
- 3– En caso de pérdida parcial sustancial de la capacidad para ganar que exceda de un porcentaje prescrito y cuando sea probable que esta pérdida sea permanente, o en caso de disminución correspondiente de las facultades físicas, la prestación consistirá en un pago periódico que representará una proporción conveniente de la prestación prevista en el párrafo 2 de este artículo.
- 4– En caso de cualquier otra pérdida parcial de la capacidad de ganar que exceda del porcentaje prescrito a que se refiere el párrafo 1 de este artículo, y cuando sea probable que esta pérdida sea permanente, o en caso de disminución correspondiente de las facultades físicas, la prestación monetaria podrá adoptar la forma de una suma global.
- 5– Los porcentajes de pérdida de la capacidad para ganar o de disminución correspondiente de las facultades físicas a que se hace referencia en los párrafos 1 y 3 de este artículo serán prescritos de modo que se eviten privaciones a los interesados.

#### Artículo 15

- 1– En circunstancias excepcionales, con el consentimiento de la víctima y cuando la autoridad competente tenga motivos para creer que el pago de una suma global se utilizará de manera particularmente ventajosa para el beneficiario, puede cambiarse el total o una parte de los pagos periódicos previstos en los párrafos 2 y 3 del artículo 14 por un capital correspondiente al equivalente actuarial de los pagos periódicos.
- 2– Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2 y el Miembro interesado considere que carece de los servicios administrativos necesarios para efectuar pagos periódicos, éste podrá sustituir los pagos periódicos mencionados en los párrafos 2 y 3 del artículo 14 por una suma global correspondiente al equivalente actuarial de los pagos periódicos. Este equivalente actuarial será calculado sobre la base de las informaciones existentes.

#### Artículo 17

La legislación nacional determinará las condiciones en que los pagos periódicos correspondientes deben ser reevaluados, suspendidos o terminados, debido a una modificación del porcentaje de pérdida de la capacidad para ganar o de disminución de las facultades físicas.

#### Artículo 18

- 1- Las prestaciones monetarias en caso de fallecimiento del sostén de la familia consistirán en un pago periódico a las siguientes personas: a la viuda, de acuerdo con lo que prescriba la legislación nacional; al viudo a cargo e incapacitado; a los hijos a cargo del fallecido, y a toda otra persona que fuera designada por la legislación nacional. Dicho pago periódico será calculado de conformidad sea con las disposiciones del artículo 19, sea con las del artículo 20. Sin embargo, no será necesario disponer un pago al viudo incapacitado y a cargo cuando las prestaciones monetarias a otros sobrevivientes son apreciablemente superiores a las que establece este Convenio y cuando otros sistemas de seguridad social, distintos de aquellos que cubren los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, establecen a favor de tal viudo prestaciones apreciablemente superiores a las consignadas para los casos de invalidez en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952.
- 2- Además, deberá pagarse una prestación para gastos funerarios a una tasa prescrita que no será inferior a su costo normal. El derecho a esta prestación podrá ser subordinado a condiciones prescritas, cuando las prestaciones monetarias a los sobrevivientes sean notablemente superiores a las que establece el presente Convenio.
- 3- Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2 y el Miembro interesado considere que carece de los servicios administrativos necesarios para efectuar pagos periódicos, podrá pagarse, en substitución de los pagos periódicos mencionados en el párrafo 1 del presente artículo, una suma global correspondiente al equivalente actuarial de los pagos periódicos debidos. Este equivalente actuarial será calculado sobre la base de las informaciones existentes.

#### Artículo 19

- 1- En el caso de un pago periódico al cual se aplique el presente artículo, la cuantía de la prestación, aumentada con el importe de las asignaciones familiares pagaderas durante la contingencia, deberá ser tal que para el beneficiario tipo que se indica en el cuadro II del presente Convenio sea por lo menos igual, para la contingencia correspondiente, al porcentaje indicado en dicho cuadro del total de las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia y del importe de las asignaciones familiares pagaderas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.

- 2- Las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia se calcularán de conformidad con reglas prescritas y, cuando las personas protegidas o sus cabezas de familia estén clasificadas en categorías según sus ganancias, las ganancias anteriores podrán calcularse de conformidad con las ganancias de base de las categorías a las que hayan pertenecido.
- 3- Podrá prescribirse un límite máximo para la cuantía de la prestación o para las ganancias que se tengan en cuenta en el cálculo de la misma, a reserva de que ese máximo se fije de tal modo que, cuando las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia sean iguales o inferiores al salario de un trabajador calificado de sexo masculino, las disposiciones del párrafo 1 del presente artículo queden satisfechas.
- 4- Se calcularán sobre el mismo tiempo básico las ganancias anteriores del beneficiario o de su sostén de familia, el salario del trabajador calificado de sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares.
- 5- Para los demás beneficiarios, la prestación será fijada de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.
- 6- Para los fines del presente artículo serán considerados como trabajadores calificados de sexo masculino los siguientes:
  - a. un ajustador o un tornero de una industria mecánica que no sea la industria de máquinas eléctricas; o
  - b. un trabajador ordinario calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente; o
  - c. una persona cuyas ganancias sean iguales o superiores a las ganancias del 75 por ciento de todas las personas protegidas, determinándose estas ganancias sobre una base anual o sobre la base de un período más corto, según se prescriba; o
  - d. una persona cuyas ganancias sean iguales al 125 por ciento del promedio de las ganancias de todas las personas protegidas.
- 7- Será un trabajador ordinario calificado, a los efectos del apartado b) del párrafo anterior, la persona empleada en el grupo principal de actividades eco-nómicas que ocupe el mayor número de personas protegidas de sexo masculino económicamente activas para la contingencia considerada, o de cabezas de familia de personas protegidas, según sea el caso, en el grupo que ocupe mayor número de personas protegidas o de sus cabezas de familia; a este efecto se utilizará la Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas, adoptada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas en su séptimo período de sesiones, el 27 de agosto de 1948, modificada, reproducida en el anexo al presente Convenio, o con las modificaciones que en dicha Clasificación puedan introducirse en cualquier momento.

- 8– Cuando la cuantía de las prestaciones varíe de una región a otra, el trabajador calificado de sexo masculino podrá ser determinado, dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 6 y 7 del presente artículo.
- 9– El salario del trabajador calificado de sexo masculino se determinará sobre la base del salario por un número normal de horas de trabajo fijado, sea por contratos colectivos, sea por o en virtud de la legislación nacional, cuando fuere aplicable, o por la costumbre, debiendo incluirse los subsidios de carestía de vida, si los hubiere. Cuando los salarios así determinados difieran de una región a otra y no se aplique el párrafo 8 del presente artículo, deberá tomarse el salario medio.
- 10– Ningún pago periódico será de cuantía inferior a la mínima prescrita.

#### Artículo 20

- 1– En el caso de un pago periódico al cual se aplique el presente artículo, la cuantía de la prestación, aumentada con el importe de las asignaciones familiares pagaderas durante la contingencia, deberá ser tal que para el beneficiario tipo que se indica en el cuadro II del presente Convenio sea por lo menos igual, para la correspondiente contingencia, al porcentaje indicado en dicho cuadro del total del salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino y del importe de las asignaciones familiares pagaderas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.
- 2– Serán calculados sobre el mismo tiempo básico el salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares.
- 3– Para los demás beneficiarios, la prestación se fijará de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.
- 4– Para la aplicación del presente artículo serán considerados como trabajadores ordinarios no calificados adultos de sexo masculino los siguientes:
  - a. un trabajador ordinario no calificado de una industria mecánica que no sea la industria de máquinas eléctricas; o
  - b. un trabajador ordinario no calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente.
- 5– Será un trabajador ordinario no calificado, a los efectos del apartado b) del párrafo precedente, la persona empleada en el grupo principal de actividades económicas que ocupe mayor número de personas protegidas de sexo masculino económicamente activas para la contingencia considerada, o de sostenes de familia de personas protegidas, según sea el caso, en el grupo que ocupe mayor número de personas protegidas o de sus sostenes de familia; a este efecto se utilizará la Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas, adoptada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones

Unidas en su séptimo período de sesiones, el 27 de agosto de 1948, modificada, reproducida en anexo al presente Convenio, o con las modificaciones que en dicha Clasificación puedan introducirse en cualquier momento.

- 6- Cuando la cuantía de las prestaciones varíe de una región a otra, el trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino podrá ser determinado, dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 4 y 5 del presente artículo.
- 7- El salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino se determinará sobre la base del salario por un número normal de horas de trabajo fijado sea por contratos colectivos, sea por o en virtud de la legislación nacional, cuando fuere aplicable, o por la costumbre, debiendo incluirse los subsidios de carestía de vida, si los hubiere. Cuando los salarios así determinados difieran de una región a otra y no se aplique el párrafo 6 del presente artículo, deberá tomarse el promedio del salario.
- 8- Ningún pago periódico será de cuantía inferior a la mínima prescrita.

#### Artículo 21

- 1- Las tasas de las prestaciones monetarias en curso a que se hace referencia en los párrafos 2 y 3 del artículo 14 y en el párrafo 1 del artículo 18 serán revisadas a consecuencia de variaciones notables del nivel general de ganancias que resulten de variaciones, también notables, del costo de la vida.
- 2- Todo Miembro deberá incluir las conclusiones de esas revisiones en las memorias anuales sobre la aplicación del presente Convenio, que habrá de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, y deberá precisar toda acción que haya adoptado a este respecto.

#### Artículo 22

- 1- Las prestaciones que, de conformidad con el presente Convenio, serían pagaderas a una persona protegida podrán ser suspendidas en la medida en que se prescriba en los casos siguientes:
  - a. mientras el interesado no esté en el territorio del Estado Miembro;
  - b. mientras la persona interesada esté mantenida con fondos públicos o a expensas de una institución o de un servicio de seguridad social;
  - c. cuando el interesado hubiera intentado fraudulentamente obtener la prestación de que se trate;
  - d. cuando el accidente del trabajo o la enfermedad profesional haya sido provocado por un delito cometido por el interesado;

e. cuando el accidente del trabajo o la enfermedad profesional haya sido provocado por el estado de intoxicación voluntaria del interesado, o por una falta grave e intencional del mismo;

f. cuando la persona interesada, sin causa justificada, no utilice los servicios médicos y conexos o los servicios de readaptación profesional puestos a su disposición, o no observe las reglas prescritas para comprobar la existencia o la prolongación de la contingencia o las reglas respecto de la conducta de los beneficiarios de las prestaciones;

g. mientras el cónyuge sobreviviente viva en concubinato.

2– En los casos y dentro de los límites prescritos, parte de las prestaciones monetarias que en otro caso serían pagaderas se abonará a las personas a cargo del interesado.

#### Artículo 23

1– Todo solicitante tendrá derecho a apelar en caso de que se le niegue la prestación o se le discuta su calidad o cantidad.

2– Cuando, al aplicar el presente Convenio, la administración de la asistencia médica se confíe a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, el derecho de apelación previsto en el párrafo 1 del presente artículo podrá sustituirse por el derecho a hacer examinar por la autoridad competente cualquier reclamación referente a la denegación de asistencia médica o a la calidad de la asistencia médica recibida.

3– Podrá negarse el derecho de apelación cuando las reclamaciones sean decididas por un tribunal especial establecido para entender en litigios sobre prestaciones por accidentes del trabajo y enfermedades profesionales o sobre cuestiones de seguridad social en general, y en él estén representadas las personas protegidas.

#### Artículo 24

1– Cuando la administración no sea confiada a una institución que esté bajo la dirección de las autoridades públicas o a un departamento gubernamental responsable ante un parlamento, representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración o estar asociados a ella con carácter consultivo, en condiciones prescritas. La legislación nacional podrá decidir también acerca de la participación de representantes de los empleadores y de las autoridades públicas.

2– El Miembro deberá asumir la responsabilidad general en lo que se refiere a la buena administración de las instituciones y servicios encargados de la aplicación del presente Convenio.

#### Artículo 25



Los Miembros deberán asumir la responsabilidad general en lo que se refiere al suministro conveniente de las prestaciones concedidas en aplicación del presente Convenio y deberán adoptar todas las medidas necesarias a este efecto.

#### Artículo 26

1– Los Miembros deberán, en las condiciones prescritas:

a. tomar medidas de prevención contra los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales;

b. proporcionar servicios de readaptación profesional que, cuando sea posible, preparen a la persona incapacitada para reanudar sus actividades anteriores o, si esto no fuere posible, para ejercer la actividad lucrativa más adecuada, en la medida posible, a su actividad anterior, habida cuenta de sus calificaciones y aptitudes; y

c. tomar medidas para facilitar la colocación adecuada de los trabajadores que hayan quedado inválidos.

2– Los Miembros deberán, dentro de lo que sea posible, proporcionar informaciones concernientes a la frecuencia y gravedad de los accidentes del trabajo en las memorias sobre la aplicación del presente Convenio, que habrán de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo.

#### Artículo 27

Cada Miembro en su territorio deberá asegurar a los extranjeros igualdad de trato con sus nacionales respecto de las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

#### Artículo 28

1– El presente Convenio revisa el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo (agricultura), 1921; el Convenio sobre la indemnización por accidentes del trabajo, 1925; el Convenio sobre las enfermedades profesionales, 1925, y el Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado), 1934.

2– La ratificación del presente Convenio por un Miembro que hubiese ratificado anteriormente el Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado), 1934, implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de dicho Convenio, de conformidad con su artículo 8, al entrar en vigor el presente Convenio, pero la entrada en vigor del presente Convenio no cerrará a la ratificación el Convenio sobre las enfermedades profesionales (revisado), 1934.

#### Artículo 29

De conformidad con el artículo 75 del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952, la parte VI y las disposiciones correspondientes de otras partes de dicho Convenio cesarán de aplicarse a todo Miembro que ratifique el presente Convenio, a partir de la fecha de su entrada en vigor para ese Miembro. No obstante, se considerará que la aceptación de las obligaciones del presente Convenio constituye una aceptación de las obligaciones de la parte VI y de las disposiciones pertinentes de otras partes del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952, a los efectos del artículo 2 de dicho Convenio.

#### Artículo 30

Cuando un convenio adoptado posteriormente por la Conferencia, relativo a cualquier materia o materias tratadas en el presente Convenio, así lo disponga, las disposiciones del presente Convenio que se especifiquen en el nuevo convenio cesarán de aplicarse a todo Miembro que hubiere ratificado este último, a partir de la fecha de su entrada en vigor para el Miembro interesado.

#### Artículo 31

- 1- El cuadro I del presente Convenio podrá ser modificado por la Conferencia Internacional del Trabajo, en cualquier reunión en cuyo orden del día figure esta cuestión, por decisión adoptada por una mayoría de dos tercios.
- 2- Dichas modificaciones serán obligatorias para los Miembros que ya hubiesen ratificado el Convenio cuando dichos Miembros notifiquen al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que las aceptan.
- 3- Por el hecho de haber sido adoptadas por la Conferencia, las modificaciones serán obligatorias para todos los Miembros que ratifiquen el Convenio después de que aquéllas fueren introducidas, salvo que la Conferencia decida lo contrario al adoptar la modificación.

#### Artículo 32

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### Artículo 33

- 1- Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
- 2- Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
- 3- Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

#### Artículo 34

- 1- Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
- 2- Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

#### Artículo 35

- 1- El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.
- 2- Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 36

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

#### Artículo 37

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 38

2- En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a. la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 34, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b. a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2- Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

### Artículo 39

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

## Cuadro I

### Lista de enfermedades profesionales

#### Trabajos que entran en riesgo

- 1- Neumoconiosis causada. Todos los trabajos que expongan por polvos minerales al riesgo considerado. Esclerógenos (silicosis, antracosilicosis, asbestosis) y silicosis-tuberculosis siempre que la silicosis sea una causa determinante de incapacidad o muerte.
- 2- Bronconeumopatías Id. causadas por el polvo de metales duros.
- 3- Enfermedades Id. broncopulmonares causadas por el polvo de algodón (bisinosis), de lino, de cañamo o de sisal.
- 4- Asma profesional causada Id. por agentes sensibilizantes o irritantes reconocidos como tales e inherentes al tipo de trabajo.
- 5- Alveolitis alérgicas Id. extrínsecas y sus secuelas causadas por la inhalación de polvos orgánicos, según lo prescrito en la legislación nacional.
- 6- Enfermedades causadas por Id. el berilio (glucinio) o sus compuestos tóxicos.
- 7- Enfermedades causadas por Id. el cadmio o sus compuestos tóxicos.
- 8- Enfermedades causadas por Id. el fósforo o sus compuestos tóxicos.
- 9- Enfermedades causadas por Id. el cromo o sus compuestos tóxicos.
- 10- Enfermedades causadas por Id. manganeso o sus compuestos tóxicos.
- 11- Enfermedades causadas por Id. el arsénico o sus compuestos tóxicos.
- 12- Enfermedades causadas por Id. el mercurio o sus compuestos tóxicos.
- 13- Enfermedades causadas por Id. el plomo o sus compuestos tóxicos.
- 14- Enfermedades causadas por Id. el flúor o sus compuestos tóxicos.
- 15- Enfermedades causadas por Id. el sulfuro de carbono.
- 16- Enfermedades causadas por Id. los derivados halogenados tóxicos de los hidrocarburos alifáticos o aromáticos.

- 17- Enfermedades causadas por Id. el benceno o sus homólogos tóxicos.
- 18- Enfermedades causadas por Id. los derivados nitrados y amínicos tóxicos del benceno o de sus homólogos.
- 19- Enfermedades causadas por Id. la nitroglicerina u otros ésteres del ácido nítrico.
- 20- Enfermedades causadas por Id. los alcoholes, los glicoles o las cetonas.
- 21- Enfermedades causadas por Id. sustancias asfixiantes: óxido de carbono, cianuro de hidrógeno o sus derivados tóxicos, hidrógeno sulfurado.
- 22- Afección auditiva causada Id. por el ruido.
- 23- Enfermedades causadas por Id. las vibraciones (afecciones de los tendones, de los huesos, de las articulaciones, de los vasos sanguíneos periféricos o de los nervios periféricos).
- 24- Enfermedades causadas por Id. el trabajo en aire comprimido.
- 25- Enfermedades causadas por Todos los trabajos que expongan las radiaciones ionizantes. la acción de radiaciones ionizantes.
- 26- Enfermedades de la piel Todos los trabajos que expongan causadas por agentes físicos, al riesgo considerado. químicos o biológicos no considerados en otras rubricas.
- 27- Epiteliomas primitivos de Id. la piel causados por el alquitrán, brea, betún, aceites minerales, antraceno o los compuestos, productos o residuos de esas sustancias.
- 28- Cáncer de pulmón o Id. mesotelioma causados por el amianto.
- 29- Enfermedades infecciosas o a) Trabajos en el campo de la parasita-rias contraídas en una sanidad y trabajos de actividad que implique un lab-ratorio; riesgo especial de b) Trabajos veterinarios; contaminación. c) Trabajos de manipulación de animales, de cadáveres o despojos de animales o de mercancías que puedan haber sido contaminadas por animales o por cadáveres o despojos de animales; d) Otros trabajos que impliquen un riesgo especial de contaminación.

Cuadro II  
Pagos periódicos al beneficiario tipo

Contingencias	Beneficiario tipo	Porcentaje
1- Incapacidad temporal o inicial para trabajar.	Hombre con cónyuge y dos hijos.	60
2- Pérdida total de la capacidad para ganar o disminución correspondiente de las facultades físicas.	Hombre con cónyuge y dos hijos.	60
3- Fallecimiento del sostén de la familia.	Viuda con dos hijos.	50

## Anexo

### Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas

#### Lista de las divisiones y agrupaciones

##### División 0

###### Agricultura, silvicultura, caza y pesca

- 1– Agricultura.
- 2– Silvicultura y extracción de madera.
- 3– Caza ordinaria y mediante trampas, y repoblación de animales.
- 4– Pesca.

##### División 1

###### Explotaciones de minas y canteras

- 11– Explotación de minas de carbón.
- 12– Extracción de minerales metálicos.
- 13– Petróleo crudo y gas natural.
- 14– Extracción de piedras, arcilla y arena.
- 19– Extracción de minerales no metálicos no clasificados en otra parte y explotación de canteras.

##### División 2-3

###### Industrias manufactureras

- 20– Industrias manufactureras de productos alimenticios, excepto las de bebidas.
- 21– Industrias de bebidas.
- 22– Industria del tabaco.
- 23– Fabricación de textiles.
- 24– Fabricación de calzado, prendas de vestir y otros artículos confeccionados con productos textiles.
- 25– Industrias de la madera y del corcho, exceptuando la fabricación de muebles.
- 26– Fabricación de muebles y accesorios.
- 27– Fabricación de papel y de productos de papel.
- 28– Imprentas, editoriales e industrias conexas.
- 29– Industria del cuero y productos del cuero y piel, exceptuando el calzado y otras prendas de vestir.
- 30– Fabricación de productos de caucho.

- 31– Fabricación de sustancias y productos químicos.
- 32– Fabricación de productos derivados del petróleo y del carbón.
- 33– Fabricación de productos minerales no metálicos, exceptuando los derivados del petróleo y del carbón.
- 34– Industrias metálicas básicas.
- 35– Fabricación de productos metálicos, exceptuando maquinaria y equipo de transporte.
- 36– Construcción de maquinaria, exceptuando la maquinaria eléctrica.
- 37– Construcción de maquinaria, aparatos, accesorios y artículos eléctricos.
- 38– Construcción de material de transporte.
- 39– Industrias manufactureras diversas.

#### División 4

##### Construcción

- 40– Construcción.

#### División 5

##### Electricidad, gas, agua y servicios sanitarios

- 51– Electricidad, gas y vapor.
- 52– Abastecimiento de agua y servicios sanitarios.

#### División 6

##### Comercio

- 61– Comercio al por mayor y al por menor.
- 62– Bancos y otros establecimientos financieros.
- 63– Seguros.
- 64– Bienes inmuebles.

#### División 7

##### Transportes, almacenaje y comunicaciones

- 71– Transportes.
- 72– Depósito y almacenaje.
- 73– Comunicaciones.

#### División 8

##### Servicios

- 81– Servicios gubernamentales.
- 82– Servicios prestados al público.
- 83– Servicios prestados a las empresas.
- 84– Servicios de esparcimiento.
- 85– Servicios personales.

#### División 9

Actividades no bien especificadas.

- 90– Actividades no bien especificadas.



*Convenio 130, relativo a la asistencia médica y a las prestaciones monetarias de enfermedad*<sup>7</sup>

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 4 junio 1969 en su quincuagésima tercera reunión;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la revisión del Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927, y del Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927, cuestión que constituye el quinto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional,

Adopta, con fecha veinticinco de junio de mil novecientos sesenta y nueve, el siguiente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, 1969:

Parte I. Disposiciones Generales

Artículo 1

A los efectos del presente Convenio:

- a. el término legislación comprende las leyes y los reglamentos, así como las disposiciones reglamentarias en materia de seguridad social;
- b. el término prescrito significa determinado por la legislación nacional o en virtud de ella;
- c. la expresión establecimiento industrial comprende todos los establecimientos de las siguientes ramas de actividad económica: minas y canteras; industrias manufactureras; construcción; electricidad, gas y agua, y transportes, almacenamiento y comunicaciones;
- d. el término residencia significa la residencia habitual en el territorio del Miembro, y el término residente designa la persona que reside habitualmente en el territorio del Miembro;
- e. la expresión persona a cargo se refiere a un estado de dependencia que se supone existe en casos prescritos;
- f. la expresión la cónyuge designa la cónyuge que está a cargo de su marido;
- g. el término hijo comprende:
  - D) al hijo que no haya alcanzado la edad en que termina la enseñanza obligatoria o la de quince años, cualquiera de ellas que sea la más alta; pero un Miembro que haya

---

<sup>7</sup> Fecha de entrada en vigor: 27.05.1972. Fecha de adopción: 25.06.1969. Sesión de la Conferencia: 53.

formulado una declaración de conformidad con el artículo 2 podrá, mientras esa declaración esté vigente, aplicar el Convenio como si el término comprendiera al hijo que no haya alcanzado la edad en que termina la enseñanza obligatoria o la de quince años;

II) al hijo que no haya alcanzado una edad prescrita superior a la especificada en el inciso I) de este apartado y que sea aprendiz o estudiante o padezca una enfermedad crónica o una dolencia que lo incapacite para toda actividad lucrativa, bajo condiciones prescritas, a menos que la legislación nacional defina el término hijo como todo hijo que no haya alcanzado una edad considerablemente superior a la especificada en el inciso I) de este apartado;

h. la expresión beneficiario tipo significa un hombre con cónyuge y dos hijos;

i. la expresión período de calificación significa sea un período de cotización, un período de empleo, un período de residencia o cualquier combinación de los mismos, según esté prescrito;

j. el término enfermedad significa todo estado mórbido, cualquiera que fuere su causa;

k. la expresión asistencia médica comprende los servicios conexos.

## Artículo 2

1— Todo Miembro cuya economía y recursos médicos estén insuficientemente desarrollados podrá acogerse, mediante una declaración anexa a su ratificación, a las excepciones temporales previstas en los artículos 1, apartado g), inciso I), 11, 14, 20 y 26, párrafo 2. Toda declaración a este efecto deberá expresar la razón para tal excepción.

2— Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 de este artículo deberá incluir en las memorias sobre la aplicación del presente Convenio, que habrá de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, una declaración con respecto a cada una de las excepciones a que se haya acogido, en la cual exponga:

a. que subsisten las razones por las cuales se ha acogido a esa excepción; o

b. que renuncia a partir de una fecha determinada a acogerse a esa excepción.

3— Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo deberá, según sea adecuado a los términos de su declaración y según lo permitan las circunstancias:

a. aumentar el número de personas protegidas;

b. ampliar los servicios de asistencia médica que se proporcionan;

c. extender la duración de las prestaciones monetarias de enfermedad.

### Artículo 3

- 1— Todo Miembro cuya legislación proteja a los asalariados podrá, mediante una declaración anexa a su ratificación, excluir temporalmente de la aplicación de este Convenio a los asalariados del sector agrícola que, en la fecha de la ratificación, todavía no estén protegidos por una legislación conforme a las normas previstas en este Convenio.
- 2— Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 de este artículo deberá indicar en las memorias sobre la aplicación de este Convenio, que habrá de presentar en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, por una parte, en qué medida hubiere aplicado y se propusiere aplicar las disposiciones del Convenio a los asalariados del sector agrícola, y, por otra, todo progreso que hubiere realizado en este sentido, o, si no hubiere habido ninguno, dar las explicaciones apropiadas.
- 3— Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo deberá aumentar el número de asalariados protegidos del sector agrícola en la medida y con la rapidez que permitan las circunstancias.

### Artículo 4

- 1— Todo Miembro que ratifique este Convenio podrá, mediante una declaración anexa a su ratificación, excluir de la aplicación del Convenio:
  - a. a la gente de mar, incluidos los pescadores de pesquerías marítimas;
  - b. a los funcionarios y empleados públicos, cuando estas categorías estén protegidas en virtud de regímenes especiales que concedan en conjunto prestaciones por lo menos equivalentes a las previstas en el presente Convenio.
- 2— Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo, el Miembro podrá excluir:
  - a. a las personas comprendidas en dicha declaración del número de personas que se tomen en cuenta para calcular los porcentajes especificados en el artículo 5, apartado c); en el artículo 10, apartado b); en el artículo 11; en el artículo 19, apartado b), y en el artículo 20;
  - b. a las personas comprendidas en dicha declaración, así como a la cónyuge e hijos de ellas, del número de personas que se tomen en cuenta para calcular los porcentajes especificados en el artículo 10, apartado c).
- 3— Todo Miembro que haya formulado una declaración de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo podrá notificar ulteriormente al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo que acepta las obligaciones del presente Convenio respecto a una o varias de las categorías excluidas en el momento de la ratificación.

## Artículo 5

Todo Miembro cuya legislación proteja a los asalariados podrá, en la medida en que sea necesario, excluir de la aplicación del presente Convenio a:

- a. las personas cuyo empleo sea de carácter ocasional;
- b. los miembros de la familia del empleador que vivan en su hogar, respecto del trabajo que realicen para él;
- c. otras categorías de asalariados cuyo número no exceda del 10 por ciento de todos los asalariados que no pertenezcan a las categorías excluidas de acuerdo con los apartados a) y b) de este artículo.

## Artículo 6

A los efectos del cumplimiento del presente Convenio, todo Miembro podrá tener en cuenta la protección resultante de un seguro que aunque en el momento de la ratificación no sea obligatorio en virtud de su legislación para las personas protegidas:

- a. sea controlado por las autoridades públicas o sea administrado, de conformidad con normas prescritas, conjuntamente por los empleadores y los trabajadores;
- b. proteja a una proporción apreciable de las personas cuyas ganancias no excedan de las del trabajador calificado de sexo masculino definido en el artículo 22, párrafo 6; y
- c. cumpla, juntamente con otras formas de protección, cuando fuere apropiado, con las disposiciones del Convenio.

## Artículo 7

Las contingencias cubiertas deberán comprender:

- a. la necesidad de asistencia médica curativa, y, en las condiciones prescritas, de asistencia médica preventiva;
- b. la incapacidad para trabajar, tal como esté definida en la legislación nacional, que resulte de una enfermedad y que implique la suspensión de ganancias.

## Parte II. Asistencia Médica

## Artículo 8

Todo Miembro, bajo condiciones prescritas, deberá garantizar a las personas protegidas el suministro de asistencia médica curativa y preventiva respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a).

## Artículo 9

La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá ser concedida con el objeto de conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida y su aptitud para trabajar y para hacer frente a sus necesidades personales.

## Artículo 10

Las personas protegidas respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a), deberán comprender:

- a. sea a todos los asalariados, incluidos los aprendices, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados;
- b. sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que constituyan por lo menos el 75 por ciento de toda la población económicamente activa, así como a la cónyuge e hijos de las personas que pertenezcan a dichas categorías;
- c. sea a categorías prescritas de residentes que constituyan por lo menos el 75 por ciento de todos los residentes.

## Artículo 11

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, las personas protegidas respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a), deberán comprender:

- a. sea a categorías prescritas de asalariados que constituyan por lo menos el 25 por ciento de todos los asalariados, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados;
- b. sea a categorías prescritas de asalariados en empresas industriales que constituyan por lo menos el 50 por ciento de todos los asalariados en empresas industriales, así como a la cónyuge e hijos de tales asalariados.

## Artículo 12

Las personas que reciban una prestación de seguridad social por invalidez, vejez, muerte del sostén de familia o desempleo y, cuando sea el caso, la cónyuge e hijos de tales personas seguirán siendo protegidos, bajo condiciones prescritas, respecto a la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado a).

## Artículo 13

La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá comprender por lo menos:

- a. la asistencia médica general, incluidas las visitas a domicilio;

- b. la asistencia por especialistas prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c. el suministro de los productos farmacéuticos necesarios recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- d. la hospitalización, cuando fuere necesaria;
- e. la asistencia odontológica según esté prescrita; y
- f. la readaptación médica, incluidos el suministro, mantenimiento y renovación de aparatos de prótesis y de ortopedia, según fuere prescrita.

#### Artículo 14

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, la asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá comprender por lo menos:

- a. la asistencia médica general, incluidas, si es posible, las visitas a domicilio;
- b. la asistencia por especialistas prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no, y, si es posible, la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- c. el suministro de los productos farmacéuticos necesarios recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- d. la hospitalización, cuando fuere necesaria.

#### Artículo 15

Si la legislación de un Miembro subordina el derecho a la asistencia médica mencionada en el artículo 8 al cumplimiento de un período de calificación por la persona protegida o por su sostén de familia, las condiciones de ese período de calificación deberán ser tales que las personas que normalmente pertenezcan a las categorías de personas protegidas no sean privadas del derecho a beneficiarse de dicha prestación.

#### Artículo 16

- 1— La asistencia médica mencionada en el artículo 8 deberá ser concedida durante toda la contingencia.
- 2— Cuando el beneficiario deje de pertenecer a las categorías de personas protegidas, la conservación del derecho a asistencia médica en caso de una enfermedad que haya empezado cuando dicha persona pertenecía a esas categorías podrá ser limitada a un período prescrito que no deberá ser inferior a veintiséis semanas. Sin embargo, la asistencia médica no deberá cesar mientras el beneficiario continúe recibiendo una prestación monetaria de enfermedad.

3— No obstante lo dispuesto en el párrafo 2 del presente artículo, la duración de la asistencia médica deberá ser extendida en caso de enfermedades prescritas reconocidas como enfermedades que requieren un tratamiento prolongado.

#### Artículo 17

Si la legislación de un Miembro prescribe que el beneficiario o su sostén de familia contribuya al costo de la asistencia médica mencionada en el artículo 8, deberá reglamentarse esa participación de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo ni el riesgo de hacer menos eficaz la protección médica y social.

#### Parte III. Prestaciones Monetarias de Enfermedad

#### Artículo 18

Todo Miembro, bajo condiciones prescritas, deberá garantizar a las personas protegidas el suministro de prestaciones monetarias de enfermedad respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b).

#### Artículo 19

Las personas protegidas respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), deberán comprender:

- a. sea a todos los asalariados, incluidos los aprendices;
- b. sea a categorías prescritas de la población económicamente activa que constituyan por lo menos el 75 por ciento de toda la población económicamente activa;
- c. sea a todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos, de conformidad con las disposiciones del artículo 24.

#### Artículo 20

Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, las personas protegidas respecto a la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), deberán comprender:

- a. sea a categorías prescritas de asalariados que constituyan por lo menos el 25 por ciento de todos los asalariados;
- b. sea a categorías prescritas de asalariados en empresas industriales que constituyan por lo menos el 50 por ciento de todos los asalariados en empresas industriales.

#### Artículo 21

La prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18 deberá consistir en un pago periódico calculado:

- a. de conformidad con las disposiciones del artículo 22 o con las del artículo 23, cuando estén protegidos los asalariados o categorías de la población económicamente activa;
- b. de conformidad con las disposiciones del artículo 24, cuando estén protegidos todos los residentes cuyos recursos durante la contingencia no excedan de límites prescritos.

## Artículo 22

- 1— Con respecto a cualquier pago periódico al que se aplique el presente artículo, la cuantía de la prestación, aumentada con el importe de las asignaciones familiares pagadas durante la contingencia, deberá ser tal que, para el beneficiario tipo, y respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), sea por lo menos igual al 60 por ciento del total de las ganancias anteriores del beneficiario y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.
- 2— Las ganancias anteriores del beneficiario se calcularán de acuerdo con reglas prescritas, y cuando las personas protegidas estén repartidas en categorías según sus ganancias, las ganancias anteriores podrán calcularse fundándose en las ganancias de base de las categorías a que hayan pertenecido.
- 3— Podrá prescribirse un máximo de la cuantía de la prestación o de las ganancias que se tengan en cuenta en el cálculo de la prestación, a reserva de que este máximo se fije de suerte que las disposiciones del párrafo 1 del presente artículo queden satisfechas cuando las ganancias anteriores del beneficiario sean iguales o inferiores al salario de un trabajador calificado de sexo masculino.
- 4— Las ganancias anteriores del beneficiario, el salario del trabajador calificado de sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares se calcularán sobre el mismo tiempo básico.
- 5— Respecto de los demás beneficiarios, la prestación será fijada de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.
- 6— Para los fines del presente artículo serán considerados como trabajadores calificados de sexo masculino los siguientes:
  - a. un ajustador o un tornero de una industria de construcción de maquinaria, excepto la maquinaria eléctrica; o
  - b. un trabajador ordinario calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente; o
  - c. una persona cuyas ganancias sean iguales o superiores a las ganancias del 75 por ciento de todas las personas protegidas; para determinar esas ganancias se tomará por base el año o un período más corto, conforme se prescriba; o



d. una persona cuyas ganancias sean iguales al 125 por ciento del promedio de las ganancias de todas las personas protegidas.

7- A los efectos del apartado b) del párrafo precedente se considerará como trabajador ordinario calificado toda persona empleada en la agrupación de actividades económicas que ocupe el mayor número de varones económicamente activos protegidos contra la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), en la rama que ocupe el mayor número de tales personas protegidas. A este efecto se utilizará la Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas, adoptada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, en su séptimo período de sesiones, el 27 de agosto de 1948, con sus modificaciones hasta 1968, la cual se reproduce como anexo al presente Convenio, teniendo en cuenta toda modificación que pudiera introducirse en el futuro.

8- Cuando las prestaciones varíen de una región a otra, el trabajador calificado de sexo masculino podrá ser elegido dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 6 y 7 del presente artículo.

9- El salario del trabajador calificado de sexo masculino se determinará sobre la base del salario por un número normal de horas de trabajo fijado sea por contratos colectivos, sea por la legislación nacional o en virtud de ella, cuando fuere aplicable, o por la costumbre, incluidos los subsidios de carestía de vida, si los hubiere. Cuando los salarios difieran de una región a otra y no se aplique el párrafo 8 del presente artículo, deberá tomarse el término medio de dichos salarios.

### Artículo 23

1- Con respecto a cualquier pago periódico al que se aplique el presente artículo, la cuantía de la prestación, aumentada con el importe de las asignaciones familiares pagadas durante la contingencia, deberá ser tal que, para el beneficiario tipo y respecto de la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), sea por lo menos igual al 60 por ciento del total del salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino y del importe de las asignaciones familiares pagadas a una persona protegida que tenga las mismas cargas de familia que el beneficiario tipo.

2- El salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino, la prestación y las asignaciones familiares serán calculados sobre el mismo tiempo básico.

3- Respecto de los demás beneficiarios, la prestación será fijada de tal manera que esté en relación razonable con la del beneficiario tipo.

4- Para los fines del presente artículo serán considerados como trabajadores ordinarios no calificados adultos de sexo masculino los siguientes:

a. un trabajador ordinario no calificado de una industria de construcción de maquinaria, exceptuada la maquinaria eléctrica; o

b. un trabajador ordinario no calificado definido de conformidad con las disposiciones del párrafo siguiente.

5— A los efectos del apartado b) del párrafo precedente se considerará como trabajador ordinario no calificado toda persona empleada en la agrupación de actividades económicas que ocupe el mayor número de varones económicamente activos protegidos contra la contingencia mencionada en el artículo 7, apartado b), en la rama que ocupe el mayor número de tales personas protegidas. A este efecto se utilizará la Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas, adoptada por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, en su séptimo período de sesiones, el 27 de agosto de 1948, con sus modificaciones hasta 1968, la cual se reproduce como anexo al presente Convenio, teniendo en cuenta toda modificación que pudiera introducirse en el futuro.

6— Cuando las prestaciones varíen de una región a otra, el trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino podrá ser elegido dentro de cada una de las regiones, de conformidad con las disposiciones de los párrafos 4 y 5 del presente artículo.

7— El salario del trabajador ordinario no calificado adulto de sexo masculino se determinará sobre la base del salario por un número normal de horas de trabajo fijado sea por contratos colectivos, sea por la legislación o en virtud de ella cuando le fuere aplicable, o por la costumbre, incluidos los subsidios de carestía de vida, si los hubiere. Cuando los salarios difieran de una región a otra y no se aplique el párrafo 6 del presente artículo, deberá tomarse el término medio de dichos salarios.

#### Artículo 24

Con respecto a cualquier pago periódico al que se aplique el presente artículo:

a. el monto de la prestación deberá determinarse de acuerdo con una escala prescrita o con una escala fijada por las autoridades públicas competentes de conformidad con reglas prescritas;

b. el monto de la prestación no podrá reducirse sino en la medida en que los demás recursos de la familia del beneficiario excedan de sumas apreciables prescritas o fijadas por las autoridades competentes de conformidad con reglas prescritas;

c. el total de la prestación y de los demás recursos de la familia, previa deducción de las sumas apreciables a que se refiere el apartado anterior, deberá ser suficiente para asegurar a la familia condiciones de vida sanas y convenientes, y no deberá ser inferior al monto de la prestación calculada de conformidad con las disposiciones del artículo 23;

d. las disposiciones del apartado anterior se considerarán cumplidas si el monto total de las prestaciones monetarias de enfermedad pagadas en virtud del presente Convenio excede por lo menos en 30 por ciento del monto total de las prestaciones que se obtendría aplicando las disposiciones del artículo 23 y las del artículo 19, apartado b).

## Artículo 25

Si la legislación del Miembro subordina el derecho a la prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18 al cumplimiento de un período de calificación por la persona protegida, las condiciones de ese período de calificación deberán ser tales que las personas que normalmente pertenezcan a las categorías de personas protegidas no sean privadas del derecho a beneficiarse de dicha prestación.

## Artículo 26

1– La prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18 deberá ser concedida durante toda la contingencia. Sin embargo, la concesión de la prestación se podrá limitar a un período no inferior a cincuenta y dos semanas en cada caso de incapacidad, según esté prescrito.

2– Cuando esté en vigor una declaración formulada de conformidad con el artículo 2, la concesión de la prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18 se podrá limitar a un período no inferior a veintiséis semanas en cada caso de incapacidad, según esté prescrito.

3– Si la legislación del Miembro prescribe que la prestación monetaria de enfermedad no sea pagada sino al expirar un período de espera, este período no deberá exceder de los tres primeros días de suspensión de ganancias.

## Artículo 27

1– A la muerte de una persona que recibía o que tenía derecho a recibir la prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18, una asignación por gastos funerarios deberá ser pagada, en condiciones prescritas, a sus sobrevivientes, a las demás personas a su cargo o a la persona que hubiere costado tales gastos.

2– Todo Miembro podrá dejar de aplicar las disposiciones del párrafo 1 de este artículo:

a. cuando haya aceptado las obligaciones de la parte IV del Convenio sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes, 1967;

b. cuando su legislación nacional conceda prestaciones monetarias de enfermedad en una proporción no inferior al 80 por ciento de las ganancias de las personas protegidas; y

c. cuando la mayoría de las personas protegidas estén cubiertas por un seguro voluntario controlado por las autoridades públicas, que conceda una asignación funeraria.

## Parte IV. Disposiciones Comunes

## Artículo 28

- 1— Toda prestación a la cual una persona protegida tuviera derecho en aplicación del presente Convenio podrá ser suspendida en la medida en que se prescriba:
  - a. mientras el interesado esté ausente del territorio del Estado Miembro;
  - b. mientras el interesado reciba por la contingencia una indemnización de tercera persona, en la medida de dicha indemnización;
  - c. cuando el interesado haya solicitado fraudulentamente una prestación;
  - d. cuando la contingencia haya sido provocada por un delito cometido por el interesado;
  - e. cuando la contingencia haya sido provocada por una falta grave e intencional del interesado;
  - f. cuando el interesado, sin causa que lo justifique, no utilice la asistencia médica o los servicios de readaptación puestos a su disposición, o no observe las reglas prescritas para comprobar la existencia o la continuación de la contingencia o las reglas respecto de la conducta de los beneficiarios;
  - g. en el caso de la prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18, mientras el interesado sea mantenido con fondos públicos o a expensas de una institución o de un servicio de seguridad social; y
  - h. en el caso de la prestación monetaria de enfermedad mencionada en el artículo 18, mientras el interesado reciba otra prestación monetaria de la seguridad social que no sea una prestación familiar, a condición de que la parte suspendida de la prestación de enfermedad no sobrepase la otra prestación.
- 2— En los casos y dentro de los límites prescritos, parte de la prestación que de otra manera habría debido pagarse deberá ser abonada a las personas a cargo del interesado.

## Artículo 29

- 1— Todo solicitante deberá tener derecho a interponer un recurso en caso de que se le niegue una prestación o en caso de reclamación sobre su calidad o cantidad.
- 2— Cuando en la aplicación del presente Convenio un departamento gubernamental responsable ante el poder legislativo esté encargado de la administración de la asistencia médica, el derecho de interponer un recurso, previsto en el párrafo 1 del presente artículo, podrá ser reemplazado por el derecho de que la reclamación respecto al rechazo de la asistencia médica o a la calidad de la asistencia recibida sea investigada por la autoridad apropiada.

### Artículo 30

- 1- Todo Miembro deberá asumir la responsabilidad general respecto al suministro conveniente de las prestaciones que se concedan en aplicación de este Convenio y deberá adoptar todas las medidas necesarias a este efecto.
- 2- Todo Miembro deberá asumir la responsabilidad general respecto de la buena administración de las instituciones y servicios encargados de la aplicación de este Convenio.

### Artículo 31

Cuando la administración no esté confiada a una institución reglamentada por las autoridades públicas o a un departamento gubernamental responsable ante el poder legislativo:

- a. representantes de las personas protegidas deberán participar en la administración en condiciones prescritas;
- b. la legislación nacional, en los casos apropiados, deberá prever la participación de representantes de los empleadores;
- c. la legislación nacional podrá asimismo decidir con respecto a la participación de representantes de las autoridades públicas.

### Artículo 32

Todo Miembro dentro de su territorio deberá asegurar a los extranjeros que normalmente residan o trabajen en él igualdad de trato con sus nacionales respecto al derecho a las prestaciones previstas en este Convenio.

### Artículo 33

- 1- Todo Miembro que:
  - a. haya aceptado las obligaciones del presente Convenio sin acogerse a las excepciones y exclusiones previstas en el artículo 2 y en el artículo 3;
  - b. conceda, en conjunto, prestaciones superiores a las previstas en el presente Convenio y dedique a todos los gastos correspondientes, en lo que se refiera a asistencia médica y prestaciones monetarias de enfermedad, una fracción de su ingreso nacional de por lo menos el 4 por ciento; y
  - c. cumpla por lo menos dos de las tres condiciones siguientes:
    - D) proteger a un porcentaje de la población económicamente activa por lo menos superior en diez unidades al requerido en el apartado b) del artículo 10 y en el apartado

b) del artículo 19, o a un porcentaje de todos los residentes por lo menos superior en diez unidades al requerido en el apartado c) del artículo 10;

II) garantizar una asistencia médica preventiva y curativa sensiblemente más amplia que la prescrita en el artículo 13;

III) garantizar prestaciones monetarias de enfermedad cuyo monto sea por lo menos superior en diez unidades al porcentaje estipulado en los artículos 22 y 23, podrá, previa consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores, cuando existan, exceptuarse temporalmente del cumplimiento de determinadas disposiciones de la parte II y la parte III de este Convenio, siempre que esas excepciones no reduzcan fundamentalmente ni afecten las garantías esenciales de este Convenio.

2— Todo Miembro que se acoja a tales excepciones deberá indicar en las memorias que, en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, habrá de presentar sobre la aplicación de este Convenio, el estado de su legislación y práctica respecto a tales excepciones y el progreso realizado para la aplicación completa de los términos del Convenio.

#### Artículo 34

Este Convenio no se aplicará:

a. a las contingencias sobrevenidas antes de que el Convenio entre en vigor para el Miembro interesado;

b. a las prestaciones por contingencias sobrevenidas después de que el Convenio haya entrado en vigor para el Miembro interesado, en la medida en que los derechos a dichas prestaciones provengan de períodos anteriores a dicha fecha.

#### Parte V. Disposiciones Finales

##### Artículo 35

El presente Convenio revisa el Convenio sobre el seguro de enfermedad (industria), 1927, y el Convenio sobre el seguro de enfermedad (agricultura), 1927.

##### Artículo 36

1— Con arreglo a las disposiciones del artículo 75 del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952, la parte III de dicho Convenio y las disposiciones pertinentes de otras partes del mismo dejarán de aplicarse a un Miembro que ratifique el presente Convenio, a partir de la fecha en que éste entre en vigor para dicho Miembro, si una declaración formulada en virtud del artículo 3 de este Convenio no se halla vigente.

2— Siempre que no se halle vigente una declaración formulada en virtud del artículo 3, la aceptación de las obligaciones del presente Convenio será considerada, a los efectos del artículo 2 del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952, como una aceptación de las obligaciones de la parte III y de las disposiciones pertinentes de otras partes del Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952.

#### Artículo 37

Si un convenio que la Conferencia adopte posteriormente sobre materias tratadas en el presente Convenio así lo dispusiere, las disposiciones del presente instrumento que se especifiquen en el nuevo cesarán de aplicarse a todo Miembro que ratifique este último, a partir de la fecha de su entrada en vigor para el Miembro interesado.

#### Artículo 38

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### Artículo 39

1— Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.

2— Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.

3— Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

#### Artículo 40

1— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.

2— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

#### Artículo 41

1– El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2– Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 42

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

#### Artículo 43

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 44

1– En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a. la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 40, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b. a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2– Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

#### Artículo 45

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Ver anexo "Clasificación industrial internacional uniforme de todas las actividades económicas (Revisada en 1968)" en <[www.ilo.org/ilolex](http://www.ilo.org/ilolex)>



*Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos*<sup>9</sup>

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 5 junio 1974 en su quincuagésima novena reunión;

Habiendo tomado nota de las disposiciones del Convenio y de la Recomendación sobre la protección contra las radiaciones, 1960, y del Convenio y de la Recomendación sobre el benceno, 1971;

Considerando que es oportuno establecer normas internacionales sobre la protección contra las sustancias o agentes cancerígenos;

Teniendo en cuenta la labor correspondiente de otras organizaciones internacionales, y en especial de la Organización Mundial de la Salud y del Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, con los cuales colabora la Organización Internacional del Trabajo;

Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la prevención y control de los riesgos profesionales causados por las sustancias y agentes cancerígenos, cuestión que constituye el quinto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional,

adopta, con fecha veinticuatro de junio de mil novecientos setenta y cuatro, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre el cáncer profesional, 1974:

#### Artículo 1

1— Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá determinar periódicamente las sustancias y agentes cancerígenos a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, o sujeta a autorización o control, y aquellos a los que se aplican otras disposiciones del presente Convenio.

2— Las excepciones a esta prohibición sólo podrán concederse mediante autorización que especifique en cada caso las condiciones que deban cumplirse.

3— Al determinar las sustancias y agentes a que se refiere el párrafo 1 del presente artículo, se deberán tomar en consideración los datos más recientes contenidos en los repertorios de recomendaciones prácticas o guías que pueda elaborar la Oficina Internacional del Trabajo y la información proveniente de otros organismos competentes.

#### Artículo 2

1— Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá procurar por todos los medios que se sustituyan las sustancias y agentes cancerígenos a que puedan estar expuestos los trabajadores durante su trabajo por sustancias o agentes no cancerígenos, o

---

<sup>9</sup> Fecha de entrada en vigor: 10.06.1976. Fecha de adopción: 24.06.1974. Sesión de la Conferencia: 59.

por sustancias o agentes menos nocivos. En la elección de las sustancias o agentes de sustitución se deberán tener en cuenta sus propiedades cancerígenas, tóxicas y otras.

2– El número de trabajadores expuestos a las sustancias o agentes cancerígenos y la duración y los niveles de dicha exposición deberán reducirse al mínimo compatible con la seguridad.

### Artículo 3

Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá prescribir las medidas que deban tomarse para proteger a los trabajadores contra los riesgos de exposición a las sustancias o agentes cancerígenos y deberá asegurar el establecimiento de un sistema apropiado de registros.

### Artículo 4

Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá adoptar medidas para que los trabajadores que han estado, están o corren el riesgo de estar expuestos a sustancias o agentes cancerígenos reciban toda la información disponible sobre los peligros que presentan tales sustancias y sobre las medidas que hayan de aplicarse.

### Artículo 5

Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá adoptar medidas para asegurar que se proporcionen a los trabajadores los exámenes médicos o los exámenes o investigaciones de orden biológico o de otro tipo, durante el empleo o después del mismo, que sean necesarios para evaluar la exposición o el estado de su salud en relación con los riesgos profesionales.

### Artículo 6

Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá:

- a. adoptar, por vía legislativa o por cualquier otro método conforme a la práctica y a las condiciones nacionales, y en consulta con las organizaciones interesadas de empleadores y de trabajadores más representativas, las medidas necesarias para dar efecto a las disposiciones del presente Convenio;
- b. indicar a qué organismos o personas incumbe, con arreglo a la práctica nacional, la obligación de asegurar el cumplimiento de las disposiciones del presente Convenio;
- c. comprometerse a proporcionar los servicios de inspección apropiados para velar por la aplicación de las disposiciones del presente Convenio, o cerciorarse de que se ejerce una inspección adecuada.

### Artículo 7

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### Artículo 8

- 1— Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.
- 2— Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
- 3— Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

#### Artículo 9

- 1— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
- 2— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

#### Artículo 10

- 1— El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.
- 2— Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 11

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

#### Artículo 12

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 13

1— En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a. la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 9, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b. a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2— Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

#### Artículo 14

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

## *Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo*<sup>10</sup>

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 3 junio 1981 en su sexagésima séptima reunión; Después de haber decidido adoptar diversas proposiciones relativas a la seguridad, la higiene y el medio ambiente de trabajo, cuestión que constituye el sexto punto del orden del día de la reunión, y

Después de haber decidido que dichas proposiciones revistan la forma de un convenio internacional,

adopta, con fecha 22 de junio de mil novecientos ochenta y uno, el presente Convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981:

### Parte I. Campo de Aplicación y Definiciones

#### Artículo 1

- 1— El presente Convenio se aplica a todas las ramas de actividad económica.
- 2— Todo Miembro que ratifique el presente Convenio podrá, previa consulta tan pronto como sea posible con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, excluir parcial o totalmente de su aplicación a determinadas ramas de actividad económica, tales como el transporte marítimo o la pesca, en las que tal aplicación presente problemas especiales de cierta importancia.
- 3— Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá enumerar, en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, las ramas de actividad que hubieren sido excluidas en virtud del párrafo 2 de este artículo, explicando los motivos de dicha exclusión y describiendo las medidas tomadas para asegurar suficiente protección a los trabajadores en las ramas excluidas, y deberá indicar en las memorias subsiguientes todo progreso realizado hacia una aplicación más amplia.

#### Artículo 2

- 1— El presente Convenio se aplica a todos los trabajadores de las ramas de actividad económica abarcadas.
- 2— Todo Miembro que ratifique el presente Convenio podrá, previa consulta, tan pronto como sea posible, con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, excluir parcial o totalmente de su aplicación a categorías limitadas de trabajadores respecto de las cuales se presenten problemas particulares de aplicación.

---

<sup>10</sup> Fecha de entrada en vigor: 11.08.1983. Fecha de adopción: 22.06.1981. Sesión de la Conferencia: 67.

3- Todo Miembro que ratifique el presente Convenio deberá enumerar, en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que someta en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, las categorías limitadas de trabajadores que hubiesen sido excluidas en virtud del párrafo 2 de este artículo, explicando los motivos de dicha exclusión, y deberá indicar en las memorias subsiguientes todo progreso realizado hacia una aplicación más amplia.

### Artículo 3

A los efectos del presente Convenio:

- a. la expresión ramas de actividad económica abarca todas las ramas en que hay trabajadores empleados, incluida la administración pública;
- b. el término trabajadores abarca todas las personas empleadas, incluidos los empleados públicos;
- c. la expresión lugar de trabajo abarca todos los sitios donde los trabajadores deben permanecer o adonde tienen que acudir por razón de su trabajo, y que se hallan bajo el control directo o indirecto del empleador;
- d. el término reglamentos abarca todas las disposiciones a las que la autoridad o autoridades competentes han conferido fuerza de ley;
- e. el término salud , en relación con el trabajo, abarca no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedad, sino también los elementos físicos y mentales que afectan a la salud y están directamente relacionados con la seguridad e higiene en el trabajo.

## Parte II. Principios de una Política Nacional

### Artículo 4

1- Todo Miembro deberá, en consulta con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores interesadas y habida cuenta de las condiciones y práctica nacionales, formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo.

2- Esta política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.

### Artículo 5

La política a que se hace referencia en el artículo 4 del presente Convenio deberá tener en cuenta las grandes esferas de acción siguientes, en la medida en que afecten la seguridad y la salud de los trabajadores y el medio ambiente de trabajo:

- a. diseño, ensayo, elección, reemplazo, instalación, disposición, utilización y mantenimiento de los componentes materiales del trabajo (lugares de trabajo, medio ambiente de trabajo, herramientas, maquinaria y equipo; sustancias y agentes químicos, biológicos y físicos; operaciones y procesos);
- b. relaciones existentes entre los componentes materiales del trabajo y las personas que lo ejecutan o supervisan, y adaptación de la maquinaria, del equipo, del tiempo de trabajo, de la organización del trabajo y de las operaciones y procesos a las capacidades físicas y mentales de los trabajadores;
- c. formación, incluida la formación complementaria necesaria, calificaciones y motivación de las personas que intervienen, de una forma u otra, para que se alcancen niveles adecuados de seguridad e higiene;
- d. comunicación y cooperación a niveles de grupo de trabajo y de empresa y a todos los niveles apropiados hasta el nivel nacional inclusive;
- e. la protección de los trabajadores y de sus representantes contra toda medida disciplinaria resultante de acciones emprendidas justificadamente por ellos de acuerdo con la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio.

#### Artículo 6

La formulación de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio debería precisar las funciones y responsabilidades respectivas, en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, de las autoridades públicas, los empleadores, los trabajadores y otras personas interesadas, teniendo en cuenta el carácter complementario de tales responsabilidades, así como las condiciones y la práctica nacionales.

#### Artículo 7

La situación en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo deberá ser objeto, a intervalos adecuados, de exámenes globales o relativos a determinados sectores, a fin de identificar los problemas principales, elaborar medios eficaces de resolverlos, definir el orden de prelación de las medidas que haya que tomar, y evaluar los resultados.

### Parte III. Acción a Nivel Nacional

#### Artículo 8

Todo Miembro deberá adoptar, por vía legislativa o reglamentaria o por cualquier otro método conforme a las condiciones y a la práctica nacionales, y en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, las medidas necesarias para dar efecto al artículo 4 del presente Convenio.

## Artículo 9

- 1- El control de la aplicación de las leyes y de los reglamentos relativos a la seguridad, la higiene y el medio ambiente de trabajo deberá estar asegurado por un sistema de inspección apropiado y suficiente.
- 2- El sistema de control deberá prever sanciones adecuadas en caso de infracción de las leyes o de los reglamentos.

## Artículo 10

Deberán tomarse medidas para orientar a los empleadores y a los trabajadores con objeto de ayudarles a cumplir con sus obligaciones legales.

## Artículo 11

A fin de dar efecto a la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio, la autoridad o autoridades competentes deberán garantizar la realización progresiva de las siguientes funciones:

- a. la determinación, cuando la naturaleza y el grado de los riesgos así lo requieran, de las condiciones que rigen la concepción, la construcción y el acondicionamiento de las empresas, su puesta en explotación, las transformaciones más importantes que requieran y toda modificación de sus fines iniciales, así como la seguridad del equipo técnico utilizado en el trabajo y la aplicación de procedimientos definidos por las autoridades competentes;
- b. la determinación de las operaciones y procesos que estarán prohibidos, limitados o sujetos a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes, así como la determinación de las sustancias y agentes a los que la exposición en el trabajo estará prohibida, limitada o sujeta a la autorización o al control de la autoridad o autoridades competentes; deberán tomarse en consideración los riesgos para la salud causados por la exposición simultánea a varias sustancias o agentes;
- c. el establecimiento y la aplicación de procedimientos para la declaración de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales por parte de los empleadores y, cuando sea pertinente, de las instituciones aseguradoras u otros organismos o personas directamente interesados, y la elaboración de estadísticas anuales sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales;
- d. la realización de encuestas cada vez que un accidente del trabajo, un caso de enfermedad profesional o cualquier otro daño para la salud acaecido durante el trabajo o en relación con éste parezca revelar una situación grave;
- e. la publicación anual de informaciones sobre las medidas tomadas en aplicación de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio y sobre los accidentes del



trabajo, los casos de enfermedades profesionales y otros daños para la salud acaecidos durante el trabajo o en relación con éste;

f. habida cuenta de las condiciones y posibilidades nacionales, la introducción o desarrollo de sistemas de investigación de los agentes químicos, físicos o biológicos en lo que respecta a los riesgos que entrañaran para la salud de los trabajadores.

#### Artículo 12

Deberán tomarse medidas conformes a la legislación y práctica nacionales a fin de velar por que las personas que diseñan, fabrican, importan, suministran o ceden a cualquier título maquinaria, equipos o sustancias para uso profesional:

a. se aseguren, en la medida en que sea razonable y factible, de que la maquinaria, los equipos o las sustancias en cuestión no impliquen ningún peligro para la seguridad y la salud de las personas que hagan uso correcto de ellos;

b. faciliten información sobre la instalación y utilización correctas de la maquinaria y los equipos y sobre el uso correcto de sustancias, sobre los riesgos que presentan las máquinas y los materiales y sobre las características peligrosas de las sustancias químicas, de los agentes o de los productos físicos o biológicos, así como instrucciones acerca de la manera de prevenir los riesgos conocidos;

c. efectúen estudios e investigaciones o se mantengan al corriente de cualquier otra forma de la evolución de los conocimientos científicos y técnicos necesarios para cumplir con las obligaciones expuestas en los apartados a) y b) del presente artículo.

#### Artículo 13

De conformidad con la práctica y las condiciones nacionales, deberá protegerse de consecuencias injustificadas a todo trabajador que juzgue necesario interrumpir una situación de trabajo por creer, por motivos razonables, que ésta entraña un peligro inminente y grave para su vida o su salud.

#### Artículo 14

Deberán tomarse medidas a fin de promover, de manera conforme a las condiciones y a la práctica nacionales, la inclusión de las cuestiones de seguridad, higiene y medio ambiente de trabajo en todos los niveles de enseñanza y de formación, incluidos los de la enseñanza superior técnica, médica y profesional, con objeto de satisfacer las necesidades de formación de todos los trabajadores.

#### Artículo 15

1— A fin de asegurar la coherencia de la política a que se refiere el artículo 4 del presente Convenio y de las medidas tomadas para aplicarla, todo Miembro deberá tomar, previa consulta tan pronto como sea posible con las organizaciones más representativas de empleadores y de trabajadores y, cuando sea apropiado, con otros organismos,

disposiciones conformes a las condiciones y a la práctica nacionales a fin de lograr la necesaria coordinación entre las diversas autoridades y los diversos organismos encargados de dar efecto a las partes II y III del presente Convenio.

2- Cuando las circunstancias lo requieran y las condiciones y la práctica nacionales lo permitan, tales disposiciones deberían incluir el establecimiento de un organismo central.

#### Parte IV. Acción a Nivel de Empresa

##### Artículo 16

1- Deberá exigirse a los empleadores que, en la medida en que sea razonable y factible, garanticen que los lugares de trabajo, la maquinaria, el equipo y las operaciones y procesos que estén bajo su control son seguros y no entrañan riesgo alguno para la seguridad y la salud de los trabajadores.

2- Deberá exigirse a los empleadores que, en la medida en que sea razonable y factible, garanticen que los agentes y las sustancias químicas, físicos y biológicos que estén bajo su control no entrañan riesgos para la salud cuando se toman medidas de protección adecuadas.

3- Cuando sea necesario, los empleadores deberán suministrar ropas y equipos de protección apropiados a fin de prevenir, en la medida en que sea razonable y factible, los riesgos de accidentes o de efectos perjudiciales para la salud.

##### Artículo 17

Siempre que dos o más empresas desarrollen simultáneamente actividades en un mismo lugar de trabajo tendrán el deber de colaborar en la aplicación de las medidas previstas en el presente Convenio.

##### Artículo 18

Los empleadores deberán prever, cuando sea necesario, medidas para hacer frente a situaciones de urgencia y a accidentes, incluidos medios adecuados para la administración de primeros auxilios.

##### Artículo 19

Deberán adoptarse disposiciones a nivel de empresa en virtud de las cuales:

a. los trabajadores, al llevar a cabo su trabajo, cooperen al cumplimiento de las obligaciones que incumben al empleador;

b. los representantes de los trabajadores en la empresa cooperen con el empleador en el ámbito de la seguridad e higiene del trabajo;

c. los representantes de los trabajadores en la empresa reciban información adecuada acerca de las medidas tomadas por el empleador para garantizar la seguridad y la salud y puedan consultar a sus organizaciones representativas acerca de esta información, a condición de no divulgar secretos comerciales;

d. los trabajadores y sus representantes en la empresa reciban una formación apropiada en el ámbito de la seguridad e higiene del trabajo;

e. los trabajadores o sus representantes y, llegado el caso, sus organizaciones representativas en la empresa estén habilitados, de conformidad con la legislación y la práctica nacionales, para examinar todos los aspectos de la seguridad y la salud relacionados con su trabajo, y sean consultados a este respecto por el empleador; con tal objeto, y de común acuerdo, podrá recurrirse a consejeros técnicos ajenos a la empresa;

f. el trabajador informará de inmediato a su superior jerárquico directo acerca de cualquier situación de trabajo que a su juicio entrañe, por motivos razonables, un peligro inminente y grave para su vida o su salud; mientras el empleador no haya tomado medidas correctivas, si fuere necesario, no podrá exigir de los trabajadores que reanuden una situación de trabajo en donde exista con carácter continuo un peligro grave e inminente para su vida o su salud.

#### Artículo 20

La cooperación entre los empleadores y los trabajadores o sus representantes en la empresa deberá ser un elemento esencial de las medidas en materia de organización y de otro tipo que se adopten en aplicación de los artículos 16 a 19 del presente Convenio.

#### Artículo 21

Las medidas de seguridad e higiene del trabajo no deberán implicar ninguna carga financiera para los trabajadores.

#### Parte V. Disposiciones Finales

#### Artículo 22

El presente Convenio no revisa ninguno de los convenios o recomendaciones internacionales del trabajo existentes.

#### Artículo 23

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### Artículo 24

1— Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General.

2- Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.

3- Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

#### Artículo 25

1- Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.

2- Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

#### Artículo 26

1- El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y denuncias le comuniquen los Miembros de la Organización.

2- Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 27

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

#### Artículo 28

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 29

1— En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a. la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 25, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b. a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros.

2— Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

### Artículo 30

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

Artículo 20.3

“Las medidas adoptadas deberán en particular garantizar que (...) b) los trabajadores pertenecientes a estos pueblos no estén sometidos a condiciones de trabajo peligrosas para su salud, en particular como consecuencia de su exposición a plaguicidas o a otras sustancias tóxicas.”

Artículo 25

“1– Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2– Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3– El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

4– La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.”

Artículo 30

“1– Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.”

2– A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

Las normas antes citadas invocan a cargo de los Estados, medidas de protección especial en torno al derecho a la salud de los pueblos indígenas y tribales, en virtud de la condición de mayor vulnerabilidad física en que se encuentran frente al resto de la población. Particularmente, en aspectos como condiciones de medio ambiente del trabajo, acceso a

---

<sup>11</sup>Fecha de entrada en vigor: 05.09.1991. Fecha de adopción: 27.06.1989. Sesión de la Conferencia: 76.

servicios de salud adecuados a la diversidad cultural y educación bilingüe sobre asuntos relacionados con la salud.

## *Convenio 183 sobre la protección de la maternidad*<sup>12</sup>

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo:

Convocada en Ginebra por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo, y congregada en dicha ciudad el 30 de mayo de 2000 en su octogésima octava reunión;

Tomando nota de la necesidad de revisar el Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952, y de la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952, a fin de seguir promoviendo, cada vez más, la igualdad de todas las mujeres integrantes de la fuerza de trabajo y la salud y la seguridad de la madre y el niño, y a fin de reconocer la diversidad del desarrollo económico y social de los Estados Miembros, así como la diversidad de las empresas y la evolución de la protección de la maternidad en la legislación y la práctica nacionales;

Tomando nota de las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989), la Declaración de Beijing y Plataforma de Acción (1995), la Declaración de la Conferencia Internacional del Trabajo sobre la igualdad de oportunidades y de trato para las trabajadoras (1975), la Declaración de la Organización Internacional del Trabajo relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo y su seguimiento (1998), así como los convenios y recomendaciones internacionales del trabajo destinados a garantizar la igualdad de oportunidades y de trato para los trabajadores y las trabajadoras, en particular el Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares, 1981, y Teniendo en cuenta la situación de las mujeres trabajadoras y la necesidad de brindar protección al embarazo, como responsabilidad compartida de gobierno y sociedad, y Habiendo decidido adoptar varias propuestas relacionadas con la revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952, y de la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952, cuestión que constituye el cuarto punto del orden del día de la reunión, y Habiendo determinado que estas propuestas revistan la forma de un convenio internacional, adopta, con fecha quince de junio de dos mil, el siguiente convenio, que podrá ser citado como el Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000.

### Campo de aplicación

#### Artículo 1

A los efectos del presente Convenio, el término mujer se aplica a toda persona de sexo femenino, sin ninguna discriminación, y el término hijo a todo hijo, sin ninguna discriminación.

#### Artículo 2

---

<sup>12</sup>Fecha de entrada en vigor: 02.07.2002. Fecha de adopción: 15.06.2000. Sesión de la Conferencia: 88.



1— El presente Convenio se aplica a todas las mujeres empleadas, incluidas las que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente.

2— Sin embargo, todo Miembro que ratifique el presente Convenio podrá, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, excluir total o parcialmente del campo de aplicación del Convenio a categorías limitadas de trabajadores cuando su aplicación a esas categorías plantee problemas especiales de particular importancia.

3— Todo Miembro que haga uso de la posibilidad prevista en el párrafo anterior deberá indicar en la primera memoria que presente sobre la aplicación del Convenio, de conformidad con el artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo, las categorías de trabajadores así excluidas y los motivos de su exclusión. En las memorias siguientes, deberá indicar las medidas adoptadas con el fin de extender progresivamente la aplicación de las disposiciones del Convenio a esas categorías.

#### Protección de la salud

##### Artículo 3

Todo Miembro, previa consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, deberá adoptar las medidas necesarias para garantizar que no se obligue a las mujeres embarazadas o lactantes a desempeñar un trabajo que haya sido determinado por la autoridad competente como perjudicial para su salud o la de su hijo, o respecto del cual se haya establecido mediante evaluación que conlleva un riesgo significativo para la salud de la madre o del hijo.

#### Licencia de maternidad

##### Artículo 4

1— Toda mujer a la que se aplique el presente Convenio tendrá derecho, mediante presentación de un certificado médico o de cualquier otro certificado apropiado, según lo determinen la legislación y la práctica nacionales, en el que se indique la fecha presunta del parto, a una licencia de maternidad de una duración de al menos catorce semanas.

2— Todo Miembro deberá indicar en una declaración anexa a su ratificación del presente Convenio la duración de la licencia antes mencionada.

3— Todo Miembro podrá notificar posteriormente al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo, mediante otra declaración, que extiende la duración de la licencia de maternidad.

4— Teniendo debidamente en cuenta la necesidad de proteger la salud de la madre y del hijo, la licencia de maternidad incluirá un período de seis semanas de licencia obligatoria posterior al parto, a menos que se acuerde de otra forma a nivel nacional por los gobiernos y las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores.

5- El período prenatal de la licencia de maternidad deberá prolongarse por un período equivalente al transcurrido entre la fecha presunta del parto y la fecha en que el parto tiene lugar efectivamente, sin reducir la duración de cualquier período de licencia obligatoria después del parto.

#### Licencia en caso de enfermedad o de complicaciones

##### Artículo 5

Sobre la base de la presentación de un certificado médico, se deberá otorgar una licencia, antes o después del período de licencia de maternidad, en caso de enfermedad o si hay complicaciones o riesgo de que se produzcan complicaciones como consecuencia del embarazo o del parto. La naturaleza y la duración máxima de dicha licencia podrán ser estipuladas según lo determinen la legislación y la práctica nacionales.

#### Prestaciones

##### Artículo 6

1- Se deberán proporcionar prestaciones pecuniarias, de conformidad con la legislación nacional o en cualquier otra forma que pueda ser conforme con la práctica nacional, a toda mujer que esté ausente del trabajo en virtud de la licencia a que se hace referencia en los artículos 4 o 5.

2- Las prestaciones pecuniarias deberán establecerse en una cuantía que garantice a la mujer y a su hijo condiciones de salud apropiadas y un nivel de vida adecuado.

3- Cuando la legislación o la práctica nacionales prevean que las prestaciones pecuniarias proporcionadas en virtud de la licencia indicada en el artículo 4 deban fijarse con base en las ganancias anteriores, el monto de esas prestaciones no deberá ser inferior a dos tercios de las ganancias anteriores de la mujer o de las ganancias que se tomen en cuenta para calcular las prestaciones.

4- Cuando la legislación o la práctica nacionales prevean que las prestaciones pecuniarias proporcionadas en virtud de la licencia a que se refiere el artículo 4 deban fijarse por otros métodos, el monto de esas prestaciones debe ser del mismo orden de magnitud que el que resulta en promedio de la aplicación del párrafo anterior.

5- Todo Miembro deberá garantizar que las condiciones exigidas para tener derecho a las prestaciones pecuniarias puedan ser reunidas por la gran mayoría de las mujeres a las que se aplica este Convenio.

6- Cuando una mujer no reúna las condiciones exigidas para tener derecho a las prestaciones pecuniarias con arreglo a la legislación nacional o cualquier otra forma que pueda ser conforme con la práctica nacional, tendrá derecho a percibir prestaciones adecuadas con cargo a los fondos de asistencia social, siempre que cumpla las condiciones de recursos exigidas para su percepción.

7— Se deberán proporcionar prestaciones médicas a la madre y a su hijo, de acuerdo con la legislación nacional o en cualquier otra forma que pueda ser conforme con la práctica nacional. Las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia después del parto, así como la hospitalización cuando sea necesario.

8— Con objeto de proteger la situación de las mujeres en el mercado de trabajo, las prestaciones relativas a la licencia que figura en los artículos 4 y 5 deberán financiarse mediante un seguro social obligatorio o con cargo a fondos públicos, o según lo determinen la legislación y la práctica nacionales. Un empleador no deberá estar personalmente obligado a costear directamente las prestaciones pecuniarias debidas a las mujeres que emplee sin el acuerdo expreso de ese empleador, excepto cuando:

a. esté previsto así en la legislación o en la práctica nacionales de un Miembro antes de la fecha de adopción de este Convenio por la Conferencia Internacional del Trabajo, o

b. se acuerde posteriormente a nivel nacional por los gobiernos y las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores.

#### Artículo 7

1— Se considerará que todo Miembro cuya economía y sistema de seguridad social no estén suficientemente desarrollados cumple con lo dispuesto en los párrafos 3 y 4 del artículo 6 si el monto de las prestaciones pecuniarias fijado es por lo menos equivalente al de las prestaciones previstas para los casos de enfermedad o de incapacidad temporal con arreglo a la legislación nacional.

2— Todo Miembro que haga uso de la posibilidad enunciada en el párrafo anterior deberá explicar los motivos correspondientes e indicar el monto previsto de las prestaciones pecuniarias en la primera memoria sobre la aplicación del Convenio que presente en virtud del artículo 22 de la Constitución de la Organización Internacional del Trabajo. En sus memorias siguientes, deberá indicar las medidas adoptadas con miras a aumentar progresivamente el monto de esas prestaciones.

#### Protección del empleo y no discriminación

#### Artículo 8

1— Se prohíbe al empleador que despida a una mujer que esté embarazada, o durante la licencia mencionada en los artículos 4 o 5, o después de haberse reintegrado al trabajo durante un período que ha de determinarse en la legislación nacional, excepto por motivos que no estén relacionados con el embarazo, el nacimiento del hijo y sus consecuencias o la lactancia. La carga de la prueba de que los motivos del despido no están relacionados con el embarazo o el nacimiento del hijo y sus consecuencias o la lactancia incumbirá al empleador.

2– Se garantiza a la mujer el derecho a retornar al mismo puesto de trabajo o a un puesto equivalente con la misma remuneración, al término de la licencia de maternidad.

#### Artículo 9

1– Todo Miembro debe adoptar medidas apropiadas para garantizar que la maternidad no constituya una causa de discriminación en el empleo, con inclusión del acceso al empleo, y ello no obstante el párrafo 1 del artículo 2.

2– Las medidas a que se hace referencia en el párrafo anterior incluyen la prohibición de que se exija a una mujer que solicita un empleo que se someta a un examen para comprobar si está o no embarazada o bien que presente un certificado de dicho examen, excepto cuando esté previsto en la legislación nacional respecto de trabajos que:

- a. estén prohibidos total o parcialmente para las mujeres embarazadas o lactantes, o
- b. puedan presentar un riesgo reconocido o significativo para la salud de la mujer y del hijo.

#### Madres lactantes

#### Artículo 10

1– La mujer tiene derecho a una o varias interrupciones por día o a una reducción diaria del tiempo de trabajo para la lactancia de su hijo.

2– El período en que se autorizan las interrupciones para la lactancia o la reducción diaria del tiempo de trabajo, el número y la duración de esas interrupciones y las modalidades relativas a la reducción diaria del tiempo de trabajo serán fijados por la legislación y la práctica nacionales. Estas interrupciones o la reducción diaria del tiempo de trabajo deben contabilizarse como tiempo de trabajo y remunerarse en consecuencia.

#### Examen periódico

#### Artículo 11

Todo Miembro debe examinar periódicamente, en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores, la pertinencia de extender la duración de la licencia de maternidad prevista en el artículo 4 o de aumentar el monto o la tasa de las prestaciones pecuniarias que se mencionan en el artículo 6.

#### Aplicación

#### Artículo 12

Las disposiciones del presente Convenio deberán aplicarse mediante la legislación, salvo en la medida en que se dé efecto a las mismas por medio de convenios colectivos, laudos arbitrales, decisiones judiciales, o de cualquier otro modo conforme a la práctica nacional.

## Disposiciones finales

### Artículo 13

El presente Convenio revisa el Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952.

### Artículo 14

Las ratificaciones formales del presente Convenio serán comunicadas, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.

### Artículo 15

- 1— Este Convenio obligará únicamente a aquellos Miembros de la Organización Internacional del Trabajo cuyas ratificaciones haya registrado el Director General de la Oficina Internacional del Trabajo.
- 2— Entrará en vigor doce meses después de la fecha en que las ratificaciones de dos Miembros hayan sido registradas por el Director General.
- 3— Desde dicho momento, este Convenio entrará en vigor, para cada Miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación.

### Artículo 16

- 1— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio podrá denunciarlo a la expiración de un período de diez años, a partir de la fecha en que se haya puesto inicialmente en vigor, mediante un acta comunicada, para su registro, al Director General de la Oficina Internacional del Trabajo. La denuncia no surtirá efecto hasta un año después de la fecha en que se haya registrado.
- 2— Todo Miembro que haya ratificado este Convenio y que, en el plazo de un año después de la expiración del período de diez años mencionado en el párrafo precedente, no haga uso del derecho de denuncia previsto en este artículo, quedará obligado durante un nuevo período de diez años, y en lo sucesivo podrá denunciar este Convenio a la expiración de cada período de diez años, en las condiciones previstas en este artículo.

### Artículo 17

- 1— El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo notificará a todos los Miembros de la Organización Internacional del Trabajo el registro de cuantas ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia le comuniquen los Miembros de la Organización.

2- Al notificar a los Miembros de la Organización el registro de la segunda ratificación que le haya sido comunicada, el Director General llamará la atención de los Miembros de la Organización sobre la fecha en que entrará en vigor el presente Convenio.

#### Artículo 18

El Director General de la Oficina Internacional del Trabajo comunicará al Secretario General de las Naciones Unidas, a los efectos del registro y de conformidad con el artículo 102 de la Carta de las Naciones Unidas, una información completa sobre todas las ratificaciones, declaraciones y actas de denuncia que haya registrado de acuerdo con los artículos precedentes.

#### Artículo 19

Cada vez que lo estime necesario, el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo presentará a la Conferencia una memoria sobre la aplicación del Convenio, y considerará la conveniencia de incluir en el orden del día de la Conferencia la cuestión de su revisión total o parcial.

#### Artículo 20

1- En caso de que la Conferencia adopte un nuevo convenio que implique una revisión total o parcial del presente, y a menos que el nuevo convenio contenga disposiciones en contrario:

a. la ratificación, por un Miembro, del nuevo convenio revisor implicará, ipso jure, la denuncia inmediata de este Convenio, no obstante las disposiciones contenidas en el artículo 16, siempre que el nuevo convenio revisor haya entrado en vigor;

b. a partir de la fecha en que entre en vigor el nuevo convenio revisor, el presente Convenio cesará de estar abierto a la ratificación por los Miembros. 2. Este Convenio continuará en vigor en todo caso, en su forma y contenido actuales, para los Miembros que lo hayan ratificado y no ratifiquen el convenio revisor.

#### Artículo 21

Las versiones inglesa y francesa del texto de este Convenio son igualmente auténticas.

## Sistema Regional

*Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)*<sup>13</sup>

### Artículo 26

“Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa y otros medios apropiados.”

La CADH conocida también como Pacto de San José, aún cuando no reconoce el derecho a la salud de manera expresa, consagra el carácter progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales contemplados en el marco de normas de la Carta de Organización de los Estados Americanos (OEA)<sup>14</sup>. Según el artículo 33 de la Carta, el cual alude al derecho a la salud, entre las metas que deben ser alcanzadas para contribuir al desarrollo integral se encuentran: “I. Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica y (...) l. Condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna.”

---

<sup>13</sup> Organización de Estados Americanos. San José de Costa Rica, 22 de noviembre de 1969. OEA/SerLV/II.82doc.6.rev.1.

<sup>14</sup> Aprobada en Bogotá en 1948 y reformada por el Protocolo de Cartagena de Indias de 1985 y de la cual es parte Venezuela.

## **2. Declaraciones internacionales**

Las Declaraciones internacionales de protección de los derechos humanos tienen un carácter declarativo no vinculante. Sin embargo, adquieren fuerza de Derecho consuetudinario por la carga moral que representan frente a la comunidad internacional y porque los compromisos derivados han sido reconocidos ampliamente por los Estados. Igualmente, las resoluciones, reglas, principios y normas internacionales de protección de los derechos humanos, aun cuando tampoco gozan del carácter vinculante de los tratados internacionales, se configuran como directrices y parámetros aceptados universalmente para medir el accionar de los Estados.



## Sistema Universal

### *Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)*<sup>15</sup>

#### Artículo 25

“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”.

La DUDH hace énfasis en el derecho que tiene toda persona de alcanzar un nivel de vida adecuado. Para alcanzar ese estado es necesario que los Estados garanticen la satisfacción de otros derechos estrechamente vinculados a la salud y al bienestar social<sup>16</sup>.

Este instrumento es de particular importancia para el posterior desarrollo de la salud como derecho humano, en tanto es el primer pronunciamiento de la comunidad de Estados que recoge dos elementos fundamentales para su exigencia, como son la igualdad y la universalidad.

---

<sup>15</sup> Promulgada el 10 de diciembre de 1948, por la Asamblea General de la ONU, con el voto favorable de 48 Estados, entre ellos Venezuela.

<sup>16</sup> Con motivo del debate entre países para la redacción del Art. 25 de la Declaración Universal de los derechos Humanos, destacan las intervenciones del representante de la India quien afirmaba que el derecho a los cuidados médicos era insuficiente y que era necesario mencionar expresamente el derecho a la salud. Por el contrario, la Unión Soviética opinaba que era totalmente vago hablar de ese derecho, pues no era fácil saber cómo se ejercitaba, y que por ello se hacían necesarias mayores especificaciones: derecho a la subsistencia para los ancianos y los enfermos y en los casos de pérdida de aptitud para el trabajo, sin que ésta concepción asumiera los avances producidos por la conceptualización de la OMS en la que se trascienda a la definición de ausencia de enfermedad. Finalmente, el texto de la Declaración Universal quedó redactado tal como lo presenta el artículo 25.

## *Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud*<sup>17</sup>

### Salud para Todos

La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los profesionales sanitarios y los implicados en el desarrollo, y por parte de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo, establece la siguiente Declaración:

#### I

La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.

#### II

La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

#### III

El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo.

#### IV

Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria.

#### V

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus poblaciones, que puede ser conseguida sólo mediante la provisión de unas medidas sanitarias y sociales adecuadas. Un objetivo social principal de los gobiernos, organizaciones internacionales y el total de la comunidad mundial para las próximas décadas, debería ser la promoción, para todos los habitantes del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permitiera llevar a cabo

---

<sup>17</sup>OMS y UNICEF. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo "Salud para Todos en el Año 2000" y ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. 1978, Alma Ata (Kazajstán)

una vida productiva social y económicamente. La atención primaria de salud es la clave para conseguir este objetivo como parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

## VI

La atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (del que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada.

## VII

La atención primaria sanitaria:

- 1— Refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados apropiados de la investigación social, biomédica y de servicios sanitarios, así como en la experiencia sobre salud pública.
- 2— Se dirige hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad, y para ello, proporciona y promueve servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.
- 3— Incluye como mínimo: educación sobre los problemas sanitarios más prevalentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción sobre el suministro de alimentación y de correcta nutrición; adecuado suministro de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternal e infantil, incluyendo la planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; apropiando tratamiento de las enfermedades comunes y los traumatismos, y provisión de los medicamentos esenciales.
- 4— Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores relacionados y a diferentes aspectos del desarrollo nacional y comunitario, en particular, la agricultura, los animales de labranza, la industria alimentaria, la educación, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y otros sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores, y solicita los esfuerzos coordinados de todos estos sectores.
- 5— Requiere y promueve un autodesarrollo comunitario e individual al máximo posible, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles; y para finalizar, desarrolla, a través de una formación apropiada, la habilidad de las comunidades para participar.

6- Debería mantenerse por sistemas de interconsulta integrados, funcionales y mutuamente apoyados, con vistas a una mejora progresiva e integrada de la atención sanitaria para todos, y dando prioridad a los más necesitados.

7- Se desarrolla a niveles locales y a niveles de apoyo, mediante los profesionales sanitarios, incluyendo a los médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y asistentes sociales, en lo que corresponda, así como los tradicionales y necesarios médicos de cabecera, correctamente formados social y técnicamente para ejercer como un equipo sanitario a fin de responder a las necesidades sanitarias expresadas por la comunidad.

## VIII

Todos los gobiernos deberían formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para establecer y mantener la atención primaria sanitaria como parte de un sistema nacional de salud integrado y en coordinación con otros sectores. Para este fin, será necesario ejercitar voluntades políticas, a fin de movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

## IX

Todos los países deberían cooperar con un espíritu de fraternidad y de servicio para asegurar la atención primaria sanitaria a toda la población, ya que la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país. En este contexto, el informe conjunto OMS/ UNICEF sobre atención primaria constituye una base sólida para el futuro desarrollo y establecimiento de la atención primaria sanitaria en todo el mundo.

## X

Puede conseguirse un nivel aceptable de salud para todo el mundo en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, una considerable parte de los cuales se gastan hoy día en armamento y conflictos militares. Una política genuina de independencia, paz y desarmamento podrían ser bien empleados en objetivos pacíficos y, en particular, en la aceleración del desarrollo social y económico, entre los que la atención primaria sanitaria, como parte esencial, debería recibir su parte proporcional adecuada.

La Conferencia internacional sobre atención primaria de salud realiza un llamamiento urgente y efectivo para una acción nacional e internacional a fin de desarrollar e implementar la atención primaria sanitaria en todo el mundo y, particularmente, en los países en vías de desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y en consonancia con el nuevo orden económico internacional. Urge, por parte de los gobiernos, de la OMS, de la UNICEF y de otras organizaciones internacionales, así como por parte de agencias multilaterales o bilaterales, organizaciones no gubernamentales, agencias de financiación, todos los profesionales sanitarios y el total de la comunidad mundial, mantener la obligación nacional e internacional hacia la atención primaria sanitaria y canalizar un soporte técnico y financiero cada vez mayor, particularmente en los países en vías de desarrollo. La Conferencia hace un llamamiento a todos los foros mencionados para colaborar en introducir, desarrollar y mantener la atención primaria sanitaria, de acuerdo con el espíritu y contenido de esta Declaración.

## *Declaración de Luxor sobre los derechos humanos para los enfermos mentales*<sup>18</sup>

### Preámbulo

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud mental de 1948, titulado Salud mental y Ciudadanía Mundial, establece que la Salud mental constituye “una promesa formal, reflexiva, responsable hacia la humanidad considerada como un todo” “basada en el libre consentimiento” y en el “respeto a las diferencias individuales y culturales”;

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados o ingresados como enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten, según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, “la dignidad inherente” y “los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana” y, según los términos del documento fundacional de la FMSM, una “humanidad común” con los otros seres humanos del mundo entero;

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a ciertos criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales, políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales;

Considerando que las enfermedades mentales graves no sólo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el ocio, sino que también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados.

Considerando que la FMSM ha suscrito el principio de la participación del usuario o del consumidor en la planificación, gestión y funcionamiento de los servicios de salud mental;

Considerando que la FMSM reafirma la existencia de las libertades y derechos fundamentales expuestas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos;

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas, históricas, sociales, espirituales y otras de las sociedades específicas, y respetar en todos los casos los criterios básicos de los derechos humanos, que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales,

El Consejo de Administración de la Federación Mundial de la Salud Mental, proclama la presente DECLARACION DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL, la norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana

### Artículo 1

La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento

---

<sup>18</sup>Naciones Unidas. Federación Mundial de la Salud. Consejo de Administración. Congreso Mundial Bienal de la Salud Mental. 26 de agosto de 1989. Auckland, Nueva Zelanda.

de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

## Artículo 2

La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno, la formación será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir, igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida, proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación, de empleo y de seguridad social. Será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

## Artículo 3

La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que lo sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, investigación y de seguridad social intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua. Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que puedan surgir, así como la prestación de servicios directos.

## Artículo 4

Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos.

Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de sus convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional o no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psico-social apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

## Artículo 5

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la mayor consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psico-social dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

## Artículo 6

Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva y también terapéutica, particular, al igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquellos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencial (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socio-económica), de la pérdida de sus derechos civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tal como los duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen igualmente a los individuos a estos riesgos.

## Artículo 7

La colaboración intersectorial es esencial para proteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados, en la medida de lo posible dentro del contexto de una infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a las enfermedades mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

## Artículo 8

Ningún Estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citados previamente.

## *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*<sup>19</sup>

### Aplicación

Los presentes Principios se aplicarán sin discriminación alguna por motivos de discapacidad, raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional, étnico o social, estado civil o condición social, edad, patrimonio o nacimiento.

### Definiciones

En los presentes Principios:

- a. Por “defensor” se entenderá un representante legal u otro representante calificado;
- b. Por “autoridad independiente” se entenderá una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación nacional;
- c. Por “atención de la salud mental” se entenderá el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, y el tratamiento, el cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta;
- d. Por “institución psiquiátrica” se entenderá todo establecimiento o dependencia de un establecimiento que tenga como función primaria la atención de la salud mental;
- e. Por “profesional de salud mental” se entenderá un médico, un psicólogo clínico, un profesional de enfermería, un trabajador social u otra persona debidamente capacitada y calificada en una especialidad relacionada con la atención de la salud mental;
- f. Por “paciente” se entenderá la persona que recibe atención psiquiátrica; se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica;
- g. Por “representante personal” se entenderá la persona a quien la ley confiere el deber de representar los intereses de un paciente en cualquier esfera determinada o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente y comprende al padre o tutor legal de un menor a menos que la legislación nacional prescriba otra cosa;
- h. Por “órgano de revisión” se entenderá el órgano establecido de conformidad con el principio 17 para que reconsidere la admisión o retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

### Cláusula general de limitación

El ejercicio de los derechos enunciados en los presentes Principios sólo podrá estar sujeto a las limitaciones previstas por la ley que sean necesarias para proteger la salud o la

---

<sup>19</sup>Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 46/119. 17 de diciembre de 1991.



seguridad de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

## Principio 1

### Libertades fundamentales y derechos básicos

- 1– Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
- 2– Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
- 3– Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
- 4– No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por “discriminación” se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.
- 5– Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la Declaración de los Derechos de los Impedidos y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
- 6– Toda decisión de que, debido a su enfermedad mental, una persona carece de capacidad jurídica y toda decisión de que, a consecuencia de dicha incapacidad, se designe a un representante personal se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate tendrá derecho a estar representada por un defensor. Si la persona de cuya capacidad se trata no obtiene por sí misma dicha representación, se le pondrá ésta a su disposición sin cargo alguno en la medida de que no disponga de medios suficientes para pagar dichos servicios. El defensor no podrá representar en las mismas actuaciones a una institución psiquiátrica ni a su personal, ni tampoco podrá representar a un familiar de la persona de cuya capacidad se trate, a menos que el tribunal compruebe que no existe ningún conflicto de intereses. Las decisiones sobre la capacidad y la necesidad de un

representante personal se revisarán en los intervalos razonables previstos en la legislación nacional. La persona de cuya capacidad se trate, su representante personal, si lo hubiere, y cualquier otro interesado tendrán derecho a apelar esa decisión ante un tribunal superior.

7- Cuando una corte u otro tribunal competente determine que una persona que padece una enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

## Principio 2

### Protección de menores

Se tendrá especial cuidado, conforme a los propósitos de los presentes Principios y en el marco de la ley nacional de protección de menores, en proteger los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal que no sea un miembro de la familia.

## Principio 3

### La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

## Principio 4

### Determinación de una enfermedad mental

1- La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se formulará con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente.

2- La determinación de una enfermedad mental no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso, o en cualquier otra razón que no se refiera directamente al estado de la salud mental.

3- Los conflictos familiares o profesionales o la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales o políticos o con las creencias religiosas dominantes en la comunidad de una persona en ningún caso constituirán un factor determinante del diagnóstico de enfermedad mental.

4- El hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el porvenir la determinación de una enfermedad mental.

5– Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como enferma mental o indicará de otro modo que padece una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

#### Principio 5

##### Examen médico

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece o no una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

#### Principio 6

##### Confidencialidad

Se respetará el derecho que tienen todas las personas a las cuales son aplicables los presentes Principios a que se trate confidencialmente la información que les concierne.

#### Principio 7

##### Importancia de la comunidad y de la cultura

1– Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

2– Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho a ser tratado, siempre que sea posible, cerca de su hogar o del hogar de sus familiares o amigos y tendrá derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

3– Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

#### Principio 8

##### Normas de la atención

1– Todo paciente tendrá derecho a recibir la atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud y será atendido y tratado con arreglo a las mismas normas aplicables a los demás enfermos.

2– Se protegerá a todo paciente de cualesquiera daños, incluida la administración injustificada de medicamentos, los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas u otros actos que causen ansiedad mental o molestias físicas.

#### Principio 9

## Tratamiento

- 1– Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.
- 2– El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.
- 3– La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.
- 4– El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

## Principio 10

### Medicación

- 1– La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.
- 2– Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

## Principio 11

### Consentimiento para el tratamiento

- 1– No se administrará ningún tratamiento a un paciente sin su consentimiento informado, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio.
- 2– Por consentimiento informado se entiende el consentimiento obtenido libremente sin amenazas ni persuasión indebida, después de proporcionar al paciente información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje que éste entienda, acerca de:
  - a. El diagnóstico y su evaluación;

b. El propósito, el método, la duración probable y los beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto;

c. Las demás modalidades posibles de tratamiento, incluidas las menos alteradoras posibles;

d. Los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto.

3— El paciente podrá solicitar que durante el procedimiento seguido para que dé su consentimiento estén presentes una o más personas de su elección.

4— El paciente tiene derecho a negarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente principio. Se deberán explicar al paciente las consecuencias de su decisión de no recibir o interrumpir un tratamiento.

5— No se deberá alentar o persuadir a un paciente a que renuncie a su derecho a dar su consentimiento informado. En caso de que el paciente así desee hacerlo, se le explicará que el tratamiento no se puede administrar sin su consentimiento informado.

6— Con excepción de lo dispuesto en los párrafos 7, 8, 12, 13, 14 y 15 del presente principio, podrá aplicarse un plan de tratamiento propuesto sin el consentimiento informado del paciente cuando concurran las siguientes circunstancias:

a. Que el paciente, en la época de que se trate, sea un paciente involuntario;

b. Que una autoridad independiente que disponga de toda la información pertinente, incluida la información especificada en el párrafo 2 del presente principio, compruebe que, en la época de que se trate, el paciente está incapacitado para dar o negar su consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si así lo prevé la legislación nacional, teniendo presente la seguridad del paciente y la de terceros, que el paciente se niega irracionalmente a dar su consentimiento;

c. Que la autoridad independiente compruebe que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente.

7— La disposición del párrafo 6 supra no se aplicará cuando el paciente tenga un representante personal facultado por ley para dar su consentimiento respecto del tratamiento del paciente; no obstante, salvo en los casos previstos en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, se podrá aplicar un tratamiento a este paciente sin su consentimiento informado cuando, después que se le haya proporcionado la información mencionada en el párrafo 2 del presente principio, el representante personal dé su consentimiento en nombre del paciente.

8— Salvo lo dispuesto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente principio, también se podrá aplicar un tratamiento a cualquier paciente sin su consentimiento informado si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras

personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito.

9- Cuando se haya autorizado cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente, se hará no obstante todo lo posible por informar a éste acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible y por lograr que el paciente participe en cuanto sea posible en la aplicación del plan de tratamiento.

10- Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

11- No se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros. Esas prácticas no se prolongarán más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito. Todos los casos de restricción física o de reclusión involuntaria, sus motivos y su carácter y duración se registrarán en el historial clínico del paciente. Un paciente sometido a restricción o reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado. Se dará pronto aviso de toda restricción física o reclusión involuntaria de pacientes a los representantes personales, de haberlos y de proceder.

12- Nunca podrá aplicarse la esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13- La persona que padece una enfermedad mental podrá ser sometida a un procedimiento médico u operación quirúrgica importantes únicamente cuando lo autorice la legislación nacional, cuando se considere que ello es lo que más conviene a las necesidades de salud del paciente y cuando el paciente dé su consentimiento informado, salvo que, cuando no esté en condiciones de dar ese consentimiento, sólo se autorizará el procedimiento o la operación después de practicarse un examen independiente.

14- No se someterá nunca a tratamientos psicoquirúrgicos u otros tratamientos irreversibles o que modifican la integridad de la persona a pacientes involuntarios de una institución psiquiátrica y esos tratamientos sólo podrán, en la medida en que la legislación nacional lo permita, aplicarse a cualquier otro paciente cuando éste haya dado su consentimiento informado y cuando un órgano externo independiente compruebe que existe realmente un consentimiento informado y que el tratamiento es el más conveniente para las necesidades de salud del paciente.

15- No se someterá a ensayos clínicos ni a tratamientos experimentales a ningún paciente sin su consentimiento informado, excepto cuando el paciente esté incapacitado para dar su consentimiento informado, en cuyo caso sólo podrá ser sometido a un ensayo clínico o a un tratamiento experimental con la aprobación de un órgano de revisión competente e independiente que haya sido establecido específicamente con este propósito.

16- En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente principio, el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán derecho a

apelar ante un órgano judicial u otro órgano independiente en relación con cualquier tratamiento que haya recibido.

## Principio 12

### Información sobre los derechos

1– Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, lo más pronto posible después de la admisión y en una forma y en un lenguaje que comprenda, de todos los derechos que le corresponden de conformidad con los presentes Principios y en virtud de la legislación nacional, información que comprenderá una explicación de esos derechos y de la manera de ejercerlos.

2– Mientras el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, los derechos del paciente se comunicarán a su representante personal, si lo tiene y si procede, y a la persona o las personas que sean más capaces de representar los intereses del paciente y que deseen hacerlo.

3– El paciente que tenga la capacidad necesaria tiene el derecho de designar a una persona a la que se debe informar en su nombre y a una persona que represente sus intereses ante las autoridades de la institución.

## Principio 13

### Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1– Todo paciente de una institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:

a. Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;

b. Vida privada;

c. Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o re-presentante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión;

d. Libertad de religión o creencia.

2– El medio ambiente y las condiciones de vida en las instituciones psiquiátricas deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:

a. Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento;

- b. Instalaciones educativas;
- c. Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación;
- d. Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

3— En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

4— EL trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

#### Principio 14

##### Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas

1— Las instituciones psiquiátricas dispondrán de los mismos recursos que cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, de:

a. Personal médico y otros profesionales calificados en número suficiente y locales suficientes, para proporcionar al paciente la intimidad necesaria y un programa de terapia apropiada y activa;

b. Equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes;

c. Atención profesional adecuada;

4— Todo paciente involuntario tendrá derecho a solicitar al órgano de revisión que se le dé de alta o que se le considere como paciente voluntario, a intervalos razonables prescritos por la legislación nacional.

5— En cada examen, el órgano de revisión determinará si se siguen cumpliendo los requisitos para la admisión involuntaria enunciados en el párrafo 1 del principio 16 supra y, en caso contrario, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.



6— Si en cualquier momento el profesional de salud mental responsable del caso determina que ya no se cumplen las condiciones para retener a una persona como paciente involuntario, ordenará que se dé de alta a esa persona como paciente involuntario.

7— El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrá derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo en una institución psiquiátrica.

## Principio 18

### Garantías procesales

1— El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, incluso para que lo represente en todo procedimiento de queja o apelación. Si el paciente no obtiene esos servicios, se pondrá a su disposición un defensor sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

2— Si es necesario, el paciente tendrá derecho a la asistencia de un intérprete. Cuando tales servicios sean necesarios y el paciente no los obtenga, se le facilitarán sin cargo alguno en la medida en que el paciente carezca de medios suficientes para pagar.

3— El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualesquiera otros informes y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

4— Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias del expediente del paciente y de todo informe o documento que deba presentarse, salvo en casos especiales en que se considere que la revelación de determinadas informaciones perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo prescriba la legislación nacional, todo documento que no se proporcione al paciente deberá proporcionarse al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se comunique al paciente cualquier parte de un documento, se informará de ello al paciente o a su defensor, así como de las razones de esa decisión, que estará sujeta a revisión judicial.

5— El paciente y su representante personal y defensor tendrán derecho a asistir personalmente a la audiencia y a participar y ser oídos en ella.

6— Si el paciente o su representante personal o defensor solicitan la presencia de una determinada persona en la audiencia, se admitirá a esa persona a menos que se considere que su presencia perjudicaría gravemente la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros.

7— En toda decisión relativa a si la audiencia o cualquier parte de ella será pública o privada y si podrá informarse públicamente de ella, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas y la

necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o de no poner en peligro la seguridad de terceros.

8— La decisión adoptada en una audiencia y las razones de ella se expresarán por escrito. Se proporcionarán copias al paciente y a su representante personal y defensor. Al determinar si la decisión se publicará en todo o en parte, se tendrán en plena consideración los deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente y de no poner en peligro la seguridad de terceros.

## Principio 19

### Acceso a la información

1— El paciente (término que en el presente principio comprende al ex paciente) tendrá derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución psiquiátrica. Este derecho podrá estar sujeto a restricciones para impedir que se cause un perjuicio grave a la salud del paciente o se ponga en peligro la seguridad de terceros. Conforme lo disponga la legislación nacional, toda información de esta clase que no se proporcione al paciente se proporcionará al representante personal y al defensor del paciente, siempre que pueda hacerse con carácter confidencial. Cuando no se proporcione al paciente cualquier parte de la información, el paciente o su defensor, si lo hubiere, será informado de la decisión y de las razones en que se funda, y la decisión estará sujeta a revisión judicial.

2— Toda observación por escrito del paciente o de su representante personal o defensor deberá, a petición de cualquiera de ellos, incorporarse al expediente del paciente.

## Principio 20

### Delincuentes

1— El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuados en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2— Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1 supra. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias. Ninguna modificación o excepción podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

3— La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4— El tratamiento de las personas de las que se determine que padecen una enfermedad mental será en toda circunstancia compatible con el principio 11 supra.

#### Principio 21

##### Quejas

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

#### Principio 22

##### Vigilancia y recursos

Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.

#### Principio 23

##### Aplicación

1— Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

2— Los Estados deberán dar amplia difusión a los presentes Principios por medios apropiados y dinámicos.

#### Principio 24

##### Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

#### Principio 25

##### Mantenimiento de los derechos reconocidos

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, entre ellos los derechos reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen tales derechos o de que sólo los reconocen parcialmente.

## *Declaración de los derechos de los impedidos*<sup>20</sup>

### Introducción

#### Antecedentes y necesidades actuales

- 1— En todas partes del mundo y en todos los niveles de cada sociedad hay personas con discapacidad. El número total de personas con discapacidad en el mundo es grande y va en aumento.
- 2— Tanto las causas como las consecuencias de la discapacidad varían en todo el mundo. Esas variaciones son resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las distintas disposiciones que los Estados adoptan en favor del bienestar de sus ciudadanos.
- 3— La actual política en materia de discapacidad es el resultado de la evolución registrada a lo largo de los 200 últimos años. En muchos aspectos refleja las condiciones generales de vida y las políticas sociales y económicas seguidas en épocas diferentes. No obstante, en lo que respecta a la discapacidad, también hay muchas circunstancias concretas que han influido en las condiciones de vida de las personas que la padecen: la ignorancia, el abandono, la superstición y el miedo son factores sociales que a lo largo de toda la historia han aislado a las personas con discapacidad y han retrasado su desarrollo.
- 4— Con el tiempo, la política en materia de discapacidad pasó de la prestación de cuidados elementales en instituciones a la educación de los niños con discapacidad y a la rehabilitación de las personas que sufrieron discapacidad durante su vida adulta. Gracias a la educación y a la rehabilitación, esas personas se han vuelto cada vez más activas y se han convertido en una fuerza motriz en la promoción constante de la política en materia de discapacidad. Se han creado organizaciones de personas con discapacidad, integradas también por sus familiares y defensores, que han tratado de lograr mejores condiciones de vida para ellas. Después de la segunda guerra mundial, se introdujeron los conceptos de integración y normalización que reflejaban un conocimiento cada vez mayor de las capacidades de esas personas.
- 5— Hacia fines del decenio de 1960, las organizaciones de personas con discapacidad que funcionaban en algunos países empezaron a formular un nuevo concepto de la discapacidad. En él se reflejaba la estrecha relación existente entre las limitaciones que experimentaban esas personas, el diseño y la estructura de su entorno y la actitud de la población en general. Al mismo tiempo, se pusieron cada vez más de relieve los problemas de la discapacidad en los países en desarrollo. Según las estimaciones, en algunos de ellos el porcentaje de la población que sufría discapacidades era muy elevado y, en su mayor parte, esas personas eran sumamente pobres.

#### Medidas internacionales anteriores

---

<sup>20</sup>Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 3447 (XXX). 9 de diciembre de 1975.

6– Los derechos de las personas con discapacidad han sido objeto de gran atención en las Naciones Unidas y en otras organizaciones internacionales durante mucho tiempo. El resultado más importante del Año Internacional de los Impedidos (1981) fue el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, aprobado por la Asamblea General en su resolución 37/52. El Año Internacional de los Impedidos y el Programa de Acción Mundial promovieron enérgicamente los progresos en esta esfera. Ambos subrayaron el derecho de las personas con discapacidad a las mismas oportunidades que los demás ciudadanos y a disfrutar en un pie de igualdad de las mejoras en las condiciones de vida resultantes del desarrollo económico y social. También por primera vez se definió la discapacidad como función de la relación entre las personas con discapacidad y su entorno.

7– En 1987 se celebró en Estocolmo la Reunión Mundial de Expertos para examinar la marcha de la ejecución del Programa de Acción Mundial para los Impedidos al cumplirse la mitad del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos. En la Reunión se sugirió la necesidad de elaborar una doctrina rectora que indicase las prioridades de acción en el futuro. Esta doctrina debía basarse en el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

8– En consecuencia, la Reunión recomendó a la Asamblea General que convocara una conferencia especial a fin de redactar una convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad para que la ratificasen los Estados al finalizar el Decenio.

9– Italia preparó un primer esbozo de la Convención y lo presentó a la Asamblea General en su cuadragésimo segundo período de sesiones. Suecia presentó a la Asamblea General en su cuadragésimo cuarto período de sesiones otras propuestas relativas a un proyecto de convención. Sin embargo, en ninguna de esas ocasiones pudo llegarse a un consenso sobre la conveniencia de tal convención. A juicio de muchos representantes, los documentos sobre derechos humanos ya existentes parecían garantizar a las personas con discapacidad los mismos derechos que a las demás.

#### Hacia la formulación de normas uniformes

10– Guiándose por las deliberaciones de la Asamblea General, el Consejo Económico y Social, en su primer período ordinario de sesiones de 1990, convino finalmente en ocuparse de elaborar un instrumento internacional de otro tipo. En su resolución 1990/26, el Consejo autorizó a la Comisión de Desarrollo Social a que examinara en su 32º período de sesiones la posibilidad de establecer un grupo especial de trabajo de expertos gubernamentales de composición abierta, financiado con contribuciones voluntarias, para que elaborara normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para los niños, los jóvenes y los adultos con discapacidad, en estrecha colaboración con los organismos especializados del sistema de las Naciones Unidas, otros órganos intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales, en especial las organizaciones de personas con discapacidad. El Consejo pidió también a la Comisión que finalizase el texto de esas normas para examinarlas en 1993 y presentarlas a la Asamblea General en su cuadragésimo octavo período de sesiones.

11– Los debates celebrados posteriormente en la tercera comisión de la Asamblea General durante el cuadragésimo quinto período de sesiones pudieron de manifiesto la existencia de un amplio apoyo para la nueva iniciativa destinada a elaborar las normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

12– En el 32º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social, la iniciativa sobre las normas uniformes recibió el apoyo de gran número de representantes y los debates culminaron con la aprobación de la resolución 32/2, en la que se decidió establecer un grupo especial de trabajo de composición abierta, de conformidad con la resolución 1990/26 del Consejo Económico y Social.

#### Finalidad y contenido de las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad

13– Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad se han elaborado sobre la base de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992). La Carta Internacional de Derechos Humanos, que comprende la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como el Programa de Acción Mundial para los Impedidos, constituyen el fundamento político y moral de estas Normas.

14– Aunque no son de cumplimiento obligatorio, estas Normas pueden convertirse en normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de estados con la intención de respetar una norma de derecho internacional. Llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades. Se señalan importantes principios de responsabilidad, acción y cooperación. Se destacan esferas de importancia decisiva para la calidad de vida y para el logro de la plena participación y la igualdad. Estas Normas constituyen un instrumento normativo y de acción para personas con discapacidad y para sus organizaciones. También sientan las bases para la cooperación técnica y económica entre los Estados, las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

15– La finalidad de estas Normas es garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de ciudadanos de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes en ese proceso. El logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad constituye una contribución fundamental al esfuerzo general y mundial de movilización de los recursos humanos. Tal vez sea necesario prestar especial atención a grupos tales como las mujeres, los niños, los

ancianos, los pobres, los trabajadores migratorios, las personas con dos o más discapacidades, las poblaciones autóctonas y las minorías étnicas. Además, existe un gran número de refugiados con discapacidad que tienen necesidades especiales, a las cuales debe prestarse atención.

#### Conceptos fundamentales de la política relativa a la discapacidad

16– Los conceptos indicados a continuación se utilizan a lo largo de todas las Normas. Se basan esencialmente en los conceptos enunciados en el Programa de Acción Mundial para los Impedidos. En algunos casos, reflejan la evolución registrada durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos.

#### Discapacidad y minusvalía

17– Con la palabra “discapacidad” se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.

18– Minusvalía es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra “minusvalía” describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esa palabra tiene por finalidad centrar el interés en las deficiencias de diseño del entorno físico y de muchas actividades organizadas de la sociedad, por ejemplo, información, comunicación y educación, que se oponen a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad.

19– El empleo de esas dos palabras, “discapacidad” y “minusvalía”, debe considerarse teniendo en cuenta la historia moderna de la discapacidad. Durante el decenio de 1970, los representantes de organizaciones de personas con discapacidad y de profesionales en la esfera de la discapacidad se opusieron firmemente a la terminología que se utilizaba a la sazón. Las palabras “discapacidad” y “minusvalía” se utilizaban a menudo de manera poco clara y conjunta, lo que era perjudicial para las medidas normativas y la acción política. La terminología reflejaba un enfoque médico y de diagnóstico que hacía caso omiso de las imperfecciones y deficiencias de la sociedad circundante.

20– En 1980, la Organización Mundial de la salud aprobó una clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías, que sugería un enfoque más preciso y, al mismo tiempo, relativista. Esta clasificación, que distingue claramente entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, se ha utilizado ampliamente en esferas tales como la rehabilitación, la educación, la estadística, la política, la legislación, la demografía, la sociología, la economía y la antropología. Algunos usuarios han expresado preocupación por el hecho de que la definición del término minusvalía que figura en la clasificación puede aún considerarse de carácter demasiado médico y centrado en la persona, y tal vez no aclare suficientemente la relación recíproca entre las condiciones o expectativas sociales y las capacidades de la persona. Esas inquietudes, así como otras expresadas por los usuarios



en los 12 años transcurridos desde la publicación de la clasificación, se tendrán en cuenta en futuras revisiones.

21– Como resultado de la experiencia acumulada en relación con la ejecución del Programa de Acción Mundial y del examen general realizado durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos, se profundizaron los conocimientos y se amplió la comprensión de las cuestiones relativas a la discapacidad y de la terminología utilizada. La terminología actual reconoce la necesidad de tener en cuenta no sólo las necesidades individuales (como rehabilitación y recursos técnicos auxiliares) sino también las deficiencias de la sociedad (diversos obstáculos a la participación).

### Prevención

22– Por prevención se entiende la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzca un deterioro físicos intelectual, psiquiátrico o sensorial (prevención primaria) o a impedir que ese deterioro cause una discapacidad o limitación funcional permanente (prevención secundaria). La prevención puede incluir muchos tipos de acción diferentes, como atención primaria de la salud, puericultura prenatal y posnatal, educación en materia de nutrición, campañas de vacunación contra enfermedades transmisibles, medidas de lucha contra las enfermedades endémicas, normas y programas de seguridad para la prevención de accidentes en diferentes entornos, incluidas la adaptación de los lugares de trabajo para evitar discapacidades y enfermedades profesionales, y prevención de la discapacidad resultante de la contaminación del medio ambiente u ocasionada por los conflictos armados.

### Rehabilitación

23– La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.

### Logro de la igualdad de oportunidades

24– Por logro de la igualdad de oportunidades se entiende el proceso mediante el cual los diversos sistemas de la sociedad, el entorno físico, los servicios, las actividades, la información y la documentación se ponen a disposición de todos, especialmente de las personas con discapacidad.

25– El principio de la igualdad de derechos significa que las necesidades de cada persona tienen igual importancia, que esas necesidades deben constituir la base de la

planificación de las sociedades y que todos los recursos han de emplearse de manera de garantizar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de participación.

26– Las personas con discapacidad son miembros de la sociedad y tienen derecho a permanecer en sus comunidades locales. Deben recibir el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud, empleo y servicios sociales.

27– A medida que las personas con discapacidad logren la igualdad de derechos, deben también asumir las obligaciones correspondientes. A su vez, con el logro de esos derechos, las sociedades pueden esperar más de las personas con discapacidad. Como parte del proceso encaminado a lograr la igualdad de oportunidades deben establecerse disposiciones para ayudar a esas personas a asumir su plena responsabilidad como miembros de la sociedad.

### Preámbulo

Conscientes de que los Estados, en la Carta de las Naciones Unidas, se han comprometido a actuar individual y colectivamente en cooperación con la Organización para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,

Reafirmando el compromiso de defender los derechos humanos y las libertades fundamentales, la justicia social y la dignidad y el valor de la persona humana, proclamado en la Carta,

Recordando en particular las normas internacionales en materia de derechos humanos que se enuncian en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Observando que esos instrumentos proclaman que los derechos en ellos reconocidos se deben conceder por igual a todas las personas sin discriminación,

Recordando las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño, que prohíbe la discriminación basada en la discapacidad y que requiere la adopción de medidas especiales para proteger los derechos de los niños con discapacidad y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, que establece algunas medidas de protección contra la discapacidad,

Recordando asimismo las disposiciones de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer destinadas a salvaguardar los derechos de las niñas y mujeres con discapacidad,

Teniendo en cuenta la Declaración de los Derechos de los Impedidos, la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social, los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental y otros instrumentos pertinentes aprobados por la Asamblea General,

Teniendo en cuenta también las recomendaciones y los convenios pertinentes aprobados por la Organización Internacional del Trabajo, en especial los que se refieren a la participación en el empleo, sin discriminación alguna, de las personas con discapacidad,

Conscientes de la labor y las recomendaciones pertinentes de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, en particular la Declaración

sobre la Educación para Todos, de la Organización Mundial de la Salud, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y de otras organizaciones interesadas,

Teniendo en cuenta el compromiso contraído por los Estados con respecto a la protección del medio ambiente,

Conscientes de la devastación causada por los conflictos armados y deplorando la utilización de los escasos recursos disponibles para la producción de armamentos, Reconociendo que el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y la definición de “igualdad de oportunidades” que figura en él representan la firme y sincera aspiración de la comunidad internacional de lograr que esos diversos instrumentos y recomendaciones internacionales sean prácticos y revistan una importancia concreta,

Reconociendo que el objetivo del Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992) que consistía en ejecutar el Programa de Acción Mundial, sigue teniendo validez y requiere la adopción de medidas urgentes y sostenidas, Recordando que el Programa de Acción Mundial se basa en conceptos que tienen igual validez y urgencia para los países en desarrollo que para los países industrializados,

Convencidos de que hay que intensificar los esfuerzos si se quiere conseguir que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la sociedad y disfrutar de los derechos humanos en condiciones de igualdad,

Subrayando nuevamente que las personas con discapacidad, sus padres, tutores o quienes abogan en su favor, y las organizaciones que los representan deben participar activamente, junto con los Estados, en la planificación y ejecución de todas las medidas que afecten a sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, Cumpliendo lo dispuesto en la resolución 1990/26 del Consejo Económico y Social, de 24 de mayo de 1990, y basándose en la lista detallada de las medidas concretas que se precisan para que las personas con discapacidad se hallen en condiciones de igualdad con los demás, que figura en el Programa de Acción Mundial.

Los Estados han aprobado las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad que se enuncian a continuación, con objeto de:

- a. Poner de relieve que todas las medidas en la esfera de la discapacidad presuponen un conocimiento y una experiencia suficientes acerca de las condiciones y necesidades especiales de las personas con discapacidad;
- b. Destacar que el proceso mediante el cual cada uno de los aspectos de la organización de la sociedad se ponen a disposición de todos, representa un objetivo fundamental del desarrollo socioeconómico;
- c. Señalar aspectos decisivos de las políticas sociales en la esfera de la discapacidad, incluido, cuando proceda, el fomento activo de la cooperación económica y técnica;
- d. Ofrecer modelos para el proceso político de adopción de decisiones necesario para la consecución de la igualdad de oportunidades, teniendo presente la existencia de una gran diversidad de niveles económicos y técnicos, así como el hecho de que el proceso debe reflejar un profundo conocimiento del contexto cultural en el que se desarrolla, y el papel fundamental que las personas con discapacidad desempeñan en dicho proceso;

- e. Proponer la creación de mecanismos nacionales para establecer una estrecha colaboración entre los Estados, los órganos del sistema de las Naciones Unidas, otros órganos intergubernamentales y las organizaciones de personas con discapacidad;
- f. Proponer un mecanismo eficaz de supervisión del proceso por medio del cual los Estados tratan de lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

## I

### Requisitos para la igualdad de participación

#### Artículo 1

##### Mayor toma de conciencia

Los Estados deben adoptar medidas para hacer que la sociedad tome mayor conciencia de las personas con discapacidad, sus derechos, sus necesidades, sus posibilidades y su contribución.

- 1— Los Estados deben velar por que las autoridades competentes distribuyan información actualizada acerca de los programas y servicios disponibles para las personas con discapacidad, sus familias, los profesionales que trabajen en esta esfera y el público en general. La información para las personas con discapacidad debe presentarse en forma accesible.
- 2— Los Estados deben iniciar y apoyar campañas informativas referentes a las personas con discapacidad y a las políticas en materia de discapacidad a fin de difundir el mensaje de que dichas personas son ciudadanos con los mismos derechos y las mismas obligaciones que los demás, y de justificar así las medidas encaminadas a eliminar todos los obstáculos que se opongan a su plena participación.
- 3— Los Estados deben alentar a los medios de comunicación a que presenten una imagen positiva de las personas con discapacidad; se debe consultar a ese respecto a las organizaciones de esas personas.
- 4— Los Estados deben velar por que los programas de educación pública reflejen en todos sus aspectos el principio de la plena participación e igualdad.
- 5— Los Estados deben invitar a las personas con discapacidad y a sus familias, así como a las organizaciones interesadas, a participar en programas de educación pública relativos a las cuestiones relacionadas con la discapacidad.
- 6— Los Estados deben alentar a las empresas del sector privado a que incluyan en todos los aspectos de sus actividades las cuestiones relativas a la discapacidad.
- 7— Los Estados deben iniciar y promover programas encaminados a hacer que las personas con discapacidad cobren mayor conciencia de sus derechos y posibilidades. Una

mayor autonomía y la creación de condiciones para la participación plena en la sociedad permitirán a esas personas aprovechar las oportunidades a su alcance.

8— La promoción de una mayor toma de conciencia debe constituir una parte importante de la educación de los niños con discapacidad y de los programas de rehabilitación. Las personas con discapacidad también pueden ayudarse mutuamente a cobrar mayor conciencia participando en las actividades de sus propias organizaciones.

9— La promoción de una mayor toma de conciencia debe formar parte integrante de la educación de todos los niños y ser uno de los componentes de los cursos de formación de maestros y de la capacitación de todos los profesionales.

## Artículo 2

### Atención médica

Los Estados deben asegurar la prestación de atención médica eficaz a las personas con discapacidad.

1— Los Estados deben esforzarse por proporcionar programas dirigidos por equipos multidisciplinarios de profesionales para la detección precoz, la evaluación y el tratamiento de las deficiencias. En esa forma se podría prevenir, reducir o eliminar sus efectos perjudiciales. Esos programas deben asegurar la plena participación de las personas con discapacidad y de sus familias en el plano individual y de las organizaciones de personas con discapacidad a nivel de la planificación y evaluación.

2— Debe capacitarse a los trabajadores comunitarios locales para que participen en esferas tales como la detección precoz de las deficiencias, la prestación de asistencia primaria y el envío a los servicios apropiados.

3— Los Estados deben velar por que las personas con discapacidad, en particular lactantes y niños, reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad.

4— Los Estados deben velar por que todo el personal médico y paramédico esté debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y tenga acceso a tecnologías y métodos de tratamiento pertinentes.

5— Los Estados deben velar por que el personal médico, paramédico y personal conexo sea debidamente capacitado, para prestar asesoramiento apropiado a los padres a fin de no limitar las opciones de que disponen sus hijos. Esta capacitación debe ser un proceso permanente y basarse en la información más reciente de que se disponga.

6— Los Estados deben velar por que las personas con discapacidad reciban regularmente el tratamiento y los medicamentos que necesiten para mantener o aumentar su capacidad funcional.

## Artículo 3

### Rehabilitación

Los Estados deben asegurar la prestación de servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad a fin de que logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad.

- 1— Los Estados deben elaborar programas nacionales de rehabilitación para todos los grupos de personas con discapacidad. Dichos programas deben basarse en las necesidades reales de esas personas y en el principio de plena participación e igualdad.
- 2— Esos programas deben incluir una amplia gama de actividades, como la capacitación básica destinada a mejorar el ejercicio de una función afectada o a compensar dicha función, el asesoramiento a las personas con discapacidad y a sus familias, el fomento de la autonomía y la prestación de servicios ocasionales como evaluación y orientación.
- 3— Deben tener acceso a la rehabilitación todas las personas que la requieran, incluidas las personas con discapacidades graves o múltiples.
- 4— Las personas con discapacidad y sus familias deben estar en condiciones de participar en la concepción y organización de los servicios de rehabilitación que les conciernan.
- 5— Los servicios de rehabilitación deben establecerse en la comunidad local en la que viva la persona con discapacidad. Sin embargo, en algunos casos, pueden organizarse cursos especiales de rehabilitación a domicilio, de duración limitada, si se estima que esa es la forma más apropiada para alcanzar una determinada meta de capacitación.
- 6— Debe alentarse a las personas con discapacidad y a sus familias a participar directamente en la rehabilitación, por ejemplo, como profesores experimentados, instructores o asesores.
- 7— Los Estados deben valerse de la experiencia adquirida por las organizaciones de las personas con discapacidad cuando formulen o evalúen programas de rehabilitación.

## Artículo 4

### Servicios de apoyo

Los Estados deben velar por el establecimiento y la prestación de servicios de apoyo a las personas con discapacidad, incluidos los recursos auxiliares, a fin de ayudarles a aumentar su nivel de autonomía en la vida cotidiana y a ejercer sus derechos.

- 1— Entre las medidas importantes para conseguir la igualdad de oportunidades, los Estados deben proporcionar equipo y recursos auxiliares, asistencia personal y servicios de intérprete según las necesidades de las personas con discapacidad.

2- Los Estados deben apoyar el desarrollo, la fabricación, la distribución y los servicios de reparación del equipo y los recursos auxiliares, así como la difusión de los conocimientos al respecto.

3- Con ese fin, deben aprovecharse los conocimientos técnicos de que se disponga en general. En los Estados en que exista una industria de alta tecnología esta debe utilizarse plenamente a fin de mejorar el nivel y la eficacia del equipo y recursos auxiliares. Es importante estimular el desarrollo y la fabricación de recursos auxiliares más sencillos y menos Costosos en lo posible mediante la utilización de materiales y medios de producción locales. Las personas con discapacidad podrían participar en la fabricación de esos artículos.

4- Los Estados deben reconocer que todas las personas con discapacidad que necesiten equipo o recursos auxiliares deben tener acceso a ellos según proceda, incluida la capacidad financiera de procurárselos. Puede ser necesario que el equipo y los recursos auxiliares se faciliten a gratuitamente o a un precio lo suficientemente bajo para que dichas personas o sus familias puedan adquirirlos.

5- En los programas de rehabilitación para el suministro de dispositivos auxiliares y equipo, los Estados deben considerar las necesidades especiales de las niñas y los niños con discapacidad por lo que se refiere al diseño y a la durabilidad de los dispositivos auxiliares y el equipo, así como a su idoneidad en relación con la edad de los niños a los que se destinen.

6- Los Estados deben apoyar la elaboración y la disponibilidad de programas de asistencia personal y de servicios de interpretación, especialmente para las personas con discapacidades graves o múltiples. Dichos programas aumentarían el grado de participación de las personas con discapacidad en la vida cotidiana en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y durante su tiempo libre.

7- Los programas de asistencia personal deben concebirse de forma que las personas con discapacidad que los utilicen ejerzan una influencia decisiva en la manera de ejecutar dichos programas.

## II

### Esferas previstas para la igualdad de participación

#### Artículo 5

#### Posibilidades de acceso

Los Estados deben reconocer la importancia global de las posibilidades de acceso dentro del proceso de lograr la igualdad de oportunidades en todas las esferas de la sociedad. Para las personas con discapacidades de cualquier índole, los Estados deben a) establecer programas de acción para que el entorno físico sea accesible; y b) adoptar medidas para garantizar el acceso a la información y la comunicación.

#### a. Acceso al entorno físico

1— Los Estados deben adoptar medidas para eliminar los obstáculos a la participación en el entorno físico. Dichas medidas pueden consistir en elaborar normas y directrices y en estudiar la posibilidad de promulgar leyes que aseguren el acceso a diferentes sectores de la sociedad, por ejemplo, en lo que se refiere a las viviendas, los edificios, los servicios de transporte público y otros medios de transporte, las calles y otros lugares al aire libre.

2— Los Estados deben velar por que los arquitectos, los técnicos de la construcción y otros profesionales que participen en el diseño y la construcción del entorno físico puedan obtener información adecuada sobre la política en materia de discapacidad y las medidas encaminadas a asegurar el acceso.

3— Las medidas para asegurar el acceso se incluirán desde el principio en el diseño y la construcción del entorno físico.

4— Debe consultarse a las organizaciones de personas con discapacidad cuando se elaboren normas y disposiciones para asegurar el acceso. Dichas organizaciones deben asimismo participar en el plano local, desde la etapa de planificación inicial, cuando se diseñen los proyectos de obras públicas, a fin de garantizar al máximo las posibilidades de acceso.

#### b. Acceso a la información y a la comunicación

5— Las personas con discapacidad y, cuando proceda, sus familias y quienes abogan en su favor deben tener acceso en todas las etapas a una información completa sobre el diagnóstico, los derechos y los servicios y programas disponibles. Esa información debe presentarse en forma que resulte accesible para las personas con discapacidad.

6— Los Estados deben elaborar estrategias para que los servicios de información y documentación sean accesibles a diferentes grupos de personas con discapacidad. A fin de proporcionar acceso a la información y la documentación escritas a las personas con deficiencias visuales, deben utilizarse el sistema Braille, grabaciones en cinta, tipos de imprenta grandes y otras tecnologías apropiadas. De igual modo, deben utilizarse tecnologías apropiadas para proporcionar acceso a la información oral a las personas con deficiencias auditivas o dificultades de comprensión.

7— Se debe considerar la utilización del lenguaje por señas en la educación de los niños sordos, así como en sus familias y comunidades. También deben prestarse servicios de interpretación del lenguaje por señas para facilitar la comunicación entre las personas sordas y las demás personas.

8— Deben tenerse en cuenta asimismo las necesidades de las personas con otras discapacidades de comunicación.

9— Los Estados deben estimular a los medios de información, en especial a la televisión, la radio y los periódicos, a que hagan accesibles sus servicios.



10– Los Estados deben velar por que los nuevos sistemas de servicios y de datos informatizados que se ofrezcan al público en general sean desde un comienzo accesibles a las personas con discapacidad, o se adapten para hacerlos accesibles a ellas.

11– Debe consultarse a las organizaciones de personas con discapacidad cuando se elaboren medidas encaminadas a proporcionar a esas personas acceso a los servicios de información.

## Artículo 6

### Educación

Los Estados deben reconocer el principio de la igualdad de oportunidades de educación en los niveles primario, secundario y superior para los niños, los jóvenes y los adultos con discapacidad en entornos integrados, y deben velar por que la educación de las personas con discapacidad constituya una parte integrante del sistema de enseñanza.

1– La responsabilidad de la educación de las personas con discapacidad en entornos integrados corresponde a las autoridades docentes en general. La educación de las personas con discapacidad debe constituir parte integrante de la planificación nacional de la enseñanza, la elaboración de planes de estudio y la organización escolar.

2– La educación en las escuelas regulares requiere la prestación de servicios de interpretación y otros servicios de apoyo apropiados. Deben facilitarse condiciones adecuadas de acceso y servicios de apoyo concebidos para atender las necesidades de personas con diversas discapacidades.

3– Los grupos de padres y las organizaciones de personas con discapacidad deben participar en todos los niveles del proceso educativo.

4– En los Estados en que la enseñanza sea obligatoria, ésta debe impartirse a las niñas y los niños aquejados de todos los tipos y grados de discapacidad, incluidos los más graves.

5– Debe prestarse especial atención a los siguientes grupos:

a. Niños muy pequeños con discapacidad

b. Niños preescolares con discapacidad

c. Adultos con discapacidad, sobre todo las mujeres.

6– Para que las disposiciones sobre instrucción de personas con discapacidad puedan integrarse en el sistema de enseñanza general, los Estados deben:

a. Contar con una política claramente formulada, comprendida y aceptada en las escuelas y por la comunidad en general;

b. Permitir que los planes de estudio sean flexibles y adaptables y que sea posible añadirle distintos elementos según sea necesario;

c. Proporcionar materiales didácticos de calidad y prever la formación constante de personal docente y de Apoyo.

7— Los programas de educación integrada basados en la comunidad deben considerarse métodos complementarios para facilitar a las personas con discapacidad una formación y una educación económicamente viables. Los programas nacionales de base comunitaria deben utilizarse para promover entre las comunidades la utilización y ampliación de sus recursos a fin de proporcionar educación local a las personas con discapacidad.

8— En situaciones en que el sistema de instrucción general no este aun en condiciones de atender las necesidades de todas las personas con discapacidad, cabria analizar la posibilidad de establecer la enseñanza especial, cuyo objetivo seria preparar a los estudiantes para que Be educaran en el sistema de enseñanza general. La calidad de esa educación debe guiarse por las mismas normas y aspiraciones que las aplicables a la enseñanza general y vincularse estrechamente con esta. Como mínimo, se debe asignar a los estudiantes con discapacidad el mismo porcentaje de recursos para la instrucción que el que se asigna a los estudiantes sin discapacidad. Los Estados deben tratar de lograr la integración gradual de los servicios de enseñanza especial en la enseñanza general. Se reconoce que, en algunos casos, la enseñanza especial puede normalmente considerarse la forma más apropiada de impartir instrucción a algunos estudiantes con discapacidad.

9— Debido a las necesidades particulares de comunicación de las personas sordas y de las sordas y ciegas, tal vez sea más oportuno que se les imparta instrucción en escuelas para personas con ecos problemas o en aulas y secciones especiales de las escuelas de instrucción general. Al principio sobre todo, habría que cuidar especialmente de que la instrucción tuviera en cuenta las diferencias culturales a fin de que las personas sordas o sordas y ciegas lograran una comunicación real y la máxima autonomía.

## Artículo 7

### Empleo

Los Estados deben reconocer el principio de que las personas con discapacidad deben estar facultadas para ejercer sus derechos humanos, en particular en materia de empleo. Tanto en las zonas rurales como en las urbanas debe haber igualdad de oportunidades para obtener un empleo productivo y remunerado en el mercado de trabajo.

1— Las disposiciones legislativas y reglamentarias del sector laboral no deben discriminar contra las personas con discapacidad ni interponer obstáculos a su empleo.

2— Los Estados deben apoyar activamente la integración de las personas con discapacidad en el mercado de trabajo. Este apoyo activo se podría lograr mediante diversas medidas como, por ejemplo, la capacitación profesional, los planes de cuotas basadas en incentivos, el empleo reservado, préstamos o subvenciones para empresas pequeñas,

contratos de exclusividad o derechos de producción prioritarios, exenciones fiscales, supervisión de contratos u otro tipo de asistencia técnica y financiera para las empresas que empleen a trabajadores con discapacidad. Los Estados han de estimular también a los empleadores a que hagan asustes razonables para dar cabida a personas con discapacidad.

3– Los programas de medidas estatales deben incluir:

a. Medidas para diseñar y adaptar los lugares y locales de trabajo de forma que resulten accesibles a las personas que tengan diversos tipos de discapacidad;

b. Apoyo a la utilización de nuevas tecnologías y al desarrollo y la producción de recursos, instrumentos y equipos auxiliares, y medidas para facilitar el acceso de las personas con discapacidad a esos medios, a fin de que puedan obtener y conservar su empleo;

c. Prestación de servicios apropiados de formación y colocación y de apoyo como, por ejemplo, asistencia personal y servicios de interpretación.

4– Los Estados deben iniciar y apoyar campañas de sensibilización con la finalidad de lograr que se superen las actitudes negativas y los prejuicios relacionados con los trabajadores aquejados de discapacidad.

5– En su calidad de empleadores, los Estados deben crear condiciones favorables para el empleo de personas con discapacidad en el sector público.

6– Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar para asegurar condiciones equitativas en materia de políticas de contratación y ascenso, condiciones de empleo, tasas de remuneración, medidas encaminadas a mejorar el ambiente laboral a fin de prevenir lesiones y deterioro de la salud, y medidas para la rehabilitación de los empleados que hayan sufrido lesiones por motivos laborales.

7– El objetivo debe ser siempre que las personas con discapacidad obtengan empleo en el mercado de trabajo abierto. En el caso de las personas con discapacidad cuyas necesidades no puedan atenderse en esa forma, cabe la opción de crear pequeñas dependencias con empleos protegidos o reservados. Es importante que la calidad de esos programas se evalúe en cuanto a su pertinencia y suficiencia para crear oportunidades que permitan a las personas con discapacidad obtener empleo en el mercado de trabajo.

8– Deben adoptarse medidas para incluir a personas con discapacidad en los programas de formación y empleo en el sector privado y en el sector no estructurado.

9– Los Estados, las organizaciones de trabajadores y los empleadores deben cooperar con las organizaciones de personas con discapacidad en todas las medidas encaminadas a crear oportunidades de formación y empleo, en particular, el horario flexible, la jornada parcial, la posibilidad de compartir un puesto, el empleo por cuenta propia, y el cuidado de asistentes para las personas con discapacidad.

## Mantenimiento de los ingresos y seguridad social

Los Estados son responsables de las prestaciones de seguridad social y mantenimiento del ingreso para las personas con discapacidad.

1— Los Estados deben velar por asegurar la prestación de apoyo adecuado en materia de ingresos a las personas con discapacidad que, debido a la discapacidad o a factores relacionados con ésta, hayan perdido temporalmente sus ingresos, reciban un ingreso reducido o se hayan visto privadas de oportunidades de empleo. Los Estados deben velar por que la prestación de apoyo tenga en cuenta los gastos en que suelen incurrir las personas con discapacidad y sus familias como consecuencia de su discapacidad.

2— En países donde exista o se esté estableciendo un sistema de seguridad social, de seguros sociales u otro plan de bienestar social para la población en general, los Estados deben velar por que dicho sistema no excluya a las personas con discapacidad ni discrimine contra ellas.

3— Los Estados deben velar asimismo por que las personas que se dediquen a cuidar a una persona con discapacidad tengan un ingreso asegurado o gocen de la protección de la seguridad social.

4— Los sistemas de seguridad social deben prever incentivos para restablecer la capacidad para generar ingresos de las personas con discapacidad. Dichos sistemas deben proporcionar formación profesional o contribuir a su organización, desarrollo y financiación. Asimismo, deben facilitar servicios de colocación.

5— Los programas de seguridad social deben proporcionar también incentivos para que las personas con discapacidad busquen empleo a fin de crear o restablecer sus posibilidades de generación de ingresos.

6— Los subsidios de apoyo a los ingresos deben mantenerse mientras persistan las condiciones de discapacidad, de manera que no resulten un desincentivo para que las personas con discapacidad busquen empleo. Sólo deben reducirse o darse por terminados cuando esas personas logren un ingreso adecuado y seguro.

7— En países donde el sector privado sea el principal proveedor de la seguridad social, los Estados deben promover entre las comunidades locales, las organizaciones de bienestar social y las familias el establecimiento de medidas de autoayuda e incentivos para el empleo de personas con discapacidad o para que esas personas realicen actividades relacionadas con el empleo.

## Artículo 9

### Vida en familia e integridad personal

Los Estados deben promover la plena participación de las personas con discapacidad en la vida en familia. También deben promover su derecho a la integridad personal y velar por

que la legislación no establezca discriminaciones contra las personas con discapacidad en lo que se refiere a las relaciones sexuales, el matrimonio y la procreación.

1– Las personas con discapacidad deben estar en condiciones de vivir con sus familias. Los Estados deben estimular la inclusión en la orientación familiar de módulos apropiados relativos a la discapacidad y a sus efectos para la vida en familia. A las familias en que haya una persona con discapacidad se les deben facilitar servicios de cuidados temporales o de atención a domicilio. Los Estados deben eliminar todos los obstáculos innecesarios que se opongan a las personas que deseen cuidar o adoptar a un niño o a un adulto con discapacidad.

2– Las personas con discapacidad no deben ser privadas de la oportunidad de experimentar su sexualidad, tener relaciones sexuales o tener hijos. Teniendo en cuenta que las personas con discapacidad pueden tropezar con dificultades para casarse y para fundar una familia, los Estados deben promover el establecimiento de servicios de orientación apropiados. Las personas con discapacidad deben tener el mismo acceso que las demás a los métodos de planificación de la familia, así como a información accesible sobre el funcionamiento sexual de su cuerpo.

3– Los Estados deben promover medidas encaminadas a modificar las actitudes negativas ante el matrimonio, la sexualidad y la paternidad o maternidad de las personas con discapacidad, en especial de las jóvenes y las mujeres con discapacidad, que aun siguen prevaleciendo en la sociedad. Se debe exhortar a los medios de información a que desempeñen un papel importante en la eliminación de las mencionadas actitudes negativas.

4– Las personas con discapacidad y sus familias necesitan estar plenamente informadas acerca de las precauciones que se deben tomar contra el abuso sexual y otras formas de maltrato. Las personas con discapacidad son particularmente vulnerables al maltrato en la familia, en la comunidad o en las instituciones y necesitan que se les eduque sobre la manera de evitarlo para que puedan reconocer cuando han sido víctimas de él y notificar dichos casos.

## Artículo 10

### Cultura

Los Estados deben velar por que las personas con discapacidad se integren y puedan participar en las actividades culturales en condiciones de igualdad.

1– Los Estados velarán por que las personas con discapacidad tengan oportunidad de utilizar su capacidad creadora, artística e intelectual, no solamente para su propio beneficio, sino también para enriquecer a su comunidad, tanto en las zonas urbanas como en las rurales. Son ejemplos de tales actividades la danza, la música, la literatura, el teatro, las artes plásticas, la pintura y la escultura. En los países en desarrollo, en particular, se hará hincapié en las formas artísticas tradicionales y contemporáneas, como el teatro de títeres, la declamación y la narración oral.

2— Los Estados deben promover el acceso de las personas con discapacidad a los lugares en que se realicen actos culturales o en que se presten servicios culturales tales como los teatros, los museos, los cines y las bibliotecas, y cuidar de que esas personas puedan asistir a ellos.

3— Los Estados deben iniciar el desarrollo y la utilización de medios técnicos especiales para que la literatura, las películas cinematográficas y el teatro sean accesibles a las personas con discapacidad.

## Artículo 11

### Actividades recreativas y deportivas

Los Estados deben adoptar medidas encaminadas a asegurar que las personas con discapacidad tengan igualdad de oportunidades para realizar actividades recreativas y deportivas.

1— Los Estados deben iniciar medidas para que los lugares donde se llevan a cabo actividades recreativas y deportivas, los hoteles, las playas, los estadios deportivos y los gimnasios, entre otros, sean accesibles a las personas con discapacidad. Esas medidas abarcaran el apoyo al personal encargado de programas de recreo y deportes, incluso proyectos encaminados a desarrollar métodos para asegurar el acceso y programas de participación, información y capacitación.

2— Las autoridades turísticas, las agencias de viaje, los hoteles, las organizaciones voluntarias y otras entidades que participen en la organización de actividades recreativas o de viajes turísticos deben ofrecer sus servicios a todo el mundo, teniendo en cuenta las necesidades especiales de las personas con discapacidad. Debe impartirse formación adecuada para poder contribuir a ese proceso.

3— Debe alentarse a las organizaciones deportivas a que fomenten las oportunidades de participación de las personas con discapacidad en las actividades deportivas. En algunos casos, las medidas encaminadas a asegurar el acceso podrían ser suficientes para crear oportunidades de participación. En otros casos se precisarán arreglos especiales o juegos especiales. Los Estados deberán apoyar la participación de las personas con discapacidad en competencias nacionales e internacionales.

4— Las personas con discapacidad que participen en actividades deportivas deben tener acceso a una instrucción y un entrenamiento de la misma calidad que los demás participantes.

5— Los organizadores de actividades recreativas y deportivas deben consultar a las organizaciones de personas con discapacidad cuando establezcan servicios para dichas personas.

## Artículo 12

## Religión

Los Estados deben promover la adopción de medidas para la participación de las personas con discapacidad en la vida religiosa de sus comunidades en un pie de igualdad.

1— Los Estados, en consulta con las autoridades religiosas, deben promover la adopción de medidas para eliminar la discriminación y para que las actividades religiosas sean accesibles a las personas con discapacidad.

2— Los Estados deben promover la distribución de información sobre cuestiones relacionadas con la discapacidad entre las organizaciones e instituciones religiosas. Los Estados también deben alentar a las autoridades religiosas a que incluyan información sobre políticas en materia de discapacidad en los programas de formación para el desempeño de profesiones religiosas y en los programas de enseñanza religiosa.

3— También deben realizarse esfuerzos para que las personas con deficiencias sensoriales tengan acceso a la literatura religiosa.

4— Los Estados o las organizaciones religiosas deben consultar a las organizaciones de personas con discapacidad cuando elaboren medidas encaminadas a lograr la participación de esas personas en actividades religiosas en un pie de igualdad.

## III

### Medidas de ejecución

#### Artículo 13

#### Información e investigación

Los Estados deben asumir la responsabilidad final de reunir y difundir información acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad y fomentar la amplia investigación de todos los aspectos, incluidos los obstáculos que afectan la vida de las personas con discapacidad.

1— Los Estados deben reunir periódicamente estadísticas, desglosadas por sexo, y otras informaciones acerca de las condiciones de vida de las personas con discapacidad. Dichas actividades de reunión de datos pueden realizarse conjuntamente con los censos nacionales y las encuestas por hogares, en estrecha colaboración con universidades, institutos de investigación y organizaciones de personas con discapacidad. Los cuestionarios deben incluir preguntas sobre los programas y servicios y sobre su utilización.

2— Los Estados deben examinar la posibilidad de establecer una base de datos relativa a la discapacidad, que incluya estadísticas sobre los servicios y programas disponibles y sobre los distintos grupos de personas con discapacidad, teniendo presente la necesidad de proteger la vida privada y la integridad personales.

- 3— Los Estados deben iniciar y fomentar programas de investigación sobre las cuestiones sociales, económicas y de participación que influyan en la vida de las personas con discapacidad y de sus familias. Dichas investigaciones deben abarcar las causas, los tipos y la frecuencia de la discapacidad, la disponibilidad y eficacia de los programas existentes, y la necesidad de desarrollar y evaluar los servicios y las medidas de apoyo.
- 4— Los Estados deben elaborar y adoptar terminología y criterios para llevar a cabo encuestas nacionales, en cooperación con las organizaciones que se ocupan de las personas con discapacidad.
- 5— Los Estados deben facilitar la participación de las personas con discapacidad en la reunión de datos y en la investigación. Para la realización de esas investigaciones, deben apoyar particularmente la contratación de personas con discapacidad calificadas.
- 6— Los Estados deben apoyar el intercambio de experiencias y conclusiones derivadas de las investigaciones.
- 7— Los Estados deben adoptar medidas para difundir información y conocimientos en materia de discapacidad a todas las instancias políticas y administrativas a nivel nacional, regional y local.

#### Artículo 14

##### Cuestiones normativas y de planificación

Los Estados deben velar por que las cuestiones relativas a la discapacidad se incluyan en todas las actividades normativas y de planificación correspondientes del país.

- 1— Los Estados deben emprender y prever políticas adecuadas para las personas con discapacidad en el plano nacional y deben estimular y apoyar medidas en los planos regional y local.
- 2— Los Estados deben hacer que las organizaciones de personas con discapacidad intervengan en todos los casos de adopción de decisiones relacionadas con los planes y programas de interés para las personas con discapacidad o que afecten a su situación económica y social.
- 3— Las necesidades y los intereses de las personas con discapacidad deben incorporarse en los planes de desarrollo general en lugar de tratarse por separado.
- 4— La responsabilidad última de los Estados por la situación de las personas con discapacidad no exime a los demás de la responsabilidad que les corresponda. Debe exhortarse a los encargados de prestar servicios, organizar actividades o suministrar información en la sociedad a que acepten la responsabilidad de lograr que las personas con discapacidad tengan acceso a esos servicios.



5— Los Estados deben facilitar a las comunidades locales la elaboración de programas y medidas para las personas con discapacidad. Una manera de conseguirlo consiste en preparar manuales o listas de verificación, y en proporcionar programas de capacitación para el personal local.

## Artículo 15

### Legislación

Los Estados tienen la obligación de crear las bases jurídicas para la adopción de medidas encaminadas a lograr los objetivos de la plena participación y la igualdad de las personas con discapacidad.

1— En la legislación nacional, que consagra los derechos y deberes de los ciudadanos, deben enunciarse también los derechos y deberes de las personas con discapacidad. Los Estados tienen la obligación de velar por que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos, incluidos sus derechos civiles y políticos, en un pie de igualdad con los demás ciudadanos. Los Estados deben procurar que las organizaciones de personas con discapacidad participen en la elaboración de leyes nacionales relativas a los derechos de las personas con discapacidad, así como en la evaluación permanente de esas leyes.

2— Tal vez sea menester adoptar medidas legislativas para eliminar las condiciones que pudieran afectar adversamente a la vida de las personas con discapacidad, entre otras, el acoso y la victimización. Deberá eliminarse toda disposición discriminatoria contra personas con discapacidad. La legislación nacional debe establecer sanciones apropiadas en caso de violación de los principios de no-discriminación.

3— La legislación nacional relativa a las personas con discapacidad puede adoptar dos formas diferentes. Los derechos y deberes pueden incorporarse en la legislación general o figurar en una legislación especial. La legislación especial para las personas con discapacidad puede establecerse de diversas formas:

- a. Promulgando leyes por separado que se refieran exclusivamente a las cuestiones relativas a la discapacidad;
- b. Incluyendo las cuestiones relativas a la discapacidad en leyes sobre aspectos concretos
- c. Mencionando concretamente a las personas con discapacidad en los textos que sirvan para interpretar las disposiciones legislativas vigentes.

Tal vez fuera conveniente combinar algunas de esas posibilidades. Podría examinarse la posibilidad de incluir disposiciones sobre acción afirmativa respecto de esos grupos.

4— Los Estados podrían considerar la posibilidad de establecer mecanismos reglamentarios oficiales para la presentación de demandas, a fin de proteger los intereses de las personas con discapacidad.

## Artículo 16

### Política económica

La responsabilidad financiera de los programas y las medidas nacionales destinados a crear igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad corresponde a los Estados.

- 1— Los Estados deben incluir las cuestiones relacionadas con la discapacidad en los presupuestos ordinarios de todos los órganos de gobierno a nivel nacional, regional y local.
- 2— Los Estados, las organizaciones no gubernamentales y otros órganos interesados deben actuar de consuno para determinar la forma más eficaz de apoyar proyectos y medidas que interesen a las personas con discapacidad.
- 3— Los Estados deben estudiar la posibilidad de aplicar medidas económicas, esto es, préstamos, exenciones fiscales, subsidios con fines específicos y fondos especiales, entre otros, para estimular y apoyar la participación en la sociedad de las personas con discapacidad en un pie de igualdad.
- 4— En muchos Estados tal vez sea conveniente establecer un fondo de desarrollo para cuestiones relacionadas con la discapacidad, que podría apoyar diversos proyectos experimentales y programas de autoayuda en las comunidades.

## Artículo 17

### Coordinación de los trabajos

Los Estados tienen la responsabilidad de establecer centros nacionales de coordinación u organismos análogos que centralicen a nivel nacional las cuestiones relacionadas con la discapacidad.

- 1— El comité nacional de coordinación o los órganos similares debe tener carácter permanente y basarse en normas jurídicas y en un reglamento administrativo apropiado.
- 2— Para lograr una composición intersectorial y multidisciplinaria es probable que lo más conveniente sea una combinación de representantes de organizaciones públicas y privadas. Esos representantes podrían provenir de los ministerios correspondientes, las organizaciones de personas con discapacidad y las organizaciones no gubernamentales.
- 3— Las organizaciones de personas con discapacidad deben ejercer una influencia apreciable sobre el comité nacional de coordinación, a fin de asegurar que sus preocupaciones se transmitan debidamente.
- 4— El comité nacional de coordinación debe contar con la autonomía y los recursos suficientes para el desempeño de sus funciones en relación con la capacidad de adoptar decisiones y debe ser responsable ante la instancia superior de gobierno.

## Artículo 18

## Organizaciones de personas con discapacidad

Los Estados deben reconocer el derecho de las organizaciones de personas con discapacidad a representar a esas personas en los planos nacional, regional y local. Los Estados deben reconocer también el papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad en lo que se refiere a la adopción de decisiones sobre cuestiones relativas a la discapacidad.

1— Los Estados deben promover y apoyar económicamente y por otros medios la creación y el fortalecimiento de organizaciones que agrupen a personas con discapacidad, a sus familiares y a otras personas que defiendan sus derechos. Los Estados deben reconocer que esas organizaciones tienen un papel que desempeñar en la elaboración de una política en materia de discapacidad.

2— Los Estados deben mantener una comunicación permanente con las organizaciones de personas con discapacidad y asegurar su participación en la elaboración de las políticas oficiales.

3— El papel de las organizaciones de personas con discapacidad puede consistir en determinar necesidades y prioridades, participar en la planificación, ejecución y evaluación de servicios y medidas relacionados con la vida de las personas con discapacidad, contribuir a sensibilizar al público y a preconizar los cambios apropiados.

4— En su condición de instrumentos de autoayuda, las organizaciones de personas con discapacidad proporcionan y promueven oportunidades para el desarrollo de aptitudes en diversas esferas, el apoyo mutuo entre sus miembros y el intercambio de información.

5— Las organizaciones de personas con discapacidad pueden desarrollar su función consultiva de muy diversas maneras, ya sea mediante su representación permanente en los órganos directivos de los organismos financiados por el gobierno, ya sea mediante su participación en comisiones públicas o el suministro de conocimientos especializados sobre diferentes proyectos.

6— El papel consultivo de las organizaciones de personas con discapacidad debe ser permanente a fin de desarrollar y profundizar el intercambio de opiniones y de información entre el Estado y las organizaciones.

7— Esas organizaciones deben tener representación permanente en el comité nacional de coordinación o en organismos análogos.

8— Se debe desarrollar y fortalecer el papel de las organizaciones locales de personas con discapacidad para que puedan influir en las cuestiones a nivel comunitario.

## Artículo 19

## Capacitación del personal

Los Estados deben asegurar la adecuada formación, a todos los niveles, del personal que participe en la planificación y el suministro de servicios y programas relacionados con las personas con discapacidad.

- 1— Los Estados deben velar por que todas las autoridades que presten servicios en la esfera de la discapacidad proporcionen formación adecuada a su personal.
- 2— En la formación de profesionales en la esfera de la discapacidad, así como en el suministro de información sobre discapacidad en los programas de capacitación general, debe reflejarse debidamente el principio de la plena participación e igualdad.
- 3— Los Estados deben elaborar programas de formación en consulta con las organizaciones de personas con discapacidad, las que, a su vez, deben participar como profesores, instructores o asesores en programas de formación del personal.
- 4— La formación de trabajadores de la comunidad tiene gran importancia estratégica, sobre todo en los países en desarrollo. Debe impartirse también a las personas con discapacidad e incluir el perfeccionamiento de los valores, la competencia y las tecnologías adecuados así como de las aptitudes que puedan poner en práctica las personas con discapacidad, sus padres, sus familiares y los miembros de la comunidad.

## Artículo 20

### Supervisión y evaluación a nivel nacional de los programas sobre discapacidad en lo relativo a la aplicación de las Normas Uniformes

Los Estados son responsables de evaluar y supervisar con carácter permanente la prestación de los servicios y la ejecución de los programas nacionales relativos al logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

- 1— Los Estados deben evaluar periódica y sistemáticamente los programas nacionales en la esfera de la discapacidad y difundir tanto las bases como los resultados de esas evaluaciones.
- 2— Los Estados deben elaborar y adoptar terminología y criterios sobre la evaluación de servicios y programas relativos a la discapacidad.
- 3— Esos criterios y esa terminología deben elaborarse en estrecha cooperación con las organizaciones de personas con discapacidad desde las primeras etapas de formulación de conceptos y la planificación.
- 4— Los Estados deben participar en la cooperación internacional encaminada a elaborar normas comunes para la evaluación nacional en la esfera de la discapacidad. Los Estados deben alentar a los comités nacionales de coordinación a que también participen.

5— La evaluación de los diversos programas en la esfera de la discapacidad debe comenzar en la fase de planificación para que pueda determinarse la eficacia global en la consecución de sus objetivos de políticas.

## Artículo 21

### Cooperación técnica y económica

Los Estados, tanto industrializados como en desarrollo, tienen la obligación de cooperar y de adoptar medidas para mejorar las condiciones de vida de todas las personas con discapacidad en los países en desarrollo.

1— Las medidas encaminadas a lograr la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, incluidos los refugiados con discapacidad, deben incorporarse en los programas de desarrollo general.

2— Dichas medidas deben integrarse en todas las formas de cooperación técnica y económica, bilateral y multilateral, gubernamental y no gubernamental. Los Estados deben traer a colación las cuestiones relativas a la discapacidad en las deliberaciones sobre dicha cooperación.

3— Al planificar y examinar programas de cooperación técnica y económica, debe prestarse especial atención a los efectos de dichos programas para la situación de las personas con discapacidad. Es sumamente importante que se consulte a las personas con discapacidad y a sus organizaciones sobre todos los proyectos de desarrollo destinados a ellas. Unas y otras deben participar directamente en la elaboración, ejecución y evaluación de dichos proyectos.

4— Entre las esferas prioritarias para la cooperación económica y técnica deben figurar:

a. El desarrollo de los recursos humanos mediante el perfeccionamiento de los conocimientos, las aptitudes, y las posibilidades de las personas con discapacidad y la iniciación de actividades generadoras de empleo para esas personas.

b. El desarrollo y la difusión de tecnologías y conocimientos técnicos apropiados en relación con la discapacidad.

5— Se exhorta, además, a los Estados a que apoyen el establecimiento y el fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad.

6— Los Estados deben adoptar medidas para que el personal que participe, a todos los niveles, en la administración de programas de cooperación técnica y económica aumente sus conocimientos sobre las cuestiones relacionadas con la discapacidad.

## Artículo 22

### Cooperación internacional

Los Estados participaran activamente en la cooperación internacional relativa a la aplicación de las normas para lograr la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

1— En las Naciones Unidas, sus organismos especializados y otras organizaciones intergubernamentales interesadas, los Estados deben participar en la elaboración de una política relativa a la discapacidad.

2— Cuando proceda, los Estados deben incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad en las negociaciones de orden general sobre normas, intercambio de información y programas de desarrollo, entre otras cosas.

3— Los Estados deben fomentar y apoyar el intercambio de conocimientos y experiencias entre:

a. Organizaciones no gubernamentales interesadas en cuestiones relativas a la discapacidad;

b. Instituciones de investigación y distintos investigadores cuya labor se relacione con cuestiones relativas a la discapacidad;

c. Representantes de programas sobre el terreno y de grupos profesionales en la esfera de la discapacidad;

d. Organizaciones de personas con discapacidad; y

e. Comités nacionales de coordinación.

4— Los Estados deben procurar que las Naciones Unidas y sus organismos especializados, así como todos los órganos intergubernamentales e interparlamentarios de carácter mundial y regional, incluyan en su labor a las organizaciones mundiales y regionales de personas con discapacidad.

#### IV

##### Mecanismo de supervisión

1— La finalidad del mecanismo de supervisión es promover la aplicación efectiva de las Normas Uniformes. Dicho mecanismo prestara asistencia a todos los Estados en la evaluación de su grado de aplicación de las Normas Uniformes y en la medición de los progresos que se alcancen. La supervisión debe ayudar a determinar los obstáculos y a sugerir medidas idóneas que contribuyan a una aplicación eficaz de las Normas. El mecanismo de supervisión tendrá en cuenta las características económicas, sociales y culturales que existen en cada uno de los Estados. Un elemento importante debe ser también la prestación de servicios de consultoría y el intercambio de experiencias e información entre los Estados.

- 2— Las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad deben supervisarse dentro del marco de los períodos de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social. En caso necesario, se nombrará por un período de tres años y con cargo a los recursos presupuestarios, a un relator especial que cuente con amplia experiencia en materia de discapacidad y en organizaciones internacionales para que supervise la aplicación de las Normas Uniformes.
- 3— Se invitará a organizaciones internacionales de personas con discapacidad reconocidas como entidades consultivas por el Consejo Económico y Social y a organizaciones que representen a personas con discapacidad que todavía no hayan formado sus propias organizaciones a que, teniendo en cuenta los diferentes tipos de discapacidad y la necesaria distribución geográfica equitativa, integren un grupo de expertos, en el cual dichas organizaciones tendrán mayoría, con el cual el Relator Especial y, cuando proceda, la Secretaría, puedan celebrar consultas.
- 4— El Relator Especial exhortará al grupo de expertos a que examine la promoción, aplicación y supervisión de las Normas Uniformes, comunique los resultados y proporcione asesoramiento y sugerencias al respecto.
- 5— El Relator Especial enviará una lista de preguntas a los Estados, a las entidades del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, incluidas las organizaciones de personas con discapacidad. La lista de preguntas debe referirse a los planes de aplicación de las Normas Uniformes en los Estados. Las preguntas deben ser de carácter selectivo y abarcar un número determinado de normas específicas para hacer una evaluación a fondo. El Relator Especial debe prepararlas en consulta con el grupo de expertos y la Secretaría.
- 6— El Relator Especial procurará entablar un diálogo directo no sólo con los estados sino también con las organizaciones no gubernamentales locales, y recabará sus opiniones y observaciones sobre toda información que se proyecte incluir en los informes. El Relator Especial prestará asesoramiento sobre la aplicación y supervisión de las Normas Uniformes, y ayudará a preparar las respuestas a las listas de preguntas.
- 7— El Departamento de Coordinación de Políticas y Desarrollo Sostenible de la Secretaría, en su calidad de centro de coordinación de las Naciones Unidas sobre las cuestiones relativas a la discapacidad, y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y otras entidades y mecanismos del sistema de las Naciones Unidas, como las comisiones regionales, los organismos especializados y las reuniones entre organismos, cooperarán con el Relator Especial en la aplicación y supervisión de las Normas Uniformes en el plano nacional.
- 8— El Relator Especial, con ayuda de la Secretaría, preparará informes que serán presentados a la Comisión de Desarrollo Social en sus períodos de sesiones 34° y 35°. Al preparar esos informes, el Relator Especial consultará al grupo de expertos.
- 9— Los Estados deben alentar a los comités nacionales de coordinación o a los organismos análogos a que participen en la aplicación y vigilancia. En su calidad de centros

de coordinación de los asuntos relativos a la discapacidad en el plano nacional, debe exhortárseles a que establezcan procedimientos destinados a coordinar la vigilancia de las Normas Uniformes. Es menester estimular a las organizaciones de personas con discapacidad a que participen activamente en la vigilancia a todos los niveles del proceso.

10– Si se asignaran recursos extrapresupuestarios, deberían crearse uno o más puestos de Asesor Interregional sobre las Normas Uniformes a fin de prestar servicios directos a los Estados, por ejemplo, en:

a. La organización de seminarios nacionales y regionales de formación sobre el contenido de las Normas Uniformes;

b. La elaboración de directrices en apoyo de las estrategias para la aplicación de las Normas Uniformes y

c. La difusión de información sobre las prácticas óptimas en cuanto a la aplicación de las Normas Uniformes.

11– En su 34 período de sesiones, la Comisión de Desarrollo Social establecerá un grupo de trabajo de composición abierta encargado de examinar el informe del Relator Especial y de formular recomendaciones sobre formas de mejorar la aplicación de las Normas Uniformes. Al examinar el informe del Relator Especial, la Comisión de Desarrollo Social, por conducto de su grupo de trabajo de composición abierta, celebrará consultas con las organizaciones internacionales de personas con discapacidad y con los organismos especializados, de conformidad con los artículos 71 y 76 del reglamento de las comisiones orgánicas del Consejo Económico y Social.

12– En el período de sesiones siguiente a la terminación del mandato del Relator Especial, la Comisión examinará la posibilidad ya sea de renovar ese mandato, de nombrar a un nuevo Relator Especial o de establecer otro mecanismo de vigilancia, y formulará las recomendaciones apropiadas al Consejo Económico y Social.

13– Con objeto de promover la aplicación de las Normas Uniformes, debe alentarse a los Estados a que contribuyan al Fondo de las Naciones Unidas para los Impedidos.



*Declaración sobre la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*<sup>21</sup>

Artículo 1

1— A los efectos de la presente Declaración, se entenderá por tortura todo acto por el cual un funcionario público, u otra persona a instigación suya, inflija intencionalmente a una persona penas o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar a esa persona o a otras. No se considerarán tortura las penas o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de la privación legítima de la libertad, o sean inherentes o incidentales a ésta, en la medida en que estén en consonancia con las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.

2— La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o pena cruel, inhumano o degradante.

Artículo 2

Todo acto de tortura u otro trato o pena cruel, inhumano o degradante constituye una ofensa a la dignidad humana y será condenado como violación de los propósitos de la Carta de las Naciones Unidas y de los derechos humanos y libertades fundamentales proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Artículo 3

Ningún Estado permitirá o tolerará tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. No podrán invocarse circunstancias excepcionales tales como estado de guerra o amenaza de guerra, inestabilidad política interna o cualquier otra emergencia pública como justificación de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 4

Todo Estado tomará, de conformidad con las disposiciones de la presente Declaración, medidas efectivas para impedir que se practiquen dentro de su jurisdicción torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 5

En el adiestramiento de la policía y otros funcionarios públicos responsables de las personas privadas de su libertad, se asegurará que se tenga plenamente en cuenta la prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Esta prohibición se incluirá asimismo, en su caso, en las normas o instrucciones generales que se publiquen en relación con los deberes y funciones de cualquier encargado de la custodia o trato de dichas personas.

---

<sup>21</sup>Naciones Unidas. Asamblea General. Resolución 3452 (XXX). 9 de diciembre de 1975.

## Artículo 6

Todo Estado examinará periódicamente los métodos de interrogatorio y las disposiciones para la custodia y trato de las personas privadas de su libertad en su territorio, a fin de prevenir todo caso de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

## Artículo 7

Todo Estado asegurará que todos los actos de tortura definidos en el artículo 1 constituyen delitos conforme a la legislación penal. Lo mismo se aplicará a los actos que constituyen participación, complicidad, incitación o tentativa de cometer tortura.

## Artículo 8

Toda persona que alegue que ha sido sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, por un funcionario público o a instigación del mismo, tendrá derecho a que su caso sea examinado imparcialmente por las autoridades competentes del Estado interesado.

## Artículo 9

Siempre que haya motivos razonables para creer que se ha cometido un acto de tortura tal como se define en el artículo 1, las autoridades competentes del Estado interesado procederán de oficio y con presteza a una investigación imparcial.

## Artículo 10

Si de la investigación a que se refieren los artículos 8 ó 9 se llega a la conclusión de que parece haberse cometido un acto de tortura tal como se define en el artículo 1, se incoará un procedimiento penal contra el supuesto culpable o culpables de conformidad con la legislación nacional. Si se considera fundada una alegación de otras formas de trato o penas crueles, inhumanos o degradantes, el supuesto culpable o culpables serán sometidos a procedimientos penales, disciplinarios u otros procedimientos adecuados.

## Artículo 11

Cuando se demuestre que un acto de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes han sido cometidos por un funcionario público o a instigación de éste, se concederá a la víctima reparación e indemnización, de conformidad con la legislación nacional.

## Artículo 12

Ninguna declaración que se demuestre que ha sido hecha como resultado de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes podrá ser invocada como prueba contra la persona involucrada ni contra ninguna otra persona en ningún procedimiento.

## *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*<sup>22</sup>

### La Asamblea General

Consciente de la obligación de los Estados Miembros de las Naciones Unidas, contraída en virtud de la Carta, de adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social,

Reafirmando su fe en los derechos humanos y las libertades fundamentales y en los principios de paz, de dignidad y valor de la persona humana y de justicia social proclamados en la Carta,

Recordando los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos, los Pactos internacionales de derechos humanos y la Declaración de los Derechos del Niño y las normas de progreso social ya enunciadas en las constituciones, las convenciones, las recomendaciones y las resoluciones de la Organización Internacional del Trabajo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y otras organizaciones interesadas,

Subrayando que en la Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social se ha proclamado la necesidad de proteger los derechos de los física y mentalmente desfavorecidos y de asegurar su bienestar y su rehabilitación, Teniendo presente la necesidad de ayudar a los retrasados mentales a desarrollar sus aptitudes en las más diversas esferas de actividad, así como de fomentar en la medida de lo posible su incorporación a la vida social normal,

Consciente de que, dado su actual nivel de desarrollo, algunos países no se hallan en situación de dedicar a estas actividades sino esfuerzos limitados,

Proclama la presente Declaración de Derechos del Retrasado Mental y pide que se adopten medidas en el plano nacional o internacional para que sirvan de base y de referencia común para la protección de estos derechos:

- 1— El retrasado mental debe gozar, hasta el máximo grado de viabilidad, de los mismos derechos que los demás seres humanos.
- 2— El retrasado mental tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes.
- 3— El retrasado mental tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso. Tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.
- 4— De ser posible, el retrasado mental debe residir con su familia o en un hogar que reemplace al propio, y participar en las distintas formas de la vida de la comunidad. El hogar en que viva debe recibir asistencia. En caso de que sea necesario internarlo en un

---

<sup>22</sup>Proclamada por la Asamblea General en su resolución 2856 (XXVI), de 20 de diciembre de 1971.

establecimiento especializado, el ambiente y las condiciones de vida dentro de tal institución deberán asemejarse en la mayor medida posible a los de la vida normal.

5– El retrasado mental debe poder contar con la atención de un tutor calificado cuanto esto resulte indispensable para la protección de su persona y sus bienes.

6– El retrasado mental debe ser protegido contra toda explotación y todo abuso o trato degradante. En caso de que sea objeto de una acción judicial, deberá ser sometido a un proceso justo en que se tenga plenamente en cuenta su grado de responsabilidad, atendidas sus facultades mentales.

7– Si algunos retrasados mentales no son capaces, debido a la gravedad de su impedimento, de ejercer efectivamente todos sus derechos, o si se hace necesario limitar o incluso suprimir tales derechos, el procedimiento que se emplee a los fines de esa limitación o supresión deberá entrañar salvaguardas jurídicas que protejan al retrasado mental contra toda forma de abuso. Dicho procedimiento deberá basarse en una evaluación de su capacidad social por expertos calificados. Asimismo, tal limitación o supresión quedará sujeta a revisiones periódicas y reconocerá el derecho de apelación a autoridades superiores.

## **Sistema Regional**

*Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADH)*<sup>23</sup>

### Artículo XI

“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.”

Se trata del principal instrumento regional que alude al derecho a la salud, el cual da cuenta del carácter de interdependencia o interrelación del derecho a la salud con otros derechos tales como la alimentación, vivienda y vestido.

---

<sup>23</sup> Organización de Estados Americanos. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. IX Conferencia Internacional Americana. Bogotá, Colombia. 1948. Aprobada en la IX Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogotá, en 1948; entre los Estados que suscribieron la declaración estuvo Venezuela.

### **3. Doctrina internacional**

Dentro del Derecho consuetudinario de los derechos humanos se encuentran las observaciones y recomendaciones generales, emanadas de los Comités encargados de supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales de la organización de Naciones Unidas. Estas observaciones y recomendaciones representan fuentes primarias para la interpretación de las normas de los tratados. Determinan los contenidos normativos, las obligaciones a cargo del Estado parte, así como posibles indicadores del derecho. De seguida reproduciremos algunas, vinculadas con el derecho humano a la salud. A saber, primero, la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) sobre el derecho a la salud, que desarrolla el artículo 12 del Pidesc; luego un informe del Relator Especial Paul Hunt sobre “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”; la Observación General N° 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada; la Observación General N° 15 sobre el derecho al agua que desarrolla los artículos 11 y 12 del Pidesc; la Recomendación General N° 24 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva que desarrolla el artículo 12 de la CETFDM; y por último, la Observación General N° 4 sobre el derecho a la salud y desarrollo de los adolescentes de la CDN.

*Observación General N° 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (CDESC)*<sup>24</sup>

Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto

1— La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley<sup>25</sup>.

2— Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso IV) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos<sup>26</sup>, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales<sup>27</sup>.

---

<sup>24</sup>Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22º período de sesiones. Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. E/C.12/2000/4. Tema 3 del programa.

<sup>25</sup> Por ejemplo, el principio de no discriminación respecto de los establecimientos, bienes y servicios de salud es legalmente aplicable en muchas jurisdicciones nacionales.

<sup>26</sup> En su resolución 1989/11.

<sup>27</sup> Los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119), y la observación general N° 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales;

3— El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.

4— Al elaborar el artículo 12 del Pacto, la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no adoptó la definición de la salud que figura en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que concibe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades”. Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al “más alto nivel posible de salud física y mental” no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario, el historial de la elaboración y la redacción expresa del párrafo 2 del artículo 12 reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano.

5— El Comité es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto. El Comité es consciente de que los formidables obstáculos estructurales y de otra índole resultantes de factores internacionales y otros factores fuera del control de los Estados impiden la plena realización del artículo 12 en muchos Estados Partes.

6— Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y cumplir sus obligaciones en materia de presentación de informes, esta observación general se centra en el contenido normativo del artículo 12 (parte I), en las obligaciones de los Estados Partes (parte II), en las violaciones (parte III) y en la aplicación en el plano nacional (parte IV), mientras que la parte V versa sobre las obligaciones de actores distintos de los Estados Partes. La observación general se basa en la experiencia adquirida por el Comité en el examen de los informes de los Estados Partes a lo largo de muchos años.

## I

### Contenido normativo del Artículo 12

---

el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.



7– El párrafo 1 del artículo 12 define el derecho a la salud, y el párrafo 2 del artículo 12 da algunos ejemplos de las obligaciones contraídas por los Estados Partes.

8– El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser so-metido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9– El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10– Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado<sup>28</sup>. Es más, enfermedades anteriormente des-conocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11– El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación

---

<sup>28</sup> Artículo 3 común a los Convenios de Ginebra relativos a la protección de las víctimas de la guerra (1949); apartado a) del párrafo 2 del artículo 75 del Protocolo adicional I relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (1977); apartado a) del artículo 4 del Protocolo adicional II relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional (1977).

de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

12– El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

a. Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS<sup>29</sup>.

b. Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud<sup>30</sup> deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

I) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos<sup>31</sup>.

II) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

III) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios,

---

<sup>29</sup> Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de 1999, Información sobre medicamentos de la OMS, vol. 13, N° 4, 1999.

<sup>30</sup> Salvo que se estipule expresamente otra cosa al respecto, toda referencia en esta observación general a los establecimientos, bienes y servicios de salud abarca los factores determinantes esenciales de la salud a que se hace referencia en los párrafos 11 y 12 a) de esta observación general.

<sup>31</sup> Véanse los párrafos 18 y 19 de esta observación general.

sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

IV) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas<sup>32</sup> acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c. Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d. Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

13— La lista incompleta de ejemplos que figura en el párrafo 2 del artículo 12 sirve de orientación para definir las medidas que deben adoptar los Estados. En dicho párrafo se dan algunos ejemplos genéricos de las medidas que se pueden adoptar a partir de la definición amplia del derecho a la salud que figura en el párrafo 1 del artículo 12, con la consiguiente ilustración del contenido de ese derecho, según se señala en los párrafos siguientes<sup>33</sup>.

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12

El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva

---

<sup>32</sup> Véase el párrafo 2 del artículo 19 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. En esta observación general se hace especial hincapié en el acceso a la información debido a la importancia particular de esta cuestión en relación con la salud.

<sup>33</sup> En las publicaciones y la práctica acerca del derecho a la salud, se mencionan con frecuencia tres niveles de atención de la salud, a saber: la atención primaria de la salud, que versa esencialmente sobre las enfermedades comunes y relativamente leves y es prestada por los profesionales de la salud y/o los médicos generalmente capacitados que prestan servicios dentro de la comunidad a un precio relativamente bajo; la atención secundaria de la salud prestada en centros, por lo general hospitales, que se relaciona esencialmente con enfermedades leves o enfermedades graves relativamente comunes que no se pueden tratar en el plano comunitario y requieren la intervención de profesionales de la salud y médicos especialmente capacitados, equipo especial y, en ocasiones, atenciones hospitalarias de los pacientes a un costo relativamente más alto; la atención terciaria de la salud dispensada en unos pocos centros, que se ocupa esencialmente de un número reducido de enfermedades leves o graves que requieren la intervención de profesionales y médicos especialmente capacitados, así como equipo especial, y es con frecuencia relativamente cara. Puesto que las modalidades de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud se superponen con frecuencia y están a menudo interrelacionadas entre sí, el uso de esta tipología no facilita invariablemente criterios de distinción suficientes que sean de utilidad para evaluar los niveles de atención de la salud que los Estados Partes deben garantizar, por lo que es de escasa utilidad para comprender el contenido normativo del artículo 12.

14– La disposición relativa a “la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12)<sup>34</sup> se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto<sup>35</sup>, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información<sup>36</sup>.

Apartado b) del párrafo 2 del artículo 12

El derecho a la higiene del trabajo y del medio ambiente

15– “El mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial” (apartado b) del párrafo 2 del artículo 12) entraña, en particular, la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales; la necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas; la prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos<sup>37</sup>. Además, la higiene industrial aspira a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral<sup>38</sup>. Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12

El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas

16– “La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas” (apartado c) del párrafo 2 del artículo

---

<sup>34</sup> Según la OMS, la tasa de mortinatalidad ya no suele utilizarse; en sustitución de ella se utilizan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años.

<sup>35</sup> El término prenatal significa existente o presente antes del nacimiento. (En las estadísticas médicas, el período comienza con la terminación de las 28 semanas de gestación y termina, según las distintas definiciones, entre una y cuatro semanas antes del nacimiento); por el contrario, el término neonatal abarca el período correspondiente a las cuatro primeras semanas después del nacimiento; mientras que el término postnatal se refiere a un acontecimiento posterior al nacimiento. En esta observación general se utilizan exclusivamente los términos prenatal y postnatal, que son más genéricos.

<sup>36</sup> La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

<sup>37</sup> A este respecto, el Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que “el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar”, así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

<sup>38</sup> Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

12) exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia. La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12

El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud<sup>39</sup>

17– “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Artículo 12 - Temas especiales de alcance general

No discriminación e igualdad de trato

18– En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/ SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la

---

<sup>39</sup>Véase el apartado b) del párrafo 12 y la nota 8 supra.

salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19– En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud<sup>40</sup>. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

#### La perspectiva de género

20– El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

#### La mujer y el derecho a la salud

21– Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

---

<sup>40</sup>Para las obligaciones fundamentales, véanse los párrafos 43 y 44 de la presente observación general.

## Los niños y adolescentes

22– En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los posteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades<sup>41</sup>. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones<sup>42</sup>. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23– Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24– La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

## Personas mayores

25– En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general N° 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores

---

<sup>41</sup>Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

<sup>42</sup>Véase la resolución WHA 47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada "Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994.

evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

### Personas con discapacidades

26– El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su observación general N° 5, en el que se aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

### Pueblos indígenas

27– Habida cuenta del derecho y la práctica internacionales que están surgiendo, así como de las medidas adoptadas recientemente por los Estados en relación con las poblaciones indígenas<sup>43</sup>, el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.

Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.

El Comité observa que, en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

---

<sup>43</sup> Entre las recientes normas internacionales relativas a los pueblos indígenas cabe mencionar el Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989); los apartados c) y d) del artículo 29 y el artículo 30 de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); el apartado j) del artículo 8 del Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992), en los que se recomienda a los Estados que respeten, preserven y conserven los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades indígenas; la Agenda 21 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (1992), en particular su capítulo 26, y la primera parte del párrafo 20 de la Declaración y Programa de Acción de Viena (1993) en el que se señala que los Estados deben adoptar de común acuerdo medidas positivas para asegurar el respeto de todos los derechos humanos de los pueblos indígenas, sobre la base de no discriminación. Véase también el preámbulo y el artículo 3 de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático (1992), y el apartado e) del párrafo 2 del artículo 10 de la Convención de las Naciones Unidas de lucha contra la desertificación en los países afectados por sequía grave o desertificación, en particular en África (1994). En los últimos años un creciente número de Estados han modificado sus constituciones y promulgado legislación en la que se reconocen los derechos específicos de los pueblos indígenas.



## Limitaciones

28– Los Estados suelen utilizar las cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. El Comité desea hacer hincapié en el hecho de que la cláusula limitativa –el artículo 4– tiene más bien por objeto proteger los derechos de los particulares, y no permitir la imposición de limitaciones por parte de los Estados. Por consiguiente, un Estado Parte que, por ejemplo, restringe la circulación de personas –o encarcela a personas– con enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, no permite que los médicos traten a presuntos opositores de un gobierno, o se niega a vacunar a los integrantes de una comunidad contra graves enfermedades infecciosas, alegando motivos tales como la seguridad nacional o el mantenimiento del orden público, tiene la obligación de justificar esas medidas graves en relación con cada uno de los elementos enunciados en el artículo 4. Esas restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas internacionales de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por el Pacto, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática.

29– De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 5, esas limitaciones deberán ser proporcionales, es decir, deberán corresponder a la solución menos restrictiva de entre los tipos de limitaciones previstos. Aun cuando se permiten básicamente esas limitaciones por motivos de protección de la salud pública, su duración deberá ser limitada y estar sujeta a revisión.

## II

### Obligaciones de los Estados Partes

#### Obligaciones legales de carácter general

30– Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud<sup>44</sup>.

31– La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa

---

<sup>44</sup> Véase la observación general N° 13 (párr. 43).

que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12<sup>45</sup>.

32– Al igual que en el caso de los demás derechos enunciados en el Pacto, existe una fuerte presunción de que no son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud. Si se adoptan cualesquiera medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte<sup>46</sup>.

33– Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover<sup>47</sup>. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

#### Obligaciones legales específicas

34– En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas. Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental<sup>48</sup>. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica,

<sup>45</sup> Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 44).

<sup>46</sup> Véase la observación general N° 3 (párr. 9), y la observación general N° 13 (párr. 45).

<sup>47</sup> Según las observaciones generales N° 12 y N° 13, la obligación de cumplir incorpora una obligación de facilitar y una obligación de proporcionar. En la presente observación general, la obligación de cumplir también incorpora una obligación de promover habida cuenta de la importancia crítica de la promoción de la salud en la labor realizada por la OMS y otros organismos.

<sup>48</sup> Resolución 46/119 de la Asamblea General (1991).

censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35— Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36— La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de

adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud<sup>49</sup>.

37– La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: I) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; II) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; III) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; IV) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

#### Obligaciones internacionales

38– En su observación general N° 3 el Comité hizo hincapié en la obligación de todos los Estados Partes de adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud. Habida cuenta de lo dispuesto en el Artículo 56 de la Carta de las Naciones Unidas, en las disposiciones específicas del Pacto (párrafos 1 y 2 del artículo 12 y artículos 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud, de Alma-Ata, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental de la cooperación internacional y cumplir su compromiso

---

<sup>49</sup> Forman parte integrante de esa política la identificación, determinación, autorización y control de materiales, equipo, sustancias, agentes y procedimientos de trabajo peligrosos; la facilitación a los trabajadores de información sobre la salud, y la facilitación, en caso necesario, de ropa y equipo de protección; el cumplimiento de leyes y reglamentos merced a inspecciones adecuadas; el requisito de notificación de accidentes laborales y enfermedades profesionales; la organización de encuestas sobre accidentes y enfermedades graves, y la elaboración de estadísticas anuales; la protección de los trabajadores y sus representantes contra las medidas disciplinarias de que son objeto por actuar de conformidad con una política de esa clase, y la prestación de servicios de salud en el trabajo con funciones esencialmente preventivas. Véase el Convenio N° 155 de la OIT sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo (1981) y el Convenio N° 161 de la OIT sobre los servicios de salud en el trabajo (1985).

de adoptar medidas conjuntas o individuales para dar plena efectividad al derecho a la salud. A este respecto, se remite a los Estados Partes a la Declaración de Alma-Ata, que proclama que la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países<sup>50</sup>.

39— Para cumplir las obligaciones internacionales que han contraído en virtud del artículo 12, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países e impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable. De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda<sup>51</sup>. Los Estados Partes deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales. En relación con la concertación de otros acuerdos internacionales, los Estados Partes deben adoptar medida para cerciorarse de que esos instrumentos no afectan adversamente al derecho a la salud. Análogamente, los Estados partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.

40— De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas y las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de las Naciones Unidas y de la Asamblea Mundial de la Salud, los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. Cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población. Además, dado que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto.

41— Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo

---

<sup>50</sup> Artículo II de la Declaración de Alma-Ata, informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata del 6 al 12 de septiembre de 1978, en: Organización Mundial de la Salud, "Serie de Salud para Todos", N° 1, OMS, Ginebra, 1978.

<sup>51</sup> Véase el párrafo 45 de la presente observación general.

médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica. A este respecto, el Comité recuerda su actitud, expuesta en su observación general N° 8, con respecto a la relación existente entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

42– Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente, son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por cumplimiento de éste, todos los integrantes de la sociedad –particulares, incluidos los profesionales de la salud, las familias, las comunidades locales, las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la empresa privada– tienen responsabilidades en cuanto a la realización del derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

### Obligaciones básicas

43– En la observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo<sup>52</sup>, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a. Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b. Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c. Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d. Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f. Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el

---

<sup>52</sup>Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.95.XIII.18), capítulo I, resolución 1, anexo, capítulos VII y VIII.

proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44– El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a. Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- b. Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
- c. Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
- d. Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e. Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.

45– Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros actores que estén en situación de prestar ayuda, prestar “asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica”<sup>53</sup>, que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en los párrafos 43 y 44 supra.

### III

#### Violaciones

46– Al aplicar el contenido normativo del artículo 12 (parte I) a las obligaciones de los Estados Partes (parte II), se pone en marcha un proceso dinámico que facilita la identificación de las violaciones del derecho a la salud. En los párrafos que figuran a continuación se ilustran las violaciones del artículo 12.

47– Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga.

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado

---

<sup>53</sup>Párrafo 1 del artículo 2 del Pacto.

de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48— Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49— Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

#### Violaciones de las obligaciones de respetar

50— Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

#### Violaciones de las obligaciones de proteger

51— Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de las actividades de particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho



a la salud de los demás; la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos o alimentos; el no disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas; el no proteger a las mujeres contra la violencia, y el no procesar a los autores de la misma; el no disuadir la observancia continua de prácticas médicas o culturales tradicionales perjudiciales; y el no promulgar o hacer cumplir las leyes a fin de impedir la contaminación del agua, el aire y el suelo por las industrias extractivas y manufactureras.

#### Violaciones de la obligación de cumplir

52— Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

### IV

#### Aplicación en el plano nacional

##### Legislación marco

53— Las medidas viables más apropiadas para el ejercicio del derecho a la salud variarán significativamente de un Estado a otro. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello es necesario adoptar una estrategia nacional que permita a todos el disfrute del derecho a la salud, basada en los principios de derechos humanos que definan los objetivos de esa estrategia, y formular políticas y establecer los indicadores y las bases de referencia correspondientes del derecho a la salud. La estrategia nacional en materia de salud también deberá tener en cuenta los recursos disponibles para alcanzar los objetivos fijados, así como el modo más rentable de utilizar esos recursos.

54— Al formular y ejecutar las estrategias nacionales de salud deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo. En particular, un factor integrante de toda política, programa o estrategia con miras al cumplimiento de las obligaciones gubernamentales en virtud del artículo 12 es el derecho de los particulares y grupos a participar en el proceso de adopción de decisiones que

puedan afectar a su desarrollo. Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo.

55– La estrategia y el plan de acción nacionales de salud también deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deben adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que, al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho a la salud.

56– Los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación. Al vigilar el proceso conducente al ejercicio del derecho a la salud, los Estados Partes deben identificar los factores y las dificultades que afectan al cumplimiento de sus obligaciones.

#### Indicadores y bases de referencia del derecho a la salud

57– Las estrategias nacionales de salud deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud. El objetivo de los indicadores debe consistir en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del artículo 12. Los Estados podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud –que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho– de la labor que realizan al respecto la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Los indicadores del derecho a la salud requieren un desglose basado en los motivos de discriminación prohibidos.

58– Una vez identificados los pertinentes indicadores del derecho a la salud, se pide a los Estados Parte que establezcan las bases nacionales de referencia apropiadas respecto de cada indicador. En relación con la presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá con el Estado Parte un proceso de determinación del alcance de la aplicación. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y bases de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el próximo período de presentación del informe. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esas bases de referencia nacionales para vigilar la aplicación del artículo 12. Posteriormente, durante el proceso ulterior de

presentación de informes, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han logrado o no esas bases de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir.

### Recursos y rendición de cuentas

59– Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional<sup>54</sup>. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud.

60– La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos<sup>55</sup>. La incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto.

61– Los Estados Partes deben alentar a los magistrados y demás juristas a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud.

62– Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

### Obligaciones de los actores que no sean Estados partes

63– El papel desempeñado por los organismos y programas de las Naciones Unidas, y en particular la función esencial asignada a la OMS para dar efectividad al derecho a la salud en los planos internacional, regional y nacional, tiene especial importancia, como también la tiene la función desempeñada por el UNICEF en lo que respecta al derecho a la salud de los niños. Al formular y aplicar sus estrategias nacionales del derecho a la salud, los Estados Partes deben recurrir a la cooperación y asistencia técnica de la OMS. Además, al preparar sus informes, los Estados Partes deben utilizar la información y los servicios de asesoramiento amplios de la OMS en lo referente a la reunión de datos, el desglose de los mismos y la elaboración de indicadores y bases de referencia del derecho a la salud.

64– Además, es preciso mantener los esfuerzos coordinados para dar efectividad al derecho a la salud a fin de reforzar la interacción entre todos los actores de que se trata, en particular los diversos componentes de la sociedad civil. Conforme al o dispuesto en los

---

<sup>54</sup> Con independencia de que los grupos en cuanto tales puedan presentar recursos como titulares indiscutibles de derechos, los Estados Partes están obligados por las obligaciones colectivas e individuales enunciadas en el artículo 12. Los derechos colectivos revisten importancia crítica en la esfera de la salud; la política contemporánea de salud pública se basa en gran medida en la prevención y la promoción, enfoques que van esencialmente dirigidos a los grupos.

<sup>55</sup> Véase la observación general N° 2 (párr. 9).

artículos 22 y 23 del Pacto, la OMS, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, los bancos regionales de desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la Organización Mundial del Comercio y otros órganos pertinentes del sistema de las Naciones Unidas deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para hacer frente a las obligaciones dimanantes del artículo 12, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás actores. La adopción por los organismos especializados, programas y órganos de las Naciones Unidas de un enfoque basado en los derechos humanos facilitará considerablemente el ejercicio del derecho a la salud. Al examinar los informes de los Estados Partes, el Comité también tendrá en cuenta el papel desempeñado por las asociaciones profesionales de la salud y demás organizaciones no gubernamentales en lo referente a las obligaciones contraídas por los Estados en virtud del artículo 12.

65— El papel de la OMS, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y el UNICEF, así como también por las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales, reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.

## I

### Introducción

1— El mandato del Relator Especial figura en la resolución 2002/31 de la Comisión de Derechos Humanos. El Relator Especial, Paul Hunt (Nueva Zelanda), presentó su informe preliminar (E/CN.4/2003/58) a la Comisión en su 59° período de sesiones. En su resolución 2003/28, la Comisión lo invitó, entre otras cosas, a que presentara todos los años un informe provisional a la Asamblea General sobre las actividades realizadas en el contexto de su mandato. El presente informe tiene por objeto atender a esa petición.

2— Desde la presentación del informe preliminar, el Relator Especial ha seguido consultando a los Estados y las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y estrechando la cooperación con ellos<sup>57</sup>. En julio y agosto de 2003, el Relator Especial llevó a cabo una misión en la Organización Mundial del Comercio (OMC) para seguir supervisando y examinando las normas y políticas comerciales en el contexto del derecho a la salud. Para tal fin, se reunió con personal de la secretaría de la OMC, presidentes de los consejos correspondientes y miembros y observadores de esa organización. Durante esa misión, también se reunió con expertos de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), la OMS y algunas organizaciones no gubernamentales. El Relator Especial expresa su agradecimiento a todas las personas que se reunieron con él, así como al Director General de la OMC y a la ex Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos por el apoyo prestado en relación con la misión. Un informe de esa misión se presentará a la Comisión en su 60° período de sesiones, junto con un informe anual que incluirá detalles de otras actividades realizadas en el contexto de su mandato.

3— Todos los años mueren de enfermedades previsibles más de 10 millones de niños, es decir, 30.000 por día. Más de 500.000 mujeres mueren por año a causa del embarazo y el parto. Estas muertes son 100 veces más probables en el África subsahariana que en los países de altos ingresos de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. Cuarenta y dos millones de personas viven con el VIH/SIDA y 39 millones de ellas se encuentran en países en desarrollo. La tuberculosis causa 2 millones de muertes al año. Las muertes por paludismo, que en la actualidad son 1 millón por año, podrían duplicarse en los próximos 20 años. La lepra sigue estigmatizando a decenas de millones de personas. Más de 1.000 millones de personas, es decir, una de cada cinco, no tiene acceso al agua potable. El agua potable y el saneamiento adecuado son cuestiones de vida o muerte. La

---

<sup>56</sup> Naciones Unidas. Comisión de Derechos Humanos. Quincuagésimo octavo período de sesiones. 10 de octubre de 2003. A/58/427. Tema 117 c) del programa.

<sup>57</sup> Por ejemplo, el Relator Especial participó en varias reuniones y talleres organizados por la OMS; un taller sobre el derecho a la salud organizado por Médecins Sans Frontières (Bélgica); una conferencia sobre derechos económicos, sociales y culturales organizada por el Gobierno de Croacia y la Comisión Internacional de Juristas; y un grupo de debate sobre acceso de los pobres a la atención de la salud durante la 56a Asamblea Mundial de la Salud, organizado por la OMS y Save the Children (Reino Unido). También participó en la reunión anual de relatores especiales organizada por el ACNUDH, una reunión ACNUDH/ONUSIDA para relatores especiales sobre VIH/SIDA, y una reunión con el Grupo de Referencia Mundial de ONUSIDA sobre VIH/SIDA y derechos humanos.

diarrea es una de las principales causas de muerte entre los niños pequeños: sólo en el decenio de 1990 el número de niños que murieron de esta enfermedad fue superior al total de muertos causados por conflictos armados desde 1945<sup>58</sup>. Los problemas de salud del 90% de la población del mundo reciben el 10% de los fondos para investigación y desarrollo en materia de salud.

4— La mayor parte del presente informe se refiere a cuestiones conceptuales que no parecen tener relación alguna con estos hechos alarmantes. Por ejemplo, se examina lo que constituye un indicador de derecho a la salud y cuáles serían los criterios para identificar una buena práctica relativa al derecho a la salud. La labor conceptual de este tipo es valiosa siempre que, llegado el momento, conduzca al mejoramiento de la situación de la salud y al mayor respeto del derecho fundamental a la salud, especialmente de los pobres. El Relator Especial agradecerá a los Estados Miembros que hagan observaciones sobre cualquier asunto relacionado con el presente informe o con su mandato en general y, en particular, que respondan a las siguientes preguntas:

a. ¿Los indicadores de derecho a la salud son instrumentos útiles para ayudar a un Estado a supervisar la realización progresiva del derecho a la salud en su jurisdicción? ¿Son también instrumentos útiles para supervisar el cumplimiento de las responsabilidades internacionales que I) trascienden las fronteras del Estado y II) tienen consecuencias para la salud? (véanse párrs. 5 a 37);

b. Cuando el Relator Especial busque ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud, ¿cómo distinguirá entre éstas y las buenas prácticas relativas a la salud? (véanse párrs. 38 a 62);

c. ¿Cuál es la contribución específica que puede hacer el Relator Especial en lo que respecta al VIH/SIDA? (véanse párrs. 64 a 75);

d. La investigación en materia de salud es fundamental para la promoción de la buena salud, el desarrollo y el alivio de la pobreza; sin embargo, los problemas de salud del 90% de la población mundial reciben solamente el 10% de los fondos para investigación y desarrollo en materia de salud. ¿Cómo debe abordarse este grave problema humanitario y de derechos humanos? (véanse párrs. 76 a 80).

## II

### Indicadores del derecho a la salud: un enfoque gradual

5— En el párrafo 33 de su informe preliminar, el Relator Especial señaló que deseaba explorar varios marcos e instrumentos analíticos que permitieran lograr una mejor comprensión del derecho a la salud. Además, determinó que había tres marcos o instrumentos de particular interés, y que el tercero eran los indicadores y las bases de referencia relativos al derecho a la salud:

---

<sup>58</sup> Informe sobre Desarrollo Humano 2003: Los objetivos del desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza, PNUD, págs. 9 y 10.

“En tercer lugar, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala la importancia de los indicadores y bases de referencia [véanse párrs. 57y 58 de la observación general No. 14]. El derecho a la salud reconocido internacionalmente está sujeto a una realización paulatina. Indudablemente, esto significa que con el tiempo lo que se espera de un Estado será diferente. Para vigilar los adelantos obtenidos, el Estado necesita un mecanismo que haga posible medir esta dimensión variable del derecho a la salud. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sugiere que el mecanismo más apropiado es la aplicación combinada de indicadores y bases de referencia nacionales en la esfera del derecho a la salud. Un Estado selecciona los indicadores adecuados relacionados con el derecho a la salud que le permitan vigilar las distintas dimensiones de ese derecho. Cada indicador tendrá que estar desglosado según los distintos motivos de discriminación prohibidos. A continuación, el Estado fija una serie de objetivos –o base de referencia– nacionales en relación con cada uno de los indicadores desglosados. El Estado puede emplear estos indicadores y bases de referencia nacionales para vigilar los progresos conseguidos, lo cual le permite determinar cuándo se requieren ajustes normativos. Evidentemente, por muy refinados que sean, los indicadores y bases de referencia relativos al derecho a la salud no reflejarán nunca de manera completa la situación del disfrute del derecho a la salud en una determinada jurisdicción. A lo sumo, proporcionarán unas indicaciones útiles de carácter general sobre el derecho a la salud en un determinado contexto nacional”.

6– Después de la presentación de su informe preliminar, el Relator Especial asistió a un curso práctico sobre indicadores relativos al derecho a la salud organizado por la OMS. Sobre la base de esa reunión y de otras consultas, el Relator Especial elabora en los párrafos que siguen su enfoque general de los indicadores del derecho a la salud. Invita a todas las partes a que hagan observaciones y sugerencias sobre este enfoque general. El Relator Especial se propone mantener centrada su atención en los indicadores del derecho a la salud, con miras a elaborar paulatinamente un enfoque práctico, realista y equilibrado.

¿Cuál es la función de los indicadores de derechos humanos?

7– El Informe sobre Desarrollo Humano 2000 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): Derechos Humanos y Desarrollo Humano dedica un capítulo al uso cuidadoso de los indicadores de derechos humanos y demuestra en forma contundente por qué deben utilizarse: “los indicadores estadísticos son un poderoso instrumento en la lucha por los derechos humanos. Permiten que las personas y las organizaciones, desde los activistas de base y la sociedad civil hasta los gobiernos y las Naciones Unidas, distingan los actores importantes y les exijan responsabilidad por sus acciones”<sup>59</sup>. Los indicadores, dice más adelante, se pueden usar como instrumento para:

- Formular mejores políticas y vigilar los progresos realizados;
- Determinar los efectos no deseados de leyes, políticas y prácticas;
- Determinar qué actores están influyendo en la realización de los derechos;
- Establecer si esos actores están cumpliendo sus obligaciones;

---

<sup>59</sup> Informe sobre Desarrollo Humano 2000: Derechos Humanos y Desarrollo Humano, PNUD, pág. 89.

- Advertir de antemano posibles violaciones y poder adoptar medidas preventivas;
- Fortalecer el consenso social respecto de decisiones difíciles que deban adoptarse frente a la limitación de recursos;
- Sacar a la luz cuestiones que han sido desatendidas o silenciadas<sup>60</sup>.

Los indicadores de derechos humanos son cruciales para ayudar a los Estados y a otros actores a reconocer cuándo se necesitan ajustes normativos nacionales e internacionales.

¿Hay una diferencia entre un indicador de la salud y un indicador de derecho a la salud?

8– Los profesionales de la salud y los encargados de la formulación de políticas utilizan constantemente una gran variedad de indicadores de la salud. ¿Es posible apropiarse simplemente de estos indicadores y utilizarlos en el contexto de los derechos humanos? ¿O, por el contrario, los indicadores del derecho a la salud tienen características especiales que los distinguen de los indicadores de la salud? En caso afirmativo, ¿cuáles serían esas características?

9– En los últimos años, estas importantes preguntas no respondidas han impedido la evolución de los indicadores del derecho a la salud. El Relator Especial considera que ha llegado el momento de dar respuestas preliminares a estas difíciles preguntas. La siguiente respuesta preliminar podría tener que mejorarse en el futuro, pero se formula con el objetivo de permitir el progreso del debate sobre los indicadores del derecho a la salud.

10– A juicio del Relator Especial, los indicadores del derecho a la salud se derivan de las normas concretas del derecho a la salud, reflejan esas normas y vigilan su cumplimiento, por lo general con miras a lograr la rendición de cuentas de los responsables (véase E/CN.4/2003/58, párrs. 10 a 36). De este modo, lo que tiende a distinguir un indicador del derecho a la salud de un indicador de la salud no es tanto su fondo como I) su derivación explícita de normas concretas del derecho a la salud; y II) el uso que se les da, a saber, la vigilancia del derecho a la salud con miras a conseguir la rendición de cuentas de los responsables<sup>61</sup>.

11– Por el momento, esta respuesta preliminar exige tres observaciones adicionales. En primer lugar, aunque se sugiere que un indicador de la salud puede considerarse un indicador del derecho a la salud si corresponde a una norma específica de derecho a la salud, esta correspondencia –o vínculo– debe ser razonablemente exacta. Por ejemplo, no resulta convincente sostener que un indicador de la salud es un indicador del derecho a la salud porque refleja de algún modo “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En ese caso, la norma es excesivamente vaga; por tanto, es inevitable que la correspondencia entre el indicador y la norma sea también vaga. La relación entre el indicador y la norma debe ser razonablemente estrecha y precisa.

---

<sup>60</sup>Ibíd.

<sup>61</sup> Véase Draft Guidelines: Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, OHCHR, [www.unhcr.ch/development/povertyfinal.html](http://www.unhcr.ch/development/povertyfinal.html), 2002, párr. 37.



12– En segundo lugar, el derecho a la salud no puede considerarse en forma aislada: éste se vincula íntimamente con el disfrute de otros derechos humanos y libertades fundamentales, incluidas la no discriminación y la igualdad –dos conceptos que reflejan la preocupación por los derechos humanos de los grupos vulnerables y desfavorecidos. Los indicadores del derecho a la salud, lo mismo que el derecho a la salud, deben considerarse en este contexto normativo más amplio. Por consiguiente, los indicadores del derecho a la salud no sólo deben reflejar las normas concretas relativas al derecho a la salud, sino también las disposiciones de derechos humanos conexas, incluidas la no discriminación y la igualdad. Por ejemplo, un indicador de la salud puede no desglosarse, pero muchos indicadores del derecho a la salud tendrán que desglosarse necesariamente, de otro modo no reflejarán elementos esenciales del derecho a la salud.

13– En tercer lugar, la comunidad promotora de los derechos humanos debe reconocer que la recopilación de datos desglosados sigue siendo un reto enorme para muchos Estados. Debido a la falta de capacidad, a veces es imposible obtener datos fiables desglosados. Con todo, el objetivo inicial debe ser la utilización, cuando corresponda, de indicadores del derecho a la salud desglosados en tantas esferas de discriminación prohibidas internacionalmente como sea posible<sup>62</sup>.

#### Tres categorías de indicadores del derecho a la salud

14– La bibliografía correspondiente revela la existencia de una multiplicidad de indicadores de la salud. Sin embargo, hay una dificultad aún más importante. El Relator Especial no tiene conocimiento de que haya una forma convenida y uniforme de agrupar en categorías y denominar los distintos tipos de indicadores de la salud. Por ejemplo, pueden encontrarse las siguientes categorías y denominaciones de indicadores: de ejecución, estadísticos, variables, de proceso, de desempeño, de producto, de rendimiento, de resultados, de logros, estructurales, de examen, cualitativos, cuantitativos, centrales y calificados. El mismo indicador puede aparecer en varias categorías. La falta de un enfoque común para la clasificación de los indicadores de la salud constituye un problema para aquellos que desean introducir un sistema simple, coherente y racional para los indicadores del derecho a la salud.

15– A fin de que el debate sobre los indicadores del derecho a la salud progrese, debe haber cierto grado de claridad y uniformidad terminológica. El Relator Especial sugiere que en un primer momento se preste especial atención a las siguientes categorías de indicadores del derecho a la salud: indicadores estructurales, indicadores de proceso e indicadores de evolución. Aunque no hay unanimidad en la bibliografía correspondiente, estas categorías y denominaciones parecen comprenderse en general –por ejemplo, son las utilizadas corrientemente por el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica

---

<sup>62</sup> Aunque éste es el punto de partida, las estrategias deben adaptarse a los contextos y las prioridades. La vulnerabilidad, la estigmatización y la discriminación varían en distintos contextos. Así pues, en un contexto particular, puede ser necesario asignar prioridad a la recopilación de algunos datos desglosados más que a otros. Sin embargo, desde la perspectiva de los derechos humanos, el objetivo sigue siendo el uso de indicadores del derecho a la salud desglosados para el mayor número posible de esferas de discriminación prohibidas internacionalmente.

de la OMS<sup>63</sup>. El Relator Especial reconoce que llegará un momento en que pueda ser necesario buscar otras categorías. Además, estas categorías tal vez tengan que perfeccionarse sobre la base de la experiencia. Sin embargo, para que el debate progrese, propone empezar prestando especial atención a estas tres categorías de indicadores, tal como se describe en los párrafos siguientes.

16– El Relator Especial se complace en informar de que Eibe Riedel, Vicepresidente del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha acordado usar las denominaciones “indicador estructural”, “indicador de proceso” e “indicador de evolución” en la forma que se describe a continuación cuando se haga referencia a indicadores del derecho a la salud. Lo importante es que este acuerdo debería conducir a la elaboración de enfoques uniformes, por el Relator Especial y el Comité, de indicadores del derecho a la salud. Esa uniformidad simplificará la labor relacionada con los indicadores del derecho a la salud de los Estados, las organizaciones intergubernamentales, los grupos de la sociedad civil y otros actores. El Relator Especial agradece profundamente al Vicepresidente el apoyo prestado en esta empresa.

17– El propósito de las observaciones que se hacen a continuación no es establecer indicadores del derecho a la salud concretos. Su objetivo es más modesto: establecer algunas categorías y denominaciones básicas para los indicadores del derecho a la salud. El siguiente paso será establecer indicadores del derecho a la salud concretos utilizando el enfoque que se explica a continuación.

#### Indicadores estructurales

18– Los indicadores estructurales son los indicadores más simples. Habitualmente se presentan en forma de pregunta y suelen requerir una simple respuesta afirmativa o negativa. La respuesta a la pregunta suele depender de información que se obtiene fácilmente. En otras palabras, los indicadores estructurales constituyen un método de evaluación rápida y de obtención económica de información basado en un cuestionario. Como ya se indicó, el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica usa corrientemente la denominación “indicadores estructurales” y este método basado en un cuestionario.

19– En el sentido amplio, los indicadores estructurales determinan si existen estructuras, sistemas y mecanismos relacionados con determinada cuestión. Así pues, un indicador estructural del derecho a la salud determinaría si se han establecido estructuras, sistemas y mecanismos fundamentales considerados necesarios para la realización o la promoción del derecho a la salud.

20– A modo de ilustración, se indican más abajo algunos indicadores estructurales tomados de las esferas generales del derecho y las políticas, la salud sexual y reproductiva y los medicamentos esenciales:

– ¿El derecho a la salud está consagrado en la Constitución?

---

<sup>63</sup>Indicators for Monitoring National Drug Policies: A Practical Manual, OMS, 1999.

- ¿Tiene el Estado una institución nacional de derechos humanos cuyo mandato incluya el derecho a la salud?
- ¿El Gobierno ha aprobado una estrategia y un plan de acción nacionales para reducir la mortalidad materna?
- ¿Tiene el Gobierno una lista de medicamentos esenciales?
- ¿Qué medicamentos son proporcionados gratuitamente por los servicios públicos de atención primaria de la salud:
  - ¿Todos los medicamentos?
  - ¿Medicamentos para el paludismo?
  - ¿Medicamentos relacionados con el VIH/SIDA?
  - ¿Son gratuitos los medicamentos para los niños menores de 5 años, las mujeres embarazadas, las personas de edad y todos aquellos que no pueden pagarlos?
  - ¿No hay ningún medicamento gratuito?
- ¿Se han incorporado en la legislación nacional disposiciones relativas a la obtención obligatoria de licencia para los medicamentos?

21– Estos ejemplos indican tanto la utilidad como las limitaciones de los indicadores estructurales. Por ejemplo, la respuesta a las tres primeras preguntas puede ser afirmativa y la información así obtenida será útil. Sin embargo, si un derecho constitucional a la salud no ha dado origen a ningún litigio ganado se tiene en cuenta en los procesos de formulación de políticas nacionales, su valor será restringido. En otras palabras, los indicadores estructurales –como todos los indicadores– son útiles, pero tienen sus limitaciones. La utilidad de los indicadores estructurales es mayor si se emplean junto con indicadores de procesos y evolución.

#### Indicadores de procesos e indicadores de evolución

#### Observaciones generales

22– Los indicadores de progreso y de evolución pueden formularse para ayudar al Estado a vigilar los parámetros variables del derecho a la salud derivados del concepto de realización progresiva. (Por esta razón se denominan a veces indicadores variables.) Estos son los indicadores mencionados por el Relator Especial en el párrafo del informe preliminar reproducido en el párrafo 5 supra. Son también los indicadores mencionados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en sus observaciones generales No. 14 (Derecho a la salud) y 15 (Derecho al agua)<sup>64</sup>. Su característica fundamental es que pueden utilizarse para vigilar los cambios que se producen en el transcurso del tiempo.

23– Es importante que, aunque el Comité ha afirmado la utilidad de los indicadores de proceso y de evolución, aún no ha establecido indicadores concretos del proceso y la evolución del derecho a la salud. Este es, pues, un reto para el futuro.

24– Por sí solos, los indicadores de proceso y de evolución dicen muy poco. Como se explica en las observaciones generales No. 14 y No. 15 de noviembre de 2002, éstos

<sup>64</sup>Respectivamente, párrs. 57 y 58 y 53 y 54.

pueden ser un método útil cuando se utilizan en conjunción con bases de referencia o metas. Cuando los indicadores de procesos y de evolución se combinan con bases de referencia, se convierten en un método útil para vigilar la situación de la salud en el curso del tiempo. Así pues, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años es un indicador de evolución –y la meta de reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en (digamos) el 10% en el plazo de dos años es una base de referencia o meta. Por sí solo, el indicador de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, sin una base de referencia pasada, presente o futura, no da ninguna información. Muchos indicadores de proceso y de evolución (y, por consiguiente, también las bases de referencia) deben desglosarse por motivos de discriminación prohibidos.

25– Hay diferencias importantes entre los indicadores estructurales, por un lado, y los indicadores de procesos y evolución, por el otro. En tanto que el indicador estructural no necesita normalmente una base de referencia (por lo general permite sólo una respuesta afirmativa o negativa), los indicadores de proceso y de evolución dependen de bases de referencia o metas que suelen consistir en un porcentaje o número. Además, aunque un indicador estructural puede depender de un simple cuestionario, los indicadores de procesos y de evolución pueden requerir un estudio más complejo.

#### Indicadores de proceso

26– Los indicadores de proceso proporcionan información sobre los procesos mediante los cuales se aplican las políticas de salud. Estos indicadores miden el grado de realización de las actividades necesarias para alcanzar algunos objetivos de salud y los progresos de esas actividades en el transcurso del tiempo. En cierta forma, determinan el esfuerzo que se está haciendo, no el resultado.

27– A modo de ejemplo, se incluyen a continuación algunos indicadores de procesos tomados de la esfera de la salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA<sup>65</sup>:

- Porcentaje de mujeres que consultaron al menos una vez durante el embarazo a un profesional de la salud calificado por motivos relacionados con el embarazo;
- Porcentaje de nacimientos asistidos por profesionales calificados;
- Número de instalaciones con servicios obstétricos esenciales existentes por 500.000 habitantes;
- Porcentaje de la población con infección de VIH avanzada que recibe tratamiento combinado antirretrovírico.

#### Indicadores de evolución

28– Los indicadores de evolución miden los resultados de las políticas relacionadas con la salud. Estos indicadores revelan “hechos” sobre la salud de las personas, como por ejemplo la mortalidad materna, la prevalencia del VIH, la prevalencia de la violación, etc. Además, suelen reflejar múltiples procesos interrelacionados que determinan

---

<sup>65</sup>Los ejemplos se han extraído de Reproductive Health Indicator for Global Monitoring: Report of the Second Interagency Meeting; OMS, 2001 y Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicator, ONUSIDA, 2002.

colectivamente un resultado; por ejemplo, la mortalidad materna –un indicador de evolución– se ve afectada por varios procesos, incluidos la atención de la salud de la madre, el saneamiento y la educación. Los indicadores de muchos objetivos de desarrollo del Milenio son indicadores de evolución.

29– A modo de ilustración, se incluyen algunos indicadores de evolución tomados de la esfera de la salud sexual y reproductiva y del VIH/SIDA<sup>66</sup>:

- El número de muertes maternas por 100.000 nacimientos vivos;
- El número de muertes perinatales por 1.000 nacimientos vivos;
- Porcentaje de mujeres que han sufrido mutilación genital;
- Porcentaje de jóvenes (de 15 a 24 años) infectados con el VIH.

#### Indicadores del derecho a la salud en los planos nacional e internacional

30– Los aspectos esenciales del derecho internacional relativo a los derechos humanos tienen que ver con actos y omisiones de los Estados dentro de sus propias jurisdicciones. Naturalmente, los debates sobre indicadores de derechos humanos suelen tener la misma orientación. De hecho, los indicadores que se citaron como ejemplo en los párrafos precedentes se centran en el plano nacional.

31– Sin embargo, como señaló el Relator Especial en su informe preliminar, los instrumentos internacionales de derechos humanos también responsabilizan a los Estados por acciones que tienen consecuencias más allá de sus propias jurisdicciones –por ejemplo, las referencias a la asistencia y la cooperación internacionales y otras formulaciones análogas de la Declaración Universal de Derechos Humanos, así como de tratados vinculantes de derechos humanos, como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, los documentos finales de las recientes conferencias mundiales incluyen pasajes que recuerdan las disposiciones relacionadas con la asistencia y la cooperación internacionales de los instrumentos internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, en la Declaración del Milenio, 147 Jefes de Estado y de Gobierno –en total 191 naciones– reconocieron que “además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial” (párr. 2). La Declaración del Milenio afirma reiteradamente los dos principios de responsabilidad colectiva y equidad mundial, principios que también forman parte del concepto de asistencia y cooperación internacionales formulado desde la perspectiva de los derechos humanos.

32– En este contexto, el Relator Especial hace dos observaciones generales. En primer lugar, la asistencia y la cooperación internacionales no deben entenderse como aplicables exclusivamente a las esferas financiera y técnica: también se refieren a la responsabilidad de trabajar activamente para lograr el comercio multilateral equitativo y sistemas de inversiones y finanzas que conduzcan al alivio y la eliminación de la pobreza. En segundo lugar, los legisladores pueden debatir la naturaleza jurídica y el alcance de la asistencia y la cooperación internacionales con arreglo a los instrumentos internacionales de derechos

---

<sup>66</sup> *Ibíd.*

huma-nos, pero nadie puede negar seriamente que los Estados tienen, en mayor o menor grado, responsabilidades internacionales en materia de derechos humanos que trascienden sus propias fronteras.

33– En tales circunstancias, se necesitan indicadores de derechos humanos para supervisar el cumplimiento por los Estados de las responsabilidades en materia de derechos humanos que trascienden sus fronteras. La comunidad internacional ya ha empezado a establecer indicadores para vigilar el cumplimiento de esas responsabilidades. Por ejemplo, se han establecido varios indicadores relacionados con el octavo objetivo de la Declaración del Milenio, uno de los cuales es la cuantía de asistencia oficial para el desarrollo que aporta un donante expresada en porcentaje de su producto nacional bruto. En 2001, la Asamblea General, en su período extraordinario de sesiones sobre el VIH/SIDA, aprobó la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA “Crisis mundial-Acción mundial” (resolución S-26/2) y, el año siguiente, la Junta de Coordinación del ONUSIDA aprobó un conjunto de indicadores para la aplicación de la Declaración de Compromiso<sup>67</sup>. Cinco de estos indicadores básicos se refieren al plano mundial. Un indicador es la cantidad de fondos entregados por los donantes internacionales a los países en desarrollo y los países en transición para el VIH/SIDA; otro es el porcentaje de empresas transnacionales instaladas en países en desarrollo que aplican políticas y programas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo. El Relator Especial no sostiene aquí que estos son indicadores de derechos humanos, sino que constituyen una base para formular indicadores de derechos humanos en el plano internacional.

34– El punto crucial es que todo intento de establecer indicadores del derecho a la salud debe abarcar las responsabilidades de los Estados en los planos nacional e internacional. Por su parte, el Relator Especial se propone trabajar en el futuro en el establecimiento de posibles indicadores del derecho a la salud en ambos planos.

## Conclusión

35– En esta sección, el objetivo ha sido aclarar los conceptos básicos y la terminología que el Relator Especial empleará en su labor futura sobre los indicadores del derecho a la salud (se agradecerán observaciones al respecto). Para facilitar la comprensión del tema, el Relator Especial ha proporcionado ejemplos de indicadores estructurales, de proceso y de evolución en el ámbito de la salud. Sin embargo, con excepción de los dos primeros indicadores estructurales (véase párr. 20), los ejemplos de indicadores de la salud que se dan en esta sección no son necesariamente indicadores del derecho a la salud. El hecho de que lo sean o no será objeto de un estudio separado en los siguientes informes.

36– En función de los recursos disponibles y de las observaciones que reciba sobre el enfoque esbozado en esta sección, el Relator Especial se propone aplicar este enfoque a una o más especializaciones, como por ejemplo, los medicamentos esenciales, la salud sexual y reproductiva, el VIH/SIDA, la salud infantil, y el agua y el saneamiento. De este modo, en

---

<sup>67</sup>Véase *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Construction of Core Indicators*, ONUSIDA, 2002.

colaboración con otros actores fundamentales, el Relator Especial espera elaborar gradualmente un conjunto manejable de indicadores del derecho a la salud que ayude a los Estados y a otros interesados a mejorar la realización del derecho a la salud reconocido internacionalmente.

37– El Relator Especial desea reiterar lo que ya dijo en su informe preliminar, a saber, que sería ingenuo esperar demasiado de los indicadores del derecho a la salud. Por más complejos que éstos sean, los indicadores del derecho a la salud no darán una imagen completa del disfrute del derecho a la salud en una jurisdicción determinada ni permitirán saber si el Estado cumple las obligaciones internacionales que le incumben en relación con el derecho a la salud. De todos modos, si se utilizan cuidadosamente, éstos pueden ayudar a los Estados y a otros agentes a vigilar y medir la realización progresiva del derecho internacional a la salud.

### III

Buenas prácticas relativas al derecho a la salud:  
sinopsis preliminar

38– La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/28, invitó al Relator Especial a que prestara especial atención a la determinación de las mejores prácticas para la operacionalización efectiva del derecho a la salud (párr. 15). Esta sección de su informe provisional es una respuesta preliminar a esa invitación, basada en un examen inicial de la literatura y en consultas oficiosas con expertos de organizaciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales y con académicos especializados en materia de salud y derechos humanos. El Relator Especial espera ampliar y profundizar estas consultas preliminares en el futuro.

39– En algunos sectores parece existir una tendencia a abandonar el término “mejores prácticas” en favor del más modesto “buenas prácticas”; véase, por ejemplo, la labor del Comité Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Mujer y la Igualdad entre los Géneros. Mientras el debate sobre las mejores prácticas y el derecho a la salud esté en una etapa tan embrionaria, el Relator Especial se propone usar el término más incluyente “buenas prácticas”.

40– Hay una amplia literatura sobre las mejores prácticas y las buenas prácticas en muchos campos, entre ellos algunos que tienen dimensiones de salud y derechos humanos. Sin embargo, el Relator Especial todavía no ha encontrado literatura sobre mejores prácticas o buenas prácticas en relación con el derecho a la salud. Por tanto, las observaciones introductorias que siguen tienen por objeto comenzar un debate público sobre las buenas prácticas y el derecho a la salud. En primer lugar, indican algunas de las principales cuestiones conceptuales, incluidos posibles criterios para decidir qué es una buena práctica relativa al derecho a la salud. En segundo lugar, esbozan una posible taxonomía o clasificación de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. En tercer lugar, presentan algunas iniciativas reales que podrían constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud, o contener elementos de tales prácticas.

41– Por supuesto, hasta que se adopten los criterios para decidir qué es una buena práctica en relación con el derecho a la salud, puede argumentarse que es prematuro examinar posibles buenas prácticas en ese terreno. Sin embargo, dado que los parámetros de este tema no son muy conocidos, el Relator Especial considera que, para comenzar, es conveniente presentar una sinopsis introductoria del tema general, aunque esté sujeta a limitaciones importantes. Sobre la base de esta sinopsis general se podrían adoptar decisiones preliminares sobre la manera de seguir adelante.

#### Algunas cuestiones conceptuales

42– Es necesario elaborar un método general para comprender y usar las buenas prácticas. Por ejemplo, una buena práctica en un contexto podría no ser adecuada en otro. Para que el concepto de buena práctica sea un instrumento útil, sería conveniente determinar las circunstancias concretas que permiten transferir una buena práctica a otro contexto nacional o cultural. Esas cuestiones de método pueden parecer muy alejadas de la tarea práctica que nos ocupa, a saber, determinar buenas prácticas que ayuden a los individuos y las comunidades, pero a la larga podrían aumentar su eficacia<sup>68</sup>.

43– ¿Qué es una buena práctica en general? Si bien hay muchas definiciones, ninguna tiene aceptación universal. Una definición simple es que es una iniciativa, algunos de cuyos elementos son transferibles, que es más eficaz que otras iniciativas que tienen el mismo objetivo. Diferentes organizaciones aplican criterios diferentes para determinar si una iniciativa se puede considerar buena práctica o mejor práctica. Por ejemplo, en el contexto de la pobreza y la exclusión social, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) considera que las mejores prácticas tienen cuatro características: son innovadoras, logran un resultado positivo, tienen un efecto sostenible, y pueden reproducirse y servir de modelo para generar iniciativas en otros lugares.

44– El método, la definición y los criterios de las buenas prácticas en general, cualesquiera que sean, tienen que aplicarse concretamente al derecho a la salud. Por tanto, una definición de trabajo de buena práctica relativa al derecho a la salud es una iniciativa, algunos de cuyos elementos son transferibles, que es más eficaz que otras iniciativas para realizar el derecho a la salud. Esto conduce a la pregunta de cuál es la diferencia entre una buena práctica en relación con la salud y una buena práctica en relación con el derecho a la salud. En otras palabras, ¿son todas las buenas prácticas relativas a la salud también buenas prácticas relativas al derecho a la salud? Si no, ¿cuáles son los criterios de una buena práctica relativa al derecho a la salud?

45– A los efectos del debate, el Relator Especial sugiere que una buena práctica relativa a la salud, para ser considerada buena práctica relativa al derecho a la salud, debe tener tres características especiales:

---

<sup>68</sup>En general, véase *Best Practices in Poverty Reduction: An Analytical Framework*, Else Øyer (ed.), CROP y Zed Books, 2002.



a. Aumenta de manera demostrable el disfrute por un individuo o un grupo de uno o más elementos del derecho a la salud, por ejemplo, aumenta su acceso a fármacos esenciales, mejora la calidad del entorno laboral, reduce prácticas de salud discriminatorias, aumenta la participación de los pobres en la elaboración de políticas de salud, fortalece el derecho a mecanismos de rendición de cuentas en materia de salud, etc.;

b. Presta atención especial a grupos vulnerables, incluidos los que viven en la pobreza;

c. Sus procesos y resultados son compatibles con el disfrute de todos los derechos humanos.

46– El Relator Especial agradecerá especialmente las observaciones sobre la conveniencia de estos criterios. ¿Se necesitan otras características? Por ejemplo, ¿es otro criterio de buena práctica relativa al derecho a la salud el reconocimiento explícito y previo por los responsables de que la iniciativa de salud refleja el derecho a la salud, o corresponde de alguna forma a dicho derecho?

47– Por dar otro ejemplo, ¿puede ser un criterio de buena práctica relativa al derecho a la salud que, en un país en que todavía no se han logrado niveles mínimos esenciales del derecho a la salud, la iniciativa contribuya a lograr uno o más aspectos de esos niveles mínimos esenciales? Si se añadiera este criterio, la instalación de un centro médico urbano especializado y costoso en un país en que la población rural mayoritaria no tiene acceso a la atención primaria de la salud no podría considerarse buena práctica.

48– Un tercer ejemplo: ¿son algunos elementos del derecho a la salud (por ejemplo, la no discriminación, la participación y la rendición de cuentas) tan fundamentales que una buena práctica relativa a la salud, para ser considerada buena práctica relativa al derecho a la salud, debe potenciar siempre esos elementos fundamentales? En caso afirmativo, ¿qué elementos del derecho a la salud deben considerarse fundamentales?

Hacia una taxonomía de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud

49– Una vez acordados, los criterios se pueden aplicar a diversas iniciativas para determinar si realmente se pueden considerar buenas prácticas relativas al derecho a la salud. Hay innumerables ejemplos de buenas prácticas relativas a la salud, y es probable que también aparezcan muchos ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud en los planos comunitario, nacional e internacional. Esto plantea la cuestión de cómo clasificar esas buenas prácticas relativas al derecho a la salud. No es conveniente poner todas las buenas prácticas relativas al derecho a la salud en un solo grupo indiferenciado. En suma, es necesaria una taxonomía simple de las buenas prácticas relativas al derecho a la salud. Esta taxonomía tendrá varias ventajas, y una de ellas es que una taxonomía eficaz revelará en qué campos hay pocas buenas prácticas, y por tanto, en qué asuntos convendría que se concentraran los dedicados al derecho a la salud con miras a elaborar iniciativas especialmente necesarias.

50– Una taxonomía del derecho a la salud se puede organizar de varias maneras: por ejemplo, según el tipo de actores (por ejemplo, el poder legislativo, los tribunales, las instituciones nacionales de derechos humanos, el sector privado, las organizaciones

internacionales, los Estados donantes, etc.); según los campos de intervención (por ejemplo, medicamentos esenciales, salud sexual y reproductiva, abastecimiento de agua y saneamiento, etc.); según el marco normativo del derecho a la salud; o cualquier combinación de éstos. El Relator Especial considera que en este momento la taxonomía se debería basar en el marco normativo constituido por el derecho a la salud. Después se podría refinar introduciendo más elementos, como otros actores y campos de intervención, pero por ahora el Relator empieza explorando una taxonomía de buenas prácticas relativas al derecho a la salud basada en normas del derecho a la salud.

51– El informe preliminar del Relator Especial esboza el marco normativo del derecho a la salud. Para la tarea que nos ocupa, hay tres aspectos de este marco que se deben mencionar brevemente. Primero, el derecho a la salud es un derecho incluyente, que abarca no sólo una atención de la salud oportuna y adecuada, sino también los determinantes subyacentes de la salud, como el acceso a agua salubre y potable y saneamiento adecuado, condiciones laborales y ambientales sanas, y acceso a la educación y a la información relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Segundo, el derecho a la salud se debe entender como el derecho a disfrutar de los diversos establecimientos, bienes y servicios necesarios para lograr el más alto nivel de salud posible. Tercero, los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes de la salud, deben estar disponibles y ser accesibles, aceptables y de buena calidad.

52– Por tanto, una taxonomía basada en el marco normativo del derecho a la salud podría clasificar las iniciativas en las nueve categorías que figuran a continuación. Tras cada una de las categorías se dan uno o dos ejemplos para ilustrar posibles buenas prácticas relativas al derecho a la salud, o elementos de esas prácticas, que podrían servir de ejemplo de esa categoría. Por supuesto, hasta que se fijen los criterios sobre las buenas prácticas relativas al derecho a la salud, los ejemplos son hipotéticos: se dan sólo para indicar cómo podría funcionar la taxonomía de buenas prácticas relativas al derecho a la salud.

53– Por tanto, las buenas prácticas relativas al derecho a la salud se podrían clasificar como iniciativas que son compatibles con todos los derechos humanos, prestan atención particular a la vulnerabilidad y aumentan:

- a. La disponibilidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud dentro de la jurisdicción (ejemplo: cuando corresponda, leyes para expedir licencias obligatorias para medicamentos esenciales);
- b. El acceso sin discriminación, jurídica o de hecho, a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: la elaboración y aplicación de una estrategia nacional amplia para promover la salud de la mujer durante toda su vida);
- c. El acceso físico a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: agua potable en los barrios pobres y zonas rurales remotas, rampas de acceso a los edificios para las personas con impedimento físico);

- d. El acceso económico a establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: medicamentos gratuitos para niños menores de 5 años, planes de asistencia gratuita para los pobres);
- e. El acceso a la información sobre salud (ejemplo: campañas con carteles para educar al público con información fidedigna sobre el VIH/SIDA);
- f. La aceptabilidad cultural de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: programas de capacitación para profesionales de la salud sobre la cultura de los pueblos indígenas que viven en la jurisdicción);
- g. La calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ejemplo: pruebas para detectar medicamentos de mala calidad, falsificados o contaminados);
- h. La participación activa e informada de individuos y grupos, y especialmente de los vulnerables y desfavorecidos, incluidos los que viven en la pobreza, en relación con las políticas y los programas y proyectos de salud (ejemplo: reuniones de aldeas para examinar prioridades y presupuestos locales en materia de salud);
- i. Mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas en relación con el derecho a la salud que sean eficaces, transparentes y accesibles (ejemplo: ombudsman de salud, evaluaciones de los efectos en la salud y los derechos humanos).

#### Ejemplos concretos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud

54— En el párrafo anterior se han dado ejemplos hipotéticos, pero el Relator Especial ha empezado a reunir iniciativas reales que podrían constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud. A continuación figuran sólo tres de esos ejemplos reales, por falta de espacio. Por supuesto, hasta que se resuelvan algunas de las cuestiones conceptuales indicadas, especialmente los criterios para determinar cuáles son las buenas prácticas relativas al derecho a la salud, es prematuro considerar esos ejemplos como tales buenas prácticas. Además, el Relator Especial no ha podido obtener confirmación independiente de todos los aspectos de esas prácticas<sup>69</sup>. No obstante, las ha incluido en los párrafos siguientes como ejemplos del tipo de iniciativas en curso que podrían resultar buenas prácticas relativas al derecho a la salud o contener elementos de tales prácticas<sup>70</sup>.

#### Brigadas de salud móviles de Colombia

55— Como el conflicto de Colombia se centra en las zonas rurales, las comunidades aisladas a menudo tienen acceso difícil a la atención médica. Las brigadas de salud móviles,

---

<sup>69</sup>Por ejemplo, como se indica en el párrafo 12, para que una buena práctica relativa a la salud sea una buena práctica relativa al derecho a la salud, el proceso por el que se formule debe ser compatible con todos los derechos humanos. Esto supone, entre otras cosas, determinar quiénes son los diversos encargados de la práctica y aclarar por qué esa práctica es la más adecuada en un contexto particular. El Relator Especial no ha podido confirmar todos esos aspectos de procedimiento y de otro tipo en relación con los ejemplos dados.

<sup>70</sup>Aunque no se repita en cada ocasión, se debe entender que los tres ejemplos son posibles ilustraciones de buenas prácticas relativas al derecho a la salud o de elementos de tales prácticas.

proyecto del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), la Cruz Roja de Colombia y el Ministerio de Salud de Colombia, han ayudado a promover el acceso a los servicios de salud, incluso para los desplazados internos. Según informes, a lo largo de los ríos Caguán y Atrato los “barcos de salud” del CICR han llegado a comunidades aisladas situadas en zonas de conflicto. Para 1999 habían atendido a más de 11.000 pacientes<sup>71</sup>.

56– Por tanto, esta iniciativa podría ser un ejemplo de buena práctica relativa al derecho a la salud que aumenta la disponibilidad y el acceso físico a los establecimientos, bienes y servicios de salud.

#### Programa nacional contra el SIDA del Brasil

57– El acceso gratuito y universal a los antirretrovirales en los servicios públicos de salud, garantizado jurídicamente por el Gobierno de Brasil desde 1996, ha ampliado el acceso económico a estos medicamentos esenciales, lo cual ha aumentado el número de personas que reciben tratamiento y ha reducido la mortalidad en algunas zonas<sup>72</sup>. La estrategia del Gobierno se basa, por una parte, en su decisión de fomentar la producción nacional de antirretrovirales: para 2001, el 63% se fabricaba en el país. Por otra parte, el Gobierno ha intentado obtener los antirretrovirales disponibles en el mercado internacional al precio más bajo posible, a veces indicando que estaba dispuesto a expedir una licencia obligatoria. En resumen, el Gobierno ha estado dispuesto a utilizar los elementos de flexibilidad previstos en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y aclarados en la Declaración de Doha. La defensa del derecho al tratamiento del VIH/SIDA ha ayudado a luchar contra la discriminación y estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA<sup>73</sup>.

58– Otro elemento importante del Programa nacional contra el SIDA del Brasil es la participación activa de la sociedad civil. Según informes, los grupos que representan a las personas que viven con el VIH/SIDA, las organizaciones religiosas y muchos otros han sido particularmente activos, por ejemplo, en los comités asesores creados para asegurar la participación de la sociedad civil en el Programa.

59– Por tanto, el Programa podría ser un ejemplo de buena práctica relativa al derecho a la salud que aumenta la disponibilidad de medicamentos esenciales y el acceso económico a ellos, la participación activa e informada en los programas de salud y la no discriminación.

#### La Constitución de Sudáfrica y el caso de la Campaña para el tratamiento

60– La Constitución de Sudáfrica reconoce el derecho de todas las personas a tener acceso a los servicios públicos de salud y el derecho de los niños a una protección especial.

---

<sup>71</sup> Véase *Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action*, UNICEF/ Comité Permanente entre Organismos, 2002, pág. 118.

<sup>72</sup> Véase J. Galvão, "Access to Anti-Retroviral Drugs in Brazil", *Lancet*, vol. 360, 7 de diciembre de 2002, pág. 1.682.

<sup>73</sup> *Ibíd.*

El Gobierno de Sudáfrica adoptó la nevirapina como medicamento de elección para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, pero impuso restricciones a la disponibilidad del medicamento en el sector médico público. En el caso *Ministerio de Salud contra Campaña para el tratamiento*, el Tribunal Constitucional dictaminó que el Gobierno tenía que “elaborar y ejecutar un programa amplio y coordinado para realizar progresivamente el derecho de las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos a tener acceso a servicios de salud para luchar contra la transmisión materno-infantil del VIH”<sup>74</sup>. Además, el Tribunal ordenó al Gobierno, entre otras cosas, que ofreciera el tratamiento con nevirapina en los hospitales públicos.

61– El Relator Especial tiene entendido que el Gobierno está adoptando medidas para aplicar el fallo del Tribunal. Así, la Constitución de Sudáfrica, el caso *Campaña para el tratamiento* y el fallo del Tribunal Constitucional han responsabilizado conjuntamente a las autoridades en relación con el derecho a la salud. Cabe destacar el papel indispensable de las ONG y los medios de información en este proceso.

62– Por tanto, esta experiencia podría constituir ejemplos de buenas prácticas relativas al derecho a la salud que conjuntamente establecen un mecanismo de rendición de cuentas relacionado con el derecho a la salud.

### Conclusión

63– El objetivo de esta sección es modesto: comenzar un debate informado sobre las buenas prácticas y el derecho a la salud. Atendiendo a la petición de la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial ha intentado dar una sinopsis preliminar sobre este tema complejo. Evidentemente es necesario hacer mucho más. El Relator Especial se propone continuar su investigación y espera profundizar la colaboración con los actores pertinentes. Desearía recibir observaciones sobre las cuestiones conceptuales y las iniciativas indicadas en los párrafos anteriores. Además, acogería con mucho beneplácito otros ejemplos de iniciativas reales que pudieran constituir buenas prácticas relativas al derecho a la salud.

## IV

### El VIH/SIDA y el derecho a la salud

64– La escala de la pandemia del VIH/SIDA y sus efectos en los derechos humanos de los afectados siguen superando con mucho las respuestas mundiales a esos problemas. Hoy 42 millones de personas de todo el mundo viven con el VIH y todos los días miles mueren de SIDA. Una respuesta mundial eficaz requiere un enfoque general que incluya prevención, tratamiento, cuidado y apoyo, que son elementos de un continuo que se refuerzan entre sí.

65– A los efectos de este informe, el Relator Especial desea subrayar su preocupación particular por los obstáculos que subsisten al acceso al tratamiento del VIH/SIDA, ya que el

---

<sup>74</sup>Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 8/02, párr. 135(2)(a).

acceso es un componente fundamental del derecho a la salud. Se han hecho algunos progresos, y en los países de altos ingresos el tratamiento con antirretrovirales está ampliamente disponible. En el plano internacional se han contraído compromisos jurídicos y políticos de aumentar el acceso de todos a medicamentos esenciales, en particular en el contexto del Acuerdo sobre los ADPIC y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. A pesar de ello, la situación sigue siendo urgente para los países en desarrollo, en los cuales reciben tratamiento menos del 5% de los afectados, y también para muchas poblaciones marginadas de países de altos ingresos. Para muchas personas de países en desarrollo el costo del tratamiento sigue siendo prohibitivo. Al mismo tiempo, las violaciones de los derechos humanos, incluida la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por él, constituye un gran obstáculo para la prevención y el acceso al tratamiento y el cuidado. El efecto del VIH/SIDA en la mujer es especialmente devastador.

66– La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/29, reconoció que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las del VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo era uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (párr. 1). El Relator Especial subraya la necesidad urgente de garantizar la disponibilidad y el acceso al tratamiento para todos. Con cuidados y tratamientos adecuados, incluidos los medicamentos antirretrovirales, se puede prolongar la vida de los infectados por el VIH y aliviar sus sufrimientos. El uso de antirretrovirales reducirá significativamente la incidencia de infecciones oportunistas y la susceptibilidad a otras infecciones graves, como la tuberculosis<sup>75</sup>. Particularmente en las zonas en que el VIH es causa de hasta el 50% de las hospitalizaciones, el uso de los antirretrovirales aliviará la presión sobre los sistemas de salud reduciendo la morbilidad y la mortalidad, y liberará el tiempo del personal y otros recursos<sup>76</sup>.

67– Una consecuencia muy importante del acceso al tratamiento serán los efectos positivos en las iniciativas de prevención. La disponibilidad de tratamiento puede reducir el estigma y la discriminación disminuyendo el temor y permitiendo que las personas, las familias y las comunidades aborden abiertamente el VIH y el SIDA. Cuando hay tratamiento y todos los que lo necesitan tienen acceso a él, las personas tienden más a pedir pruebas y orientación voluntarias. Esto creará una mayor demanda de los servicios de pruebas y orientación voluntarias<sup>77</sup>. A su vez, con una asignación de recursos adecuada, esto debería conducir en última instancia a una infraestructura de salud más fuerte. Como ha dicho la OMS, el tratamiento del VIH no debe verse como una carga adicional, “sino como una nueva fuente de energía para alimentar la respuesta a la epidemia y para dar sostenibilidad a largo plazo a los sistemas de salud en general”<sup>78</sup>.

#### Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: derechos humanos y rendición de cuentas

---

<sup>75</sup>Compromiso para la acción: ampliación del acceso al tratamiento del VIH/SIDA, Coalición Internacional de Acceso al Tratamiento del VIH, OMS, diciembre de 2002, pág. 5.

<sup>76</sup>Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA, ONUSIDA, julio de 2002.

<sup>77</sup>Compromiso para la Acción, op. cit, pág. 4.

<sup>78</sup>Ibíd.

68– La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA subraya que la plena realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos, en particular el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, es un elemento indispensable de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/SIDA. El año 2003 es la “fecha límite” para lograr varios de los objetivos y metas relativos al tratamiento y la prevención establecidos por los Estados Miembros en la Declaración, entre ellos la elaboración de estrategias nacionales para fortalecer los sistemas de atención de la salud y abordar los factores que afectan a la disponibilidad de medicamentos contra el VIH. Los Estados Miembros acordaron “hacer todo lo posible por proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH/SIDA, incluidos la prevención y el tratamiento de las infecciones oportunistas y la utilización eficaz de la terapia antirretroviral, en forma cuidadosa y vigilada y bajo control de la calidad” (párr. 55)8. En este sentido, el Relator Especial acoge con beneplácito las recientes iniciativas de los Estados Miembros de la OMC encaminadas a que el Acuerdo sobre los ADPIC se interprete y ejecute para proteger la salud pública, y en particular, promover el acceso de todos a los medicamentos. El Relator Especial alienta a los Estados a que hagan uso, y respeten el uso por otros Estados, de toda la gama de elementos de flexibilidad que figuran en el Acuerdo sobre los ADPIC con miras a aumentar el acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo.

69– Esos compromisos políticos refuerzan las obligaciones de los Estados en virtud del derecho internacional de derechos humanos en cuanto a tratamiento, cuidado y prevención. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros instrumentos comprometen a los Estados a garantizar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Esto incluye medidas relativas al tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas (art. 12.2 c)), como el acceso a medicamentos asequibles relacionados con el VIH, y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (art. 12.2 d)). La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer dispone en su artículo 12.1 que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso a servicios de atención médica. Los Estados partes en la Convención sobre los Derechos del Niño reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, y deben esforzarse por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios (art. 24).

70– Basándose en esas normas de derechos humanos, el sistema de derechos humanos de las Naciones Unidas constituye un medio de asegurar la rendición de cuentas respecto de los derechos humanos relacionados con el VIH/SIDA. Los mandatos otorgados a los procedimientos especiales de la Comisión de Derechos Humanos –examinar, supervisar e informar públicamente sobre la situación de los derechos humanos en países o territorios determinados o sobre casos graves de violación de los derechos humanos en todo el mundo– son un instrumento importante para la protección y la promoción de derechos relacionados con el VIH. En el transcurso de su labor, esos procedimientos especiales pueden ayudar a

aumentar el respeto de los derechos relacionados con el VIH/SIDA mediante sus misiones a los países, informes, llamamientos de emergencia y otras tareas de promoción.

71– El Relator Especial se propone examinar detenidamente las cuestiones re-lativas al VIH/SIDA desde el punto de vista del derecho a la salud cuando visite en misión a los países. Considerará, por ejemplo, la manera en que los Estados han abordado los objetivos relacionados con el derecho a la salud que figuran en la Declaración de compromiso y las responsabilidades nacionales, regionales y mundiales enunciadas en los párrafos 94 a 103 de la Declaración. El Relator Especial observa que los órganos de las Naciones Unidas creados en virtud de tratados de derechos humanos también constituyen un foro apropiado para hacer preguntas –y ofrecer asesoramiento constructivo– a los Estados sobre las dimensiones de derechos humanos de sus políticas y programas sobre el VIH/SIDA, incluidos sus objetivos y responsabilidades en virtud de la Declaración. A juicio del Relator Especial, una de las contribuciones más destacadas que aportan el derecho y los procedimientos internacionales de derechos humanos a la lucha contra la pandemia del VIH/SIDA es una mayor rendición de cuentas.

#### Reunión del ACNUDH/ONUSIDA para relatores especiales

72– En junio de 2003, el ONUSIDA y el ACNUDH celebraron una reunión conjunta de relatores especiales y otros expertos de la Comisión para elaborar un enfoque estratégico a fin de integrar en su labor las cuestiones relativas al VIH/SIDA, con miras a fortalecer las actividades de derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA en los países. Participaron 16 relatores especiales, re-presentantes y expertos independientes (incluidos expertos con mandatos para países determinados y relatores temáticos), así como personas que vivían con el VIH/SIDA, expertos externos, el Enviado Especial del Secretario General sobre la cuestión del VIH/SIDA en Asia y personas que trabajaban en las comunidades para luchar contra la epidemia. La reunión fue una oportunidad de examinar los vínculos entre las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y los recursos humanos pertinentes para los mandatos de los procedimientos especiales, y permitió a los expertos intercambiar ideas y experiencias sobre la mejor manera de abordar cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA en el contexto de su labor, basándose en experiencias de buenas prácticas.

73– En la reunión se subrayó la importancia de abordar cuestiones de derechos humanos intersectoriales difíciles, incluidos los factores que contribuyen a los siguientes asuntos: las vulnerabilidades relacionadas con el VIH/SIDA; el estigma y la discriminación (que sufren las personas que viven con el VIH/SIDA, pero también algunos grupos, como los usuarios de drogas intravenosas, los presos, los trabajadores sexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres); las desigualdades por razones de género (incluida la necesidad de luchar contra la explotación sexual y económica de la mujer y la niña, incluso en situaciones de conflicto, y promover la igualdad y la no discriminación en la familia, el matrimonio, la propiedad, etc.); y el acceso a la prevención y el tratamiento. Los relatores especiales destacaron la importancia de trabajar con las redes y estructuras actuales de los países, en particular con los grupos temáticos de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, los equipos de las Naciones Unidas en los países, las oficinas del ONUSIDA y el ACNUDH en el terreno, las redes de personas que viven con el VIH/SIDA, las organizaciones que prestan servicios sobre el SIDA y otros grupos de la sociedad civil.



74– Los relatores especiales examinaron e hicieron suyas varias medidas prácticas que podrían adoptarse para combatir el VIH/SIDA en el curso de su labor, entre ellas reunir información del ONUSIDA y otras fuentes pertinentes sobre la situación del VIH/SIDA en los países, y las actividades e iniciativas actuales para luchar contra la epidemia, cuando se prepararan para viajar en misión a los países; celebrar reuniones con los departamentos gubernamentales competentes, instituciones nacionales de derechos humanos, personas que viven con el VIH/SIDA, grupos de la sociedad civil y organizaciones que prestan servicios sobre el SIDA para debatir cuestiones relativas al VIH/SIDA durante sus misiones a los países; señalar a la atención de los medios de información cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA y, cuando procediera, sacar a la luz violaciones de los derechos humanos relacionadas con el SIDA; hacer recomendaciones sobre cuestiones de derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA a los gobiernos, las instituciones nacionales de derechos humanos, los donantes y las organizaciones internacionales; y hacer un seguimiento de las recomendaciones y observaciones finales pertinentes realizadas por los órganos creados en virtud de tratados<sup>79</sup>.

75– El Relator Especial felicita al ONUSIDA y el ACNUDH por haber organizado esa reunión, que fue más allá de declaraciones retóricas e hizo recomendaciones prácticas para los expertos en derechos humanos de las Naciones Unidas, ya que no todos estaban familiarizados con la manera en que podrían contribuir mejor a la respuesta al VIH/SIDA. Por su parte, el Relator Especial está dispuesto a contribuir al seguimiento con los organizadores, cuando proceda.

## V

### Las enfermedades descuidadas, la lepra y el derecho a la salud

76– En su informe preliminar, el Relator Especial señaló que deseaba examinar las repercusiones para el derecho a la salud de las enfermedades descuidadas y el “desequilibrio 10/90”: sólo 10% de los gastos de la investigación y desarrollo se dirige a los problemas de salud del 90% de la población mundial (párr. 79). Si bien existen diversas maneras de definir las enfermedades descuidadas, en una reciente publicación de la OMS se describen como las enfermedades que “afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos”<sup>80</sup>. La Comisión de Derechos Humanos, en su resolución 2003/28, pidió al Relator Especial que “continuara con su análisis de los problemas relacionados con las enfermedades descuidadas, incluidas las enfermedades muy descuidadas” (párr. 16).

77– El Relator Especial ha empezado a abordar esas cuestiones de dos maneras: primero, durante su misión a la OMC en julio/agosto de 2003, el Relator Especial celebró muchas reuniones informativas y constructivas con miembros de la secretaría de la OMC, embajadores y otros representantes ante la OMC, entre otros. Una de las muchas cuestiones

---

<sup>79</sup>Informe sobre el debate conjunto del ONUSIDA y el ACNUDH sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, 30 de junio de 2003, de próxima publicación.

<sup>80</sup>Global Defense against the Infectious Disease Threat, OMS, 2002, pág. 96.

exploradas en esas conversaciones fueron los ADPIC y las enfermedades descuidadas. En esencia, los acuerdos sobre derechos de propiedad intelectual y cuestiones conexas, incluido el Acuerdo sobre los ADPIC, ofrecen un incentivo para la investigación y el desarrollo en materia de salud cuando hay mercado para un nuevo medicamento, vacuna u otra intervención médica. Sin embargo, en el contexto de las enfermedades descuidadas, como no hay un mercado efectivo, no hay incentivos, lo cual contribuye al desequilibrio 10/90. El Relator Especial aprovechó su misión a la OMC para dar más relieve a este problema grave de derechos humanos y humanitario, y presentará información adicional a la Comisión de Derechos Humanos en su próximo período de sesiones.

78– En segundo lugar, el Relator Especial se reunió con representantes del Programa Especial de Investigaciones y Capacitación en Materia de Enfermedades Tropicales, del PNUD, el Banco Mundial y la OMS. El Programa Especial fue creado en 1975 principalmente como respuesta al hecho de que las fuerzas del mercado no hubieran impulsado el desarrollo de nuevos medicamentos, vacunas e instrumentos diagnósticos para las enfermedades que son una carga pesada en los países tropicales. El Programa Especial fue una respuesta pionera ante la gran distorsión del programa de investigaciones médicas. Con un presupuesto modesto, el Programa Especial ha producido un número impresionante de instrumentos prácticos para hacer progresos contra las 10 enfermedades incluidas en su mandato. Ahora los representantes del Programa Especial y el Relator Especial están considerando la posibilidad de elaborar un proyecto limitado que pueda aportar un análisis del problema general de las enfermedades descuidadas y el desequilibrio 10/90 desde el punto de vista del derecho a la salud.

79– En este contexto, el Relator Especial desea destacar una cuestión conexas. Una de las 10 enfermedades que figuran en el mandato del Programa Especial es la lepra, enfermedad que ha afligido a la humanidad desde tiempo inmemorial. En los últimos años se han hecho grandes progresos –demasiados para mencionarlos aquí– hacia la eliminación de la lepra. Sin embargo, la lepra sigue siendo un problema de salud pública muy grave, sobre todo (pero no exclusivamente) en los países en desarrollo de Asia y África. La enfermedad está estrechamente relacionada con la pobreza. Cada año se diagnostican 600.000 nuevos casos<sup>81</sup>. Si la lepra no se trata, causa inmensos sufrimientos e impedimentos físicos. Pero la enfermedad tiene otra dimensión punitiva. Las personas afectadas por la lepra, incluidos los pacientes, ex pacientes y sus familias, a menudo sufren estigmatización y discriminación debidas a la ignorancia y al prejuicio. Se estima que hoy decenas de millones de personas reciben un trato injusto e irracional a causa de la lepra<sup>82</sup>.

80– En estas circunstancias, el Relator Especial piensa que sería instructivo elaborar un enfoque basado en el derecho a la salud para la eliminación de la lepra, incluidas la estigmatización y la discriminación asociadas con la enfermedad. Esa iniciativa podría aprovechar la rica experiencia sobre los derechos humanos y el VIH/SIDA y la labor reciente sobre los derechos humanos y la tuberculosis<sup>83</sup>. Sobre la base de esas experiencias,

---

<sup>81</sup>"Lepra y derechos humanos", presentación de Yohei Sasakawa, Embajador Especial de la OMS ante la Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra, durante el 55° período de sesiones de la Subcomisión de Promoción y Protección de los Derechos Humanos, 4 de agosto de 2003.

<sup>82</sup>Ibíd.

<sup>83</sup>A Human Rights Approach to Tuberculosis, OMS, 2001.

una iniciativa sobre el derecho a la salud y la lepra podría servir de modelo para una aplicación más amplia. También podría aportar una contribución de derechos humanos a la Alianza Mundial para la Eliminación de la Lepra, iniciativa de la OMS establecida en 1999 para unir a los principales actores de la lucha contra la enfermedad. El Relator Especial acogería con beneplácito observaciones y asesoramiento sobre la sugerencia de que sería oportuno elaborar un enfoque para la eliminación de la lepra basado en el derecho a la salud.

## VI

### Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

81– En su resolución 2003/18, la Comisión invitó a todos los relatores especiales cuyos mandatos tuvieran que ver con la realización de los derechos económicos, sociales y culturales a que compartieran sus opiniones sobre un protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y a que formularan recomendaciones al respecto al Grupo de Trabajo sobre un protocolo facultativo.

82– En respuesta a esta invitación, el Relator Especial hace las siguientes observaciones basadas en las opiniones que expresó en la Conferencia Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales celebrada en Cavtat (Croacia) en septiembre de 2003. La Conferencia fue acogida por el Gobierno de Croacia y organizada conjuntamente por Croacia y la Comisión Internacional de Juristas, con apoyo financiero del Gobierno de Finlandia. Participaron Estados miembros del Consejo de Europa, ONG y expertos independientes. A juicio del Relator Especial, la Conferencia aportó un panorama constructivo, equilibrado y muy útil de esas cuestiones, que el Grupo de Trabajo probablemente deseará considerar.

83– Si bien las leyes y las políticas nacionales a menudo no tienen en cuenta a las personas que viven en la pobreza a causa del lugar marginal que ocupan en la sociedad, un protocolo facultativo del Pacto podría ayudar a que esas personas reciban la atención debida. La promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales exige una serie de iniciativas legislativas y no legislativas, pero un componente legislativo fundamental de toda estrategia multidimensional relativa a los derechos económicos, sociales y culturales debería ser un protocolo facultativo. El Relator Especial sugiere que, al igual que el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, un protocolo facultativo del Pacto incluya disposiciones para las denuncias y un procedimiento de investigación. Como indicó en su informe preliminar, las leyes y casos nacionales y regionales confirman la posibilidad de hacer valer ante la justicia el derecho a la salud y elementos de ese derecho (párrs. 10 a 20). El Relator Especial no considera que la posibilidad de hacer valer ante la justicia ese derecho sea un obstáculo importante para la aprobación de un protocolo facultativo, y hace suya la propuesta como mecanismo importante para promover y proteger mejor el derecho a la salud.

84— El Relator Especial sugiere que se pida al ACNUDH que prepare algunos estudios breves para aportar más datos a las deliberaciones del Grupo de Trabajo. Por ejemplo, podría reunir una selección de la jurisprudencia nacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales. El Grupo de Trabajo también podría beneficiarse de un breve estudio sobre la jurisprudencia relacionada con los derechos económicos, sociales y culturales derivada de uno o más de los procedimientos e instituciones regionales de derechos humanos.

## VII

### Observaciones finales

85— Algunos componentes de la estrategia relativa al derecho a la salud demandan nuevos conceptos e instrumentos. Este informe preliminar ha comenzado el estudio de algunos de esos desafíos conceptuales, como los posibles indicadores y las buenas prácticas relativos al derecho a la salud. Como se indica en la introducción, esta labor conceptual es valiosa, siempre que, a su debido tiempo, conduzca a un mejoramiento del estado de salud y un mayor respeto del derecho humano fundamental a la salud, en especial el de las personas que viven en la pobreza. Es muy importante que todos los encargados de la realización del derecho a la salud no pierdan de vista los hechos alarmantes que se indican en el párrafo 3 supra. El derecho a la salud, bien entendido y ejercido, puede dar dignidad a las personas, potenciar las comunidades, impulsar la adopción de medidas, servir de catalizador de cambios, dar forma a las políticas y mejorar la salud de las personas.

El derecho a una alimentación adecuada (art. 11 del Pacto)

Introducción y premisas básicas

1— El derecho a una alimentación adecuada está reconocido en diversos instrumentos de derecho internacional. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales trata el derecho a una alimentación adecuada más extensamente que cualquier otro instrumento internacional. En el párrafo 1 del artículo 11 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia”, y en el párrafo 2 del artículo 11 reconocen que posiblemente deberán adoptarse medidas más inmediatas y urgentes para garantizar “el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre” y la malnutrición. El derecho a una alimentación adecuada es de importancia fundamental para el disfrute de todos los derechos. Ese derecho se aplica a todas las personas; por ello la frase del párrafo 1 del artículo 11 “para sí y su familia” no entraña ninguna limitación en cuanto a la aplicabilidad de este derecho a los individuos o a los hogares dirigidos por una mujer.

2— El Comité ha acumulado una información considerable acerca del derecho a la alimentación adecuada examinando los informes que han ido presentando los Estados Partes desde 1979. El Comité ha observado que aunque hay directrices sobre la presentación de información relativa al derecho a la alimentación adecuada, tan sólo unos pocos Estados Partes han proporcionado información precisa y suficiente para permitir al Comité determinar la situación actual en los países del caso con respecto a este derecho y para determinar qué obstáculos se presentan para su disfrute. Esta Observación general tiene como fin señalar las principales cuestiones que el Comité considera de importancia en relación con el derecho a la alimentación adecuada. Al preparar la presente Observación general se atiende a la solicitud formulada por los Estados Miembros durante la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de que se definieran mejor los derechos relacionados con la alimentación que se mencionan en el artículo 11 del Pacto, y a la invitación especial que se hizo al Comité de que prestara atención especial al Plan de Acción de la Cumbre y continuase vigilando la aplicación de las medidas concretas que se estipulaban en el artículo 11 del Pacto.

3— Atendiendo pues a esas solicitudes, el Comité: examinó la documentación y los informes pertinentes de la Comisión de Derechos Humanos y la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías relativos al derecho a la alimentación adecuada como derecho humano; dedicó un día de debate general a esta cuestión en su 17° período de sesiones de 1997, teniendo en consideración el proyecto de código internacional de conducta sobre el derecho humano a una alimentación adecuada preparado por diversas organizaciones no gubernamentales internacionales; participó en

---

<sup>84</sup>Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 20° período de sesiones. Ginebra, 26 de abril a 14 de mayo de 1999. Tema 7 del programa. E/C.12/1999/5.

dos reuniones de consulta sobre el derecho a la alimentación adecuada como derecho humano organizadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos (OACDH) en Ginebra, en diciembre de 1997, y en Roma, en noviembre de 1998, conjuntamente con la Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la Alimentación (FAO), y tomó nota de sus informes finales. En abril de 1999 el Comité participó en un simposio sobre las bases y los aspectos políticos de un enfoque de derechos humanos de los programas y políticas de alimentación y nutrición, organizado por el Comité Administrativo de Coordinación/Subcomité de Nutrición en su 26° período de sesiones celebrado en Ginebra, organizado por la OACDH.

4— El Comité afirma que el derecho a una alimentación adecuada está inseparablemente vinculado a la dignidad inherente de la persona humana y es indispensable para el disfrute de otros derechos humanos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos. Es también inseparable de la justicia social, pues requiere la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales adecuadas, en los planos nacional e internacional, orientadas a la erradicación de la pobreza y al disfrute de todos los derechos humanos por todos.

5— Pese a que la comunidad internacional ha reafirmado con frecuencia la importancia del pleno respeto del derecho a una alimentación adecuada, se advierte una disparidad inquietante entre las formas que se fijan en el artículo 11 del Pacto y la situación que existe en muchas partes del mundo. Más de 840 millones de personas de todo el mundo, la mayoría de ellas de países en desarrollo, sufren de hambre crónica; millones de personas sufren hambrunas causadas por los desastres naturales, el aumento de la incidencia de los conflictos civiles y las guerras en algunas regiones y el uso de los alimentos como arma política. El Comité observa que si bien los problemas del hambre y la malnutrición suelen ser especialmente agudos en los países en desarrollo, la malnutrición, la subnutrición y otros problemas relacionados con el derecho a una alimentación adecuada y el derecho a estar protegido contra el hambre existen también en algunos de los países económicamente más desarrollados. Básicamente, las raíces del problema del hambre y la malnutrición no están en la falta de alimento sino en la falta de acceso a los alimentos disponibles, por parte de grandes segmentos de la población del mundo entre otras razones, a causa de la pobreza.

#### Contenido normativo de los párrafos 1 y 2 del artículo 11

6— El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla. El derecho a la alimentación adecuada no debe interpretarse, por consiguiente, en forma estrecha o restrictiva asimilándolo a un conjunto de calorías, proteínas y otros elementos nutritivos concretos. El derecho a la alimentación adecuada tendrá que alcanzarse progresivamente. No obstante, los Estados tienen la obligación básica de adoptar las medidas necesarias para mitigar y aliviar el hambre tal como se dispone en el párrafo 2 del artículo 11, incluso en caso de desastre natural o de otra índole.

Adecuación y sostenibilidad de la disponibilidad de los alimentos y del acceso a éstos

7– El concepto de adecuación es particularmente importante en relación con el derecho a la alimentación puesto que sirve para poner de relieve una serie de factores que deben tenerse en cuenta al determinar si puede considerarse que ciertas formas de alimentos o regímenes de alimentación a las que se tiene acceso son las más adecuadas en determinadas circunstancias a los fines de lo dispuesto en el artículo 11 del Pacto. El concepto de sostenibilidad está íntimamente vinculado al concepto de alimentación adecuada o de seguridad alimentaria, que entraña la posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras. El significado preciso de “adecuación” viene determinado en buena medida por las condiciones sociales, económicas, culturales, climáticas, ecológicas y de otro tipo imperantes en el momento, mientras que el de “sostenibilidad” entraña el concepto de disponibilidad y accesibilidad a largo plazo.

8– El Comité considera que el contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende lo siguiente:

– la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada;

– la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos.

9– Por necesidades alimentarias se entiende que el régimen de alimentación en conjunto aporta una combinación de productos nutritivos para el crecimiento físico y mental, el desarrollo y el mantenimiento, y la actividad física que sea suficiente para satisfacer las necesidades fisiológicas humanas en todas las etapas del ciclo vital, y según el sexo y la ocupación. Por consiguiente, será preciso adoptar medidas para mantener, adaptar o fortalecer la diversidad del régimen y las pautas de alimentación y consumo adecuadas, incluida la lactancia materna, al tiempo que se garantiza que los cambios en la disponibilidad y acceso a los alimentos mínimos no afectan negativamente a la composición y la ingesta de alimentos.

10– Al decir sin sustancias nocivas se fijan los requisitos de la inocuidad de los alimentos y una gama de medidas de protección tanto por medios públicos como privados para evitar la contaminación de los productos alimenticios debido a la adulteración y/o la mala higiene ambiental o la manipulación incorrecta en distintas etapas de la cadena alimentaria; debe también procurarse determinar y evitar o destruir las toxinas que se producen naturalmente.

11– Que los alimentos deban ser aceptables para una cultura o unos consumidores determinados significa que hay que tener también en cuenta, en la medida de lo posible, los valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y el consumo de alimentos, así como las preocupaciones fundamentadas de los consumidores acerca de la naturaleza de los alimentos disponibles.

12– Por disponibilidad se entienden las posibilidades que tiene el individuo de alimentarse ya sea directamente, explotando la tierra productiva u otras fuentes naturales de

alimentos, o mediante sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente y que puedan trasladar los alimentos desde el lugar de producción a donde sea necesario según la demanda.

13– La accesibilidad comprende la accesibilidad económica y física: La accesibilidad económica implica que los costos financieros personales o familiares asociados con la adquisición de los alimentos necesarios para un régimen de alimentación adecuado deben estar a un nivel tal que no se vean amenazados o en peligro la provisión y la satisfacción de otras necesidades básicas. La accesibilidad económica se aplica a cualquier tipo o derecho de adquisición por el que las personas obtienen sus alimentos y es una medida del grado en que es satisfactorio para el disfrute del derecho a la alimentación adecuada. Los grupos socialmente vulnerables como las personas sin tierra y otros segmentos particularmente empobrecidos de la población pueden requerir la atención de programas especiales.

La accesibilidad física implica que la alimentación adecuada debe ser accesible a todos, incluidos los individuos físicamente vulnerables, tales como los lactantes y los niños pequeños, las personas de edad, los discapacitados físicos, los moribundos y las personas con problemas médicos persistentes, tales como los enfermos mentales. Será necesario prestar especial atención y, a veces, conceder prioridad con respecto a la accesibilidad de los alimentos a las personas que viven en zonas propensas a los desastres y a otros grupos particularmente desfavorecidos. Son especialmente vulnerables muchos grupos de pueblos indígenas cuyo acceso a las tierras ancestrales puede verse amenazado.

#### Obligaciones y violaciones

14– La índole de las obligaciones jurídicas de los Estados Partes se enuncia en el artículo 2 del Pacto y se ha tratado en la Observación general 3 (1990) del Comité. La principal obligación es la de adoptar medidas para lograr progresivamente el pleno ejercicio del derecho a una alimentación adecuada. Ello impone la obligación de avanzar lo más rápidamente posible para alcanzar ese objetivo. Cada uno de los Estados Partes se compromete a adoptar medidas para garantizar que toda persona que se encuentre bajo su jurisdicción tenga acceso al mínimo de alimentos esenciales suficientes inocuos y nutritivamente adecuados para protegerla contra el hambre.

15– El derecho a la alimentación adecuada, al igual que cualquier otro derecho humano, impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: las obligaciones de respetar, proteger y realizar. A su vez, la obligación de realizar entraña tanto la obligación de facilitar como la obligación de hacer efectivo<sup>85</sup>. La obligación de respetar el acceso existente a una alimentación adecuada requiere que los Estados no adopten medidas de ningún tipo que tengan por resultado impedir ese acceso. La obligación de proteger requiere que el Estado Parte adopte medidas para velar por que las empresas o los particulares no priven a las personas del acceso a una alimentación adecuada. La obligación de realizar (facilitar) significa que el Estado debe procurar iniciar actividades con el fin de fortalecer el

---

<sup>85</sup>Inicialmente se propusieron tres niveles de obligaciones: respetar, proteger y ayudar/realizar (véase El derecho a una alimentación adecuada como derecho humano. Serie estudios N° 1 Nueva York (United Nations publication Sales N° S.89.XIV.2)). El nivel intermedio “facilitar” se ha propuesto como categoría del Comité, pero éste ha decidido mantener los tres niveles de obligación.



acceso y la utilización por parte de la población de los recursos y medios que aseguren sus medios de vida, incluida la seguridad alimentaria. Por último, cuando un individuo o un grupo sea incapaz, por razones que escapen a su control, de disfrutar el derecho a una alimentación adecuada por los medios a su alcance, los Estados tienen la obligación de realizar (hacer efectivo) ese derecho directamente. Esta obligación también se aplica a las personas que son víctimas de catástrofes naturales o de otra índole.

16– Algunas de las medidas a estos distintos niveles de obligación de los Estados Partes tienen un carácter más inmediato, mientras que otras tienen un carácter de más largo plazo, para lograr gradualmente el pleno ejercicio del derecho a la alimentación.

17– El Pacto se viola cuando un Estado no garantiza la satisfacción de, al menos, el nivel mínimo esencial necesario para estar protegido contra el hambre. Al determinar qué medidas u omisiones constituyen una violación del derecho a la alimentación, es importante distinguir entre la falta de capacidad y la falta de voluntad de un Estado para cumplir sus obligaciones. En el caso de que un Estado Parte aduzca que la limitación de sus recursos le impiden facilitar el acceso a la alimentación a aquellas personas que no son capaces de obtenerla por sí mismas, el Estado ha de demostrar que ha hecho todos los esfuerzos posibles por utilizar todos los recursos de que dispone con el fin de cumplir, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas. Esta obligación dimana del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto en el que se obliga a cada Estado Parte a tomar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga, tal como se señaló anteriormente el Comité en el párrafo 10 de su Observación general 3. El Estado que aduzca que es incapaz de cumplir esta obligación por razones que están fuera de su control, tiene, por tanto, la obligación de probar que ello es cierto y que no ha logrado recabar apoyo internacional para garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos necesarios.

18– Por otra parte, toda discriminación en el acceso a los alimentos, así como a los medios y derechos para obtenerlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, edad, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social, con el fin o efecto de anular u obstaculizar la igualdad en el disfrute o ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales constituye una violación del Pacto.

19– Las violaciones del derecho a la alimentación pueden producirse por actos realizados directamente por los Estados o por otras entidades insuficientemente reguladas por los Estados. Entre ellos cabe señalar: derogar o suspender oficialmente la legislación necesaria para seguir disfrutando el derecho a la alimentación; negar el acceso a los alimentos a determinados individuos o grupos, tanto si la discriminación se basa en la legislación como si es activa; impedir el acceso a la ayuda alimentaria de carácter humanitario en los conflictos internos o en otras situaciones de emergencia; adoptar legislación o políticas que sean manifiestamente incompatibles con obligaciones jurídicas anteriores relativas al derecho a la alimentación; y no controlar las actividades de individuos o grupos para evitar que violen el derecho a la alimentación de otras personas; o, cuando es el Estado, no tener en cuenta sus obligaciones jurídicas internacionales relativas al derecho a la alimentación al concertar acuerdos con otros Estados o con organizaciones internacionales.

20– Aunque solamente los Estados son Partes en el Pacto y son, por lo tanto, los responsables últimos del cumplimiento de éste, todos los miembros de la sociedad –los particulares, las familias, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones de la sociedad civil y el sector empresarial privado– son responsables de la realización del derecho a una alimentación adecuada. El Estado debería crear un medio que facilitara el ejercicio de esas responsabilidades. El sector empresarial privado, tanto nacional como transnacional, debería actuar en el marco de un código de conducta en el que se tuviera presente el respeto del derecho a una alimentación adecuada, establecido de común acuerdo con el gobierno y la sociedad civil.

#### Aplicación en el plano nacional

21– Los medios más adecuados para aplicar el derecho a una alimentación adecuada variarán inevitablemente y de modo considerable de un Estado Parte a otro. Cada Estado tendrá un margen de elección para decidir sus propios enfoques, pero el Pacto especifica claramente que cada Estado Parte adoptará las medidas que sean necesarias para garantizar que todas las personas queden libres del hambre y que puedan disfrutar lo más pronto posible del derecho a una alimentación adecuada. Esto exigirá aprobar una estrategia nacional que garantice la seguridad alimentaria y de nutrición para todos, sobre la base de los principios de los derechos humanos que definen los objetivos, y formular las políticas y los indicadores correspondientes. También deberán identificarse los recursos disponibles para cumplir los objetivos y la manera de aprovecharlos más eficaz en función de los costos.

22– La estrategia debe basarse en una determinación sistemática de las medidas y actividades políticas pertinentes en cada situación y contexto, derivadas del contenido normativo del derecho a una alimentación adecuada y especificadas en relación con los niveles y caracteres de las obligaciones del Estado Parte a que se refiere el párrafo 15 de la presente Observación general. Esto facilitará la coordinación entre los ministerios y las autoridades regionales y locales y asegurará que las políticas y decisiones administrativas conexas cumplan las obligaciones que impone el artículo 11 del Pacto.

23– La formulación y aplicación de estrategias nacionales para el derecho a la alimentación exige el pleno cumplimiento de los principios de responsabilidad, transparencia, participación popular, descentralización, capacidad legislativa e independencia de la magistratura. Es esencial un buen gobierno para la realización de los derechos humanos, incluida la eliminación de la pobreza, y para asegurar medios de vida satisfactorios para todos.

24– Deben diseñarse mecanismos institucionales adecuados para establecer un proceso representativo que permita formular una estrategia, aprovechando para ello todos los conocimientos internos disponibles relativos a los alimentos y la nutrición. La estrategia debe determinar las responsabilidades y el marco temporal de aplicación de las medidas necesarias.

25– La estrategia se ocupará de todas las cuestiones y medidas críticas relativas a todos los aspectos del sistema alimentario, en particular la producción, elaboración, distribución, comercialización y consumo de alimentos sanos, así como las medidas paralelas en materia de salud, educación, empleo y seguridad social. Hay que procurar gestionar y utilizar de modo más sostenible los recursos alimentarios naturales y de otro tipo en los niveles nacional, regional, local y doméstico.

26– La estrategia debe prestar una atención especial a la necesidad de prevenir la discriminación en el acceso a los alimentos o a los recursos destinados a alimentos. Esto debe incluir los siguientes elementos: garantías de un acceso completo y equitativo a los recursos económicos, especialmente para las mujeres, incluido el derecho a heredar y a poseer tierras y otros bienes, y de acceso al crédito, a los recursos naturales y a una tecnología adecuada; medidas para respetar y proteger el trabajo por cuenta propia y los trabajos remunerados de modo que aseguren una vida digna para los asalariados y sus familias (como estipula el inciso ii) del párrafo a) del artículo 7 del Pacto); mantener registros sobre los derechos a la tierra (incluidos los bosques).

27– Los Estados Partes, como un componente de su obligación de proteger los recursos alimentarios básicos para el pueblo, deben adoptar medidas adecuadas tendientes a garantizar que las actividades del sector privado y de la sociedad civil sean conformes con el derecho a la alimentación.

28– Incluso en los lugares donde un Estado se enfrenta con limitaciones graves de recursos causadas por un proceso de ajuste económico, por la recesión económica, por condiciones climáticas u otros factores, deben aplicarse medidas para garantizar que se cumpla el derecho a una alimentación adecuada especialmente para grupos de población e individuos vulnerables.

#### Referencias y legislación marco

29– Al aplicar las estrategias específicas de cada país señaladas supra, los Estados deben establecer referencias verificables para la subsiguiente vigilancia nacional e internacional. En relación con ello, los Estados deben considerar la posibilidad de aprobar una ley marco como instrumento básico de aplicación de la estrategia nacional para el derecho a la alimentación. En la ley marco deben figurar disposiciones sobre el fin pretendido; las metas u objetivos que deben lograrse y el marco temporal que se fijará para lograr estos objetivos; los medios mediante los cuales podría conseguirse el fin buscado en términos generales, en especial la colaboración deseada con la sociedad civil y el sector privado y con organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional del proceso; y los mecanismos nacionales para vigilar el proceso, así como los posibles procedimientos de recurso. Los Estados Partes al preparar las referencias y la legislación marco deben buscar la participación activa de organizaciones de la sociedad civil.

30– Programas y organismos adecuados de las Naciones Unidas deben prestar asistencia, si así se les solicita, para preparar la legislación marco y revisar las leyes sectoriales. La FAO, por ejemplo, tiene experiencia y conocimientos acumulados considerables sobre las leyes en materia de alimentación y agricultura. El Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene experiencia equivalente sobre las leyes relativas al derecho a una alimentación adecuada para lactantes y niños mediante la protección materna y del niño, incluidas leyes para promover el amamantamiento, y sobre la reglamentación de la comercialización de sustitutos de la leche materna.

### Vigilancia

31– Los Estados Partes deberán preparar y mantener mecanismos para vigilar los progresos tendentes a la realización del derecho a una alimentación adecuada para todos, determinar los factores y dificultades que obstaculizan el cumplimiento de sus obligaciones y facilitar la adopción de medidas legislativas y administrativas de corrección, incluidas medidas para aplicar las obligaciones en virtud del párrafo 1 del artículo 2 y del artículo 23 del Pacto.

### Recursos y responsabilidad

32– Toda persona o grupo que sea víctima de una violación del derecho a una alimentación adecuada debe tener acceso a recursos judiciales adecuados o a otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de estas violaciones tienen derecho a una reparación adecuada que puede adoptar la forma de restitución, indemnización, compensación o garantías de no repetición. Los defensores nacionales del pueblo y las comisiones de derechos humanos deben ocuparse de las violaciones del derecho a la alimentación.

33– La incorporación en el orden jurídico interno de los instrumentos internacionales que reconocen el derecho a la alimentación o el reconocimiento de su aplicabilidad puede mejorar de modo importante el alcance y la eficacia de las medidas de remedio y deben alentarse en todos los casos. Los tribunales estarán entonces en condiciones de juzgar las violaciones del contenido básico del derecho a la alimentación refiriéndose de modo directo a las obligaciones en virtud del Pacto.

34– Se invita a los jueces y otros miembros de la profesión letrada a prestar una mayor atención a las violaciones del derecho a la alimentación en el ejercicio de sus funciones.

35– Los Estados Partes deben respetar y proteger la labor de los defensores de los derechos humanos y otros miembros de la sociedad civil que prestan asistencia a grupos vulnerables para que realicen su derecho a una alimentación adecuada.

### Obligaciones internacionales

### Estados Partes

36– Animados por el espíritu del Artículo 156 de la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración de Roma sobre Seguridad Alimentaria Mundial y las disposiciones del párrafo 2 del artículo 2, el artículo 11, el párrafo 2 del artículo 15 y el artículo 23 del Pacto, los Estados Partes deben reconocer el papel fundamental que corresponde a la cooperación internacional y reafirmar su decisión de adoptar, en colaboración con otros Estados o por separado, medidas que aseguren la plena realización del derecho a una alimentación

adecuada. Los Estados Partes al aplicar este compromiso deben adoptar medidas para respetar el disfrute del derecho a la alimentación en otros países, proteger este derecho, facilitar el acceso a la alimentación y prestar la necesaria asistencia cuando sea preciso. Los Estados Partes deben asegurarse de que, en los acuerdos internacionales, se preste la debida atención al derecho a una alimentación adecuada, y examinar la posibilidad de elaborar con tal fin nuevos instrumentos jurídicos internacionales.

37– Los Estados Partes deben abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas semejantes a los alimentos que pongan en peligro el acceso a la alimentación en otros países. Los alimentos no deben usarse nunca como instrumento de presión política o económica. En tal sentido, el Comité afirma las convicciones expuestas en su Observación general 8 sobre la relación entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

#### Estados y organizaciones internacionales

38– Los Estados tienen la responsabilidad conjunta e individual, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, de cooperar para prestar socorro en casos de desastre y asistencia humanitaria en casos de emergencia, incluida asistencia a refugiados y personas desplazadas internamente. Cada Estado debe contribuir a esta tarea de conformidad con sus capacidades. Tienen particular importancia a este respecto y deben fortalecerse la función del Programa Mundial de Alimentos (PMA) y de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), y cada vez más la del UNICEF y de la FAO. Debe asignarse prioridad en la asistencia alimentaria a las poblaciones más vulnerables.

39– La asistencia alimentaria debe prestarse en la medida de lo posible de modo que no afecte negativamente a los productores locales y a los mercados locales y debe organizarse de manera que facilite el retorno a la autosuficiencia alimentaria de los beneficiarios. La asistencia debe basarse en las necesidades de los beneficiarios previstos. Los productos que figuren en el comercio internacional de alimentos o en los programas de asistencia deben ser sanos y ser aceptables culturalmente para la población receptora.

#### Las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales

40– Tiene una especial importancia la función de los organismos de las Naciones Unidas, incluida la función que se realiza por conducto del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo dentro de los países para promover la realización del derecho a la alimentación. Deben mantenerse las iniciativas coordinadas encaminadas a realizar el derecho a la alimentación a fin de mejorar la coherencia y la interacción entre todos los participantes, incluidos los distintos componentes de la sociedad civil. Las organizaciones que se encargan de la alimentación, la FAO, el PMA y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) juntamente con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el UNICEF y, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo deben cooperar con mayor eficacia, aprovechar sus respectivos conocimientos técnicos, en la realización del derecho a la alimentación en el plano nacional, con el debido respeto a sus mandatos individuales.

41– Las instituciones financieras internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial, deben prestar una mayor atención a la protección del derecho a la alimentación en sus políticas de concesión de préstamos y acuerdos crediticios y en las medidas internacionales para resolver la crisis de la deuda. En todos los programas de ajuste debe procurarse que se garantice la protección del derecho a la alimentación, de conformidad con el párrafo 9 de la Observación general 2 del Comité.

## El derecho al agua

### I

#### Introducción

1— El agua es un recurso natural limitado y un bien público fundamental para la vida y la salud. El derecho humano al agua es indispensable para vivir dignamente y es condición previa para la realización de otros derechos humanos. El Comité ha constatado constantemente una denegación muy generalizada del derecho al agua, tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. Más de 1.000 millones de personas carecen de un suministro suficiente de agua y varios miles de millones no tienen acceso a servicios adecuados de saneamiento, lo cual constituye la principal causa de contaminación del agua y de las enfermedades relacionadas con el agua<sup>87</sup>. La polución incesante, el continuo deterioro de los recursos hídricos y su distribución desigual están agravando la pobreza ya existente. Los Estados Partes deben adoptar medidas eficaces para hacer efectivo el derecho al agua sin discriminación alguna, como se establece en la presente observación general.

#### El fundamento jurídico del derecho al agua

2— El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico. Un abastecimiento adecuado de agua salubre es necesario para evitar la muerte por deshidratación, para reducir el riesgo de las enfermedades relacionadas con el agua y para satisfacer las necesidades de consumo y cocina y las necesidades de higiene personal y doméstica.

3— En el párrafo 1 del artículo 11 del Pacto se enumeran una serie de derechos que dimanen del derecho a un nivel de vida adecuado, “incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados”, y son indispensables para su realización. El uso de la palabra “incluso” indica que esta enumeración de derechos no pretendía ser exhaustiva. El derecho al agua se encuadra claramente en la categoría de las garantías indispensables para asegurar un nivel de vida adecuado, en particular porque es una de las condiciones fundamentales para la supervivencia. Además, el Comité ha reconocido anteriormente que el agua es un derecho humano amparado por el párrafo 1 del artículo 11 (véase la Observación general N° 6

---

<sup>86</sup>Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y culturales. 29º período de sesiones. 11 a 29 de noviembre de 2002. Tema 3 del programa. E/C.12/2002/11.

<sup>87</sup>En 2000, la Organización Mundial de la Salud calculó que 1.100 millones de personas (el 80% de ellas residentes en zonas rurales) carecían de un abastecimiento de agua capaz de suministrar por lo menos 20 litros diarios de agua potable por persona; se estimó que 2.400 millones no tenían acceso a servicios de saneamiento. (Véase OMS, *La evaluación mundial del abastecimiento de agua y el saneamiento en 2000*, Ginebra, 2000, pág. 1). Además, todos los años 2.300 millones de personas padecen enfermedades relacionadas con el agua. Véase Naciones Unidas, *Comisión sobre el Desarrollo Sostenible, Evaluación general sobre los recursos de agua dulce del mundo*, Nueva York, 1997, pág. 39.

(1995)<sup>88</sup>. El derecho al agua también está indisolublemente asociado al derecho al más alto nivel posible de salud (párr. 1 del art. 12)<sup>89</sup> y al derecho a una vivienda y una alimentación adecuadas (párr. 1 del art. 11)<sup>90</sup>. Este derecho también debe considerarse conjuntamente con otros derechos consagrados en la Carta Internacional de Derechos Humanos, en primer lugar el derecho a la vida y a la dignidad humana.

4— El derecho al agua ha sido reconocido en un gran número de documentos internacionales, tales como tratados, declaraciones y otras normas<sup>91</sup>. Por ejemplo, en el párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer se dispone que los Estados Partes asegurarán a las mujeres el derecho a “gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de [...] el abastecimiento de agua”. En el párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño se exige a los Estados Partes que luchen contra las enfermedades y la malnutrición mediante “el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre”.

5— El Comité se ha ocupado constantemente del derecho al agua en su examen de los informes de los Estados Partes, de conformidad con sus directrices generales revisadas sobre la forma y el contenido de los informes presentados por los Estados Partes con arreglo a los artículos 16 y 17 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y sus observaciones generales.

---

<sup>88</sup>Véanse los párrafos 5 y 32 de la Observación general N° 6 (1995) del Comité, relativa a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.

<sup>89</sup>Véase la Observación general N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafos 11, 12 a), b) y d), 15, 34, 36, 40, 43 y 51.

<sup>90</sup>Véase el apartado b) del párrafo 8 de la Observación general N° 4 (1991). Véase también el informe del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre una vivienda adecuada como parte del derecho a un nivel de vida adecuado, el Sr. Miloon Kothari (E/CN.4/2002/59), presentado de conformidad con la resolución 2001/28 de la Comisión, de 20 de abril de 2001. En relación con el derecho a una alimentación adecuada, véase el informe del Relator Especial de la Comisión sobre el derecho a la alimentación, el Sr. Jean Ziegler (E/CN.4/2002/58), presentado de conformidad con la resolución 2001/25 de la Comisión, de 20 de abril de 2001.

<sup>91</sup> Véanse el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el apartado c) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño; los artículos 20, 26, 29 y 46 del Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra, de 1949; los artículos 85, 89 y 127 del Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, de 1949; los artículos 54 y 55 del Protocolo Adicional I, de 1977; los artículos 5 y 14 del Protocolo Adicional II, de 1977; y el preámbulo de la Declaración de Mar del Plata de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Agua. Véanse también el párrafo 18.47 del Programa 21, en Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, 3 a 14 de junio de 1992 (A/CONF.151/26/Rev.1 (Vol. I y Vol. I/Corr.1, Vol. II, Vol. III y Vol. III/Corr.1) (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.93.I.8), vol. I: resoluciones adoptadas por la Conferencia, resolución 1, anexo II; el Principio N° 3 de la Declaración de Dublín sobre el Agua y el Desarrollo Sostenible, Conferencia Internacional sobre el Agua y el Medio Ambiente (A/CONF.151/PC/112); el Principio N° 2 del Programa de Acción, en Informe de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.95.XIII.18), cap. I, resolución 1, anexo; los párrafos 5 y 19 de la recomendación (2001) 14 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la Carta Europea de Recursos Hídricos; y la resolución 2002/6 de la Subcomisión sobre la Promoción y Protección de los Derechos Humanos acerca de la promoción del ejercicio del derecho a disponer de agua potable. Véase asimismo el informe sobre la relación entre el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales y la promoción del ejercicio del derecho a disponer de agua potable y servicios de saneamiento (E/CN.4/Sub.2/2002/10), presentado por el Relator Especial de la Subcomisión sobre la promoción del derecho al agua potable y a servicios de saneamiento, el Sr. El Hadji Guissé.



6— El agua es necesaria para diversas finalidades, aparte de los usos personales y domésticos, y para el ejercicio de muchos de los derechos reconocidos en el Pacto. Por ejemplo, el agua es necesaria para producir alimentos (el derecho a una alimentación adecuada) y para asegurar la higiene ambiental (el derecho a la salud). El agua es fundamental para procurarse medios de subsistencia (el derecho a ganarse la vida mediante un trabajo) y para disfrutar de determinadas prácticas culturales (el derecho a participar en la vida cultural). Sin embargo, en la asignación del agua debe concederse prioridad al derecho de utilizarla para fines personales y domésticos. También debe darse prioridad a los recursos hídricos necesarios para evitar el hambre y las enfermedades, así como para cumplir las obligaciones fundamentales que entraña cada uno de los derechos del Pacto<sup>92</sup>.

### El agua y los derechos del Pacto

7— El Comité señala la importancia de garantizar un acceso sostenible a los recursos hídricos con fines agrícolas para el ejercicio del derecho a una alimentación adecuada (véase la Observación general N° 12 (1997)<sup>93</sup>. Debe hacerse lo posible para asegurar que los agricultores desfavorecidos y marginados, en particular las mujeres, tengan un acceso equitativo al agua y a los sistemas de gestión del agua, incluidas las técnicas sostenibles de recogida del agua de lluvia y de irrigación. Tomando nota de la obligación establecida en el párrafo 2 del artículo 1 del Pacto, que dispone que no podrá privarse a un pueblo “de sus propios medios de subsistencia”, los Estados Partes deberían garantizar un acceso suficiente al agua para la agricultura de subsistencia y para asegurar la de subsistencia de los pueblos indígenas<sup>94</sup>.

8— La higiene ambiental, como aspecto del derecho a la salud amparado por el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto, entraña la adopción de medidas no discriminatorias para evitar los riesgos para la salud que representa el agua insalubre y contaminada por sustancias tóxicas<sup>95</sup>. Por ejemplo, los Estados Partes deben garantizar que los recursos hídricos naturales estén a resguardo de la contaminación por sustancias nocivas y microbios patógenos. Análogamente, los Estados Partes deben supervisar y combatir las situaciones en que los ecosistemas acuáticos sirvan de hábitat para los vectores de enfermedades que puedan plantear un riesgo para el hábitat humano<sup>96</sup>.

9— Con el fin de ayudar a los Estados Partes a aplicar el Pacto y a cumplir sus obligaciones de presentación de informes, la sección II de la presente Observación general

---

<sup>92</sup>Véase también Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, Plan de Aplicación de 2002, párrafo 25 c).

<sup>93</sup>Esto guarda relación tanto con la disponibilidad como con la accesibilidad del derecho a una alimentación adecuada (véase la Observación general N° 12 (1999), párrs. 12 y 13).

<sup>94</sup> Véase también la declaración de entendimiento que acompañaba la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho de los usos de los cursos de agua internacionales para fines distintos de la navegación (A/51/869, de 11 de abril de 1997), que decía que, al determinar las necesidades humanas esenciales en caso de conflicto armado, "se ha de prestar especial atención al suministro suficiente de agua para sostener la vida humana, incluidas el agua potable y el agua necesaria para la producción de alimentos a fin de impedir la hambruna".

<sup>95</sup> Véase también la Observación general N° 14, párr. 15.

<sup>96</sup> Según la definición de la OMS, las enfermedades contagiadas por vectores comprenden las enfermedades transmitidas por insectos (paludismo, filariasis, dengue, encefalitis japonesa y fiebre amarilla), las enfermedades en las que los caracoles acuáticos sirven de huéspedes intermedios (esquistosomiasis) y las zoonosis en las que los vertebrados sirven de reservorio.

se centra en el contenido normativo del derecho al agua en el párrafo 1 del artículo 11 y en el artículo 12, mientras que la sección III está dedicada a las obligaciones de los Estados Partes, la sección IV a las violaciones y la sección V a la ejecución en el plano nacional. La sección VI se refiere a las obligaciones de agentes que no son Estados Partes.

## II

### Contenido normativo del derecho al agua

10– El derecho al agua entraña tanto libertades como derechos. Las libertades son el derecho a mantener el acceso a un suministro de agua necesario para ejercer el derecho al agua y el derecho a no ser objeto de injerencias, como por ejemplo, a no sufrir cortes arbitrarios del suministro o a la no contaminación de los recursos hídricos. En cambio, los derechos comprenden el derecho a un sistema de abastecimiento y gestión del agua que ofrezca a la población iguales oportunidades de disfrutar del derecho al agua.

11– Los elementos del derecho al agua deben ser adecuados a la dignidad, la vida y la salud humanas, de conformidad con el párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12. Lo adecuado del agua no debe interpretarse de forma restrictiva, simplemente en relación con cantidades volumétricas y tecnologías. El agua debe tratarse como un bien social y cultural, y no fundamentalmente como un bien económico. El modo en que se ejerza el derecho al agua también debe ser sostenible, de manera que este derecho pueda ser ejercido por las generaciones actuales y futuras<sup>97</sup>.

12– En tanto que lo que resulta adecuado para el ejercicio del derecho al agua puede variar en función de distintas condiciones, los siguientes factores se aplican en cualquier circunstancia:

a. La disponibilidad. El abastecimiento de agua de cada persona debe ser continuo y suficiente para los usos personales y domésticos<sup>98</sup>. Esos usos comprenden normalmente el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica<sup>99</sup>. La cantidad de agua disponible para cada persona debería corresponder a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>100</sup>. También es posible que algunos individuos y grupos necesiten recursos de agua adicionales en razón de la salud, el clima y las condiciones de trabajo.

---

<sup>97</sup> Para una definición de sostenibilidad, véanse los principios 1, 8, 9, 10, 12 y 15 de la Declaración sobre el medio ambiente y el desarrollo, en Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Río de Janeiro, 3 a 14 de junio 2; y el Programa 21, en particular los principios 5.3, 7.27, 7.28, 7.35, 7.39, 7.41, 18.3, 18.8, 18.35, 18.40, 18.48, 18.50, 18.59 y 18.68.

<sup>98</sup> "Continuo" significa que la periodicidad del suministro de agua es suficiente para los usos personales y domésticos.

<sup>99</sup> En este contexto, el "consumo" se refiere al agua destinada a bebidas y alimentos. El "saneamiento" se refiere a la evacuación de las excretas humanas. El agua es necesaria para el saneamiento dondequiera que se adopten medios de evacuación por el agua. La "preparación de alimentos" incluye la higiene alimentaria y la preparación de comestibles, ya sea que el agua se incorpore a los alimentos o entre en contacto con éstos. La "higiene personal y doméstica" se refiere al aseo personal y a la higiene del hogar.

<sup>100</sup> Véase J. Bartram y G. Howard, "Domestic water quantity, service level and health: what should be the goal for water and health sectors", OMS, 2002. Véase también P. H. Gleick (1996), "Basic water requirements for human activities: meeting basic needs", Water International, 21, págs. 83 a 92.

b. La calidad. El agua necesaria para cada uso personal o doméstico debe ser salubre, y por lo tanto, no ha de contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan constituir una amenaza para la salud de las personas<sup>101</sup>. Además, el agua debería tener un color, un olor y un sabor aceptables para cada uso personal o doméstico.

c. La accesibilidad. El agua y las instalaciones y servicios de agua deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

I) Accesibilidad física. El agua y las instalaciones y servicios de agua deben estar al alcance físico de todos los sectores de la población. Debe poderse acceder a un suministro de agua suficiente, salubre y aceptable en cada hogar, institución educativa o lugar de trabajo o en sus cercanías inmediatas<sup>102</sup>. Todos los servicios e instalaciones de agua deben ser de calidad suficiente y culturalmente adecuados, y deben tener en cuenta las necesidades relativas al género, el ciclo vital y la intimidad. La seguridad física no debe verse amenazada durante el acceso a los servicios e instalaciones de agua.

II) Accesibilidad económica. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben estar al alcance de todos. Los costos y cargos directos e indirectos asociados con el abastecimiento de agua deben ser asequibles y no deben comprometer ni poner en peligro el ejercicio de otros derechos reconocidos en el Pacto.

III) No discriminación. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben ser accesibles a todos de hecho y de derecho, incluso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

IV) Acceso a la información. La accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre las cuestiones del agua<sup>103</sup>.

Temas especiales de amplia aplicación

No discriminación e igualdad

13— La obligación de los Estados Partes de garantizar el ejercicio del derecho al agua sin discriminación alguna (párr. 2, art. 2) y en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres (art. 3) se aplica a todas las obligaciones previstas en el Pacto. Así pues, el Pacto proscribe toda discriminación por motivos de raza, color, sexo, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual,

---

<sup>101</sup>El Comité remite a los Estados Partes a OMS, Guías para la calidad del agua potable, segunda edición, vols. 1 a 3 (Ginebra, 1993), cuyo objetivo es "servir de base para la elaboración de normas nacionales que, debidamente aplicadas, aseguren la inocuidad del agua mediante la eliminación o la reducción a una concentración mínima de los componentes peligrosos para la salud".

<sup>102</sup>Véanse también la Observación general N° 4 (1991), párr. 8 b), la Observación general N° 13 (1999), párr. 6 a), y la Observación general N° 14 (2000), párrs. 8 a) y b). El hogar puede ser tanto una vivienda permanente o semipermanente como un lugar de alojamiento provisional.

<sup>103</sup>Véase el párrafo 48 de la presente Observación general.

estado civil o cualquier otra condición política, social o de otro tipo que pretenda o tenga por efecto anular o menoscabar el igual disfrute o el ejercicio del derecho al agua. El Comité recuerda el párrafo 12 de la Observación general N° 3 (1990) en la que se señala que, incluso en tiempos de grave escasez de recursos, es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la adopción de programas específicos a un costo relativamente bajo.

14– Los Estados Partes deberán adoptar medidas para eliminar la discriminación de facto basada en motivos sobre los que pesen prohibiciones en los casos en que se prive a personas y grupos de personas de los medios o derechos necesarios para ejercer el derecho al agua. Los Estados Partes deben velar por que la asignación de los recursos de agua y las inversiones en el sector del agua faciliten el acceso al agua a todos los miembros de la sociedad. Una distribución inadecuada de los recursos puede conducir a una discriminación que quizá no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben redundar de manera desproporcionada en beneficio de los servicios e instalaciones de suministro de agua que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población; esos recursos deben invertirse más bien en servicios e instalaciones que redunden en beneficio de un sector más amplio de la población.

15– Por lo que se refiere al derecho al agua, los Estados Partes tienen la obligación especial de facilitar agua y garantizar el suministro necesario de agua a quienes no disponen de medios suficientes, así como de impedir toda discriminación basada en motivos sobre los que internacionalmente pesen prohibiciones en el suministro de agua y los servicios de abastecimiento de agua.

16– Aunque el derecho al agua potable es aplicable a todos, los Estados Partes deben prestar especial atención a las personas y grupos de personas que tradicionalmente han tenido dificultades para ejercer este derecho, en particular las mujeres, los niños, los grupos minoritarios, los pueblos indígenas, los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos, los trabajadores migrantes, los presos y los detenidos. En particular, los Estados Partes deben adoptar medidas para velar por que:

a. No se excluya a las mujeres de los procesos de adopción de decisiones sobre los recursos y los derechos en materia de agua. Es preciso aliviar la carga desproporcionada que recae sobre las mujeres en la obtención de agua.

b. No se impida a los niños ejercer sus derechos humanos por falta de agua potable en las instituciones de enseñanza y los hogares o a causa de la carga que supone la obtención de agua. Es preciso abordar con carácter urgente la cuestión del suministro de agua potable a las instituciones de enseñanza que actualmente carecen de ella.

c. Las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas tengan acceso a servicios de suministro de agua en buen estado de conservación. Debe protegerse el acceso a las fuentes tradicionales de agua en las zonas rurales de toda injerencia ilícita y contaminación. Las zonas urbanas desfavorecidas, incluso los asentamientos humanos espontáneos y las personas sin hogar, deben tener acceso a servicios de suministro de agua en buen estado de conservación. No debe denegarse a ningún hogar el derecho al agua por razón de la clasificación de su vivienda o de la tierra en que ésta se encuentra.

d. El acceso de los pueblos indígenas a los recursos de agua en sus tierras ancestrales sea protegido de toda transgresión y contaminación ilícitas. Los Estados deben facilitar recursos para que los pueblos indígenas planifiquen, ejerzan y controlen su acceso al agua.

e. Las comunidades nómadas y errantes tengan acceso al agua potable en sus lugares de acampada tradicionales y designados.

f. Los refugiados, los solicitantes de asilo, los desplazados internos y los repatriados tengan acceso al agua potable tanto si permanecen en campamentos o en las zonas urbanas y rurales. Es preciso otorgar a los refugiados y los solicitantes de asilo el derecho al agua en las mismas condiciones que a los nacionales.

g. Los presos y detenidos tengan agua suficiente y salubre para atender a sus necesidades individuales cotidianas, teniendo en cuenta las prescripciones del derecho internacional humanitario y las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos<sup>104</sup>.

h. Se suministre agua salubre suficiente a los grupos que tienen dificultades físicas para acceder al agua, como las personas de edad, los discapacitados, las víctimas de desastres naturales, las personas que viven en zonas propensas a desastres y las que viven en zonas áridas y semiáridas o en pequeñas islas.

### III

#### Obligaciones de los estados partes

#### Obligaciones legales de carácter general

17— Si bien el Pacto prevé la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representa la escasez de recursos, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho al agua, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párr. 2, art. 2) y la obligación de adoptar medidas (párr. 1, art. 2) en aras de la plena realización del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho al agua.

18— Los Estados Partes tienen el deber constante y continuo en virtud del Pacto de avanzar con la mayor rapidez y efectividad posibles hacia la plena realización del derecho al agua. La realización de ese derecho debe ser viable y practicable, ya que todos los Estados Partes ejercen control sobre una amplia gama de recursos, incluidos el agua, la tecnología, los recursos financieros y la asistencia internacional, como ocurre con todos los demás derechos enunciados en el Pacto.

---

<sup>104</sup>Véanse los artículos 20, 26, 29 y 46 del tercer Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949; los artículos 85, 89 y 127 del cuarto Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949; el artículo 15 y el párrafo 2 del artículo 20 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, en *Derechos Humanos: Recopilación de Instrumentos Internacionales* (publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: E.88.XIV.1).

19– Existe una fuerte presunción de que la adopción de medidas regresivas con respecto al derecho al agua está prohibida por el Pacto<sup>105</sup>. Si se adoptan medidas deliberadamente regresivas, corresponde al Estado Parte demostrar que se han aplicado tras un examen sumamente exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en el contexto de la plena utilización del máximo de los recursos de que dispone el Estado Parte.

#### Obligaciones legales específicas

20– Al igual que todos los derechos humanos, el derecho al agua impone tres tipos de obligaciones a los Estados Partes, a saber: las obligaciones de respetar, proteger y cumplir.

##### a. Obligación de respetar

21– La obligación de respetar exige que los Estados Partes se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el ejercicio del derecho al agua. Comprende, entre otras cosas, el abstenerse de toda práctica o actividad que deniegue o restrinja el acceso al agua potable en condiciones de igualdad, de inmiscuirse arbitrariamente en los sistemas consuetudinarios o tradicionales de distribución del agua, de reducir o contaminar ilícitamente el agua, por ejemplo, con desechos procedentes de instalaciones pertenecientes al Estado o mediante el empleo y los ensayos de armas, y de limitar el acceso a los servicios e infraestructuras de suministro de agua o destruirlos como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

22– El Comité observa que durante los conflictos armados, las situaciones de emergencia y los desastres naturales el derecho al agua abarca las obligaciones que impone a los Estados Partes el derecho internacional humanitario<sup>106</sup>. Ello incluye la protección de objetos indispensables para la supervivencia de la población civil, incluidas las instalaciones y reservas de agua potable y las obras de regadío, así como la protección del medio natural contra daños generalizados, graves y a largo plazo y la garantía de que los civiles, los reclusos y los prisioneros tengan acceso al agua potable<sup>107</sup>.

##### b. Obligación de proteger

23– La obligación de proteger exige que los Estados Partes impidan a terceros que menoscaben en modo alguno el disfrute del derecho al agua. Por terceros se entiende particulares, grupos, empresas y otras entidades, así como quienes obren en su nombre. La obligación comprende, entre otras cosas, la adopción de las medidas legislativas o de otra índole que sean necesarias y efectivas para impedir, por ejemplo, que terceros denieguen el acceso al agua potable en condiciones de igualdad y contaminen o exploten en forma no

---

<sup>105</sup>Véase la Observación general N° 3 (1990), párr. 9.

<sup>106</sup>En cuanto a la relación recíproca entre las normas de derechos humanos y el derecho humanitario, el Comité toma nota de las conclusiones de la Corte Internacional de Justicia en *Legalidad de la amenaza o el empleo de armas nucleares* (Solicitud de la Asamblea General), Informes de la CIJ (1996), párr. 25, pág. 226 del texto inglés.

<sup>107</sup>Véanse los artículos 54 y 56 del Protocolo Adicional I de los Convenios de Ginebra (1977), el artículo 54 del Protocolo Adicional II (1977), los artículos 20 y 46 del tercer Convenio de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y el artículo 3 común de los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

equitativa los recursos de agua, con inclusión de las fuentes naturales, los pozos y otros sistemas de distribución de agua.

24– Cuando los servicios de suministro de agua (como las redes de canalización, las cisternas y los accesos a ríos y pozos) sean explotados o estén controlados por terceros, los Estados Partes deben impedirles que menoscaben el acceso físico en condiciones de igualdad y a un costo razonable a recursos de agua suficientes, salubres y aceptables. Para impedir esos abusos debe establecerse un sistema regulador eficaz de conformidad con el Pacto y la presente Observación general, que prevea una supervisión independiente, una auténtica participación pública y la imposición de multas por incumplimiento.

### c. Obligación de cumplir

25– La obligación de cumplir se puede subdividir en obligación de facilitar, promover y garantizar. La obligación de facilitar exige que los Estados Partes adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades a ejercer el derecho. La obligación de promover impone al Estado Parte la adopción de medidas para que se difunda información adecuada acerca del uso higiénico del agua, la protección de las fuentes de agua y los métodos para reducir los desperdicios de agua. Los Estados Partes también tienen la obligación de hacer efectivo (garantizar) el derecho en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con los medios a su disposición.

26– La obligación de cumplir exige que los Estados Partes adopten las medidas necesarias para el pleno ejercicio del derecho al agua. Esta obligación comprende, entre otras cosas, la necesidad de reconocer en grado suficiente este derecho en el ordenamiento político y jurídico nacional, de preferencia mediante la aplicación de las leyes; adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales en materia de recursos hídricos para el ejercicio de este derecho; velar por que el agua sea asequible para todos; y facilitar un acceso mayor y sostenible al agua, en particular en las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas.

27– Para garantizar que el agua sea asequible, los Estados Partes deben adoptar las medidas necesarias, entre las que podrían figurar: a) la utilización de un conjunto de técnicas y tecnologías económicas apropiadas; b) políticas adecuadas en materia de precios, como el suministro de agua a título gratuito o a bajo costo; y c) suplementos de ingresos. Todos los pagos por servicios de suministro de agua deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que no recaiga en los hogares más pobres una carga desproporcionada de gastos de agua en comparación con los hogares más ricos.

28– Los Estados Partes deben adoptar estrategias y programas amplios e integrados para velar por que las generaciones presentes y futuras dispongan de agua suficiente y salubre<sup>108</sup>. Entre esas estrategias y esos programas podrían figurar:

---

<sup>108</sup> Véase supra la nota 5 de pie de página, los capítulos 5, 7 y 18 del Programa 21, el Plan de Aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible, (2002), párrs. 6 a), l) y m), 7, 36 y 38.

- a. reducción de la disminución de los recursos hídricos por extracción insostenible, desvío o contención;
- b. reducción y eliminación de la contaminación de las cuencas hidrográficas y de los ecosistemas relacionados con el agua por radiación, sustancias químicas nocivas y excrementos humanos;
- c. vigilancia de las reservas de agua;
- d. seguridad de que los proyectos de desarrollo no obstaculicen el acceso al agua potable;
- e. examen de las repercusiones de ciertas actividades que pueden afectar la disponibilidad del agua y en las cuencas hidrográficas de los ecosistemas naturales, como los cambios climáticos, la desertificación y la creciente salinidad del suelo, la deforestación y la pérdida de biodiversidad<sup>109</sup>;
- f. aumento del uso eficiente del agua por parte de los consumidores;
- g. reducción del desperdicio de agua durante su distribución;
- h. mecanismos de respuesta para las situaciones de emergencia; e
- i. creación de instituciones competentes y establecimiento de disposiciones institucionales apropiadas para aplicar las estrategias y los programas.

29— El garantizar que todos tengan acceso a servicios de saneamiento adecuados no sólo reviste importancia fundamental para la dignidad humana y la vida privada, sino que constituye uno de los principales mecanismos para proteger la calidad de las reservas y recursos de agua potable<sup>110</sup>.

El derecho a la salud y el derecho a una vivienda adecuada (véanse las Observaciones generales Nº 4 (1991) y Nº 14 (2000)) impone a los Estados Partes la obligación de ampliar progresivamente unos servicios de saneamiento salubres, en particular a las zonas rurales y las zonas urbanas desfavorecidas, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres y los niños.

#### Obligaciones internacionales

30— El párrafo 1 del artículo 2, el párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 23 del Pacto imponen a los Estados Partes la obligación de reconocer el papel fundamental de la

---

<sup>109</sup>Véase el Convenio sobre Diversidad Biológica, la Convención de lucha contra la desertificación, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el cambio climático y los protocolos ulteriores.

<sup>110</sup>El párrafo 2 del artículo 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer estipula que los Estados Partes asegurarán a la mujer el derecho de "gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de... los servicios sanitarios". El párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que los Estados Partes "asegurarán que todos los sectores de la sociedad tengan acceso a la educación... y reciban apoyo en la aplicación de los conocimientos básicos... de las ventajas de higiene y el saneamiento ambiental".



cooperación y la asistencia internacionales, y de adoptar medidas conjuntas o a título individual para lograr el pleno ejercicio del derecho al agua.

31– Para cumplir sus obligaciones internacionales en relación con el derecho al agua, los Estados Partes tienen que respetar el disfrute de ese derecho en otros países. La cooperación internacional exige que los Estados Partes se abstengan de cualquier medida que obstaculice, directa o indirectamente, el ejercicio del derecho al agua potable en otros países. Las actividades que se emprendan dentro de la jurisdicción de un Estado Parte no deben privar a otro Estado de la capacidad de asegurar que las personas en su jurisdicción ejerzan ese derecho<sup>111</sup>.

32– Los Estados Partes deberán abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas semejantes que impidan el suministro de agua, así como de los bienes y servicios esenciales para garantizar el derecho al agua<sup>112</sup>. El agua no debe utilizarse jamás como instrumento de presión política y económica. A este respecto, el Comité recuerda su posición, expresada en su Observación general N° 8 (1997), sobre la relación entre las sanciones económicas y el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.

33– Los Estados Partes deben adoptar medidas para impedir que sus propios ciudadanos y empresas violen el derecho al agua potable de las personas y comunidades de otros países. Cuando los Estados Partes puedan adoptar medidas con miras a influir en terceros por medios legales o políticos para que respeten este derecho, esas medidas deberán adoptarse de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable.

34– En función de la disponibilidad de recursos, los Estados Partes deberán facilitar la realización del derecho al agua en otros países, por ejemplo, facilitando recursos hídricos y asistencia financiera y técnica y prestando la ayuda necesaria que se les solicite. Cuando se trate de prestar socorro en casos de desastre y asistencia en casos de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados, deberá concederse prioridad a los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el suministro de agua potable. La asistencia internacional deberá prestarse de manera compatible con el Pacto y otras normas de derechos humanos, y deberá ser sostenible y culturalmente apropiada. Los Estados Partes económicamente desarrollados tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los países en desarrollo más pobres a este respecto.

---

<sup>111</sup>El Comité observa que la Convención de las Naciones Unidas sobre el derecho de los usos de los cursos de agua internacionales para fines distintos de la navegación exige que se tengan en cuenta las necesidades sociales y humanas al determinar la utilización equitativa de los cursos de agua, que los Estados Partes adopten medidas para impedir que se causen graves daños y que, en caso de conflicto, se preste especial atención a los requisitos de las necesidades vitales humanas (véanse los artículos 5, 7 y 10 de la Convención).

<sup>112</sup> En su Observación general N° 8 (1997) el Comité señaló el efecto disruptivo de las sanciones sobre los suministros sanitarios y el agua potable limpia, y que los regímenes que imponen sanciones deben hacerse cargo de las reparaciones de la infraestructura que resulten indispensables para el suministro de agua potable.

35– Los Estados Partes deberán velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho al agua y, con tal fin, deberán considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos jurídicos. En cuanto a la concertación y aplicación de otros acuerdos internacionales y regionales, los Estados Partes deberán adoptar medidas para garantizar que estos instrumentos no repercutan negativamente en el derecho al agua potable. Los acuerdos de liberalización del comercio no deben restringir ni menoscabar la capacidad de un país de garantizar el pleno ejercicio del derecho al agua.

36– Los Estados Partes deben velar por que su actuación como miembros de organizaciones internacionales tenga debidamente en cuenta el derecho al agua. Por consiguiente, los Estados Partes que son miembros de instituciones financieras internacionales tales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben adoptar medidas para velar por que en sus políticas de préstamo, acuerdos de crédito y otras medidas internacionales se tenga en cuenta el derecho al agua.

#### Obligaciones básicas

37– En su Observación general N° 3 (1990), el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto. A juicio del Comité, pueden identificarse al menos algunas obligaciones básicas en relación con el derecho al agua, que tienen efecto inmediato:

- a. Garantizar el acceso a la cantidad esencial mínima de agua que sea suficiente y apta para el uso personal y doméstico y prevenir las enfermedades;
- b. Asegurar el derecho de acceso al agua y las instalaciones y servicios de agua sobre una base no discriminatoria, en especial a los grupos vulnerables o marginados;
- c. Garantizar el acceso físico a instalaciones o servicios de agua que proporcionen un suministro suficiente y regular de agua salubre; que tengan un número suficiente de salidas de agua para evitar unos tiempos de espera prohibitivos; y que se encuentren a una distancia razonable del hogar;
- d. Velar por que no se vea amenazada la seguridad personal cuando las personas tengan que acudir a obtener el agua;
- e. Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones y servicios de agua disponibles;
- f. Adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre el agua para toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados y periódicamente revisados en base a un proceso participativo y transparente; deberán prever métodos, como el establecimiento de indicadores y niveles de referencia que permitan seguir de cerca los progresos realizados; el proceso mediante el cual se conciben la estrategia y el plan de

acción, así como el contenido de ambos, deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados;

g. Vigilar el grado de realización, o no realización, del derecho al agua;

h. Poner en marcha programas de agua destinados a sectores concretos y de costo relativamente bajo para proteger a los grupos vulnerables y marginados;

i. Adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar las enfermedades asociadas al agua, en particular velando por el acceso a unos servicios de saneamiento adecuados.

38– Para disipar toda duda, el Comité desea señalar que incumbe especialmente a los Estados Partes, así como a otros agentes que estén en situación de ayudar, el prestar asistencia y cooperación internacionales, en especial económica y técnica, que permita a los países en desarrollo cumplir sus obligaciones básicas y otras obligaciones a que se hace referencia en el párrafo 37 supra.

#### IV

##### Violaciones

39– Al aplicar el contenido normativo del derecho al agua (véase la parte II) a las obligaciones de los Estados Partes (parte III), se pone en marcha un proceso que facilita la identificación de las violaciones del derecho al agua. En los párrafos que figuran a continuación se dan ejemplos de violaciones del derecho al agua.

40– Para demostrar el cumplimiento de sus obligaciones generales y particulares, los Estados Partes deben demostrar que han tomado las medidas necesarias y factibles para garantizar el ejercicio del derecho al agua. De conformidad con el derecho internacional, el no actuar de buena fe para tomar tales medidas constituye una violación del derecho. Cabe señalar que un Estado Parte no puede justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 37 supra, que no pueden suspenderse.

41– Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho al agua, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones con respecto al derecho al agua y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12, que se refieren al derecho a un nivel de vida adecuado y al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, que impone a cada Estado Parte la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga. Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para hacer efectivo el derecho al agua viola las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que le impone el Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para cumplir, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra.

42– Las violaciones del derecho al agua pueden producirse mediante actos de comisión, la acción directa de Estados Partes o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. Las violaciones pueden consistir, por ejemplo, en la adopción de medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas (mencionadas en el párrafo 37 supra), la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho al agua, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las obligaciones jurídicas nacionales o internacionales preexistentes en relación con el derecho al agua.

43– Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para garantizar el pleno disfrute del derecho universal al agua, el no contar con una política nacional sobre el agua y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

44– Aunque no es posible confeccionar por adelantado una lista completa de las violaciones, a partir de la labor del Comité se puede individualizar una serie de ejemplos típicos que ilustran los niveles de obligación:

a. Las violaciones de la obligación de respetar se desprenden de la interferencia del Estado Parte con el derecho al agua. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: I) la interrupción o desconexión arbitraria o injustificada de los servicios o instalaciones de agua; II) los aumentos desproporcionados o discriminatorios del precio del agua; y III) la contaminación y disminución de los recursos de agua en detrimento de la salud del ser humano.

b. Las violaciones de la obligación de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopta todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho al agua por terceros<sup>58</sup>. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: I) no promulgar o hacer cumplir leyes que tengan por objeto evitar la contaminación y la extracción no equitativa del agua; II) no regular y controlar eficazmente los servicios de suministro de agua; III) no proteger los sistemas de distribución de agua (por ejemplo, las redes de canalización y los pozos) de la injerencia indebida, el daño y la destrucción; y

c. Las violaciones de la obligación de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para garantizar el disfrute del derecho al agua. Los siguientes son algunos ejemplos: I) no adoptar o ejecutar una política nacional sobre el agua encaminada a garantizar a todos el derecho al agua; II) asignar fondos insuficientes o asignarlos en forma incorrecta, con el resultado de menoscabar el disfrute del derecho al agua por personas o grupos, especialmente los vulnerables o marginados; III) no vigilar el grado de realización del derecho al agua a nivel nacional, por ejemplo estableciendo indicadores y niveles de referencia; IV) no adoptar medidas contra la distribución no equitativa de las instalaciones y los servicios de agua; V) no establecer mecanismos de socorro de emergencia; VI) no lograr que todos disfruten del derecho al agua en el nivel mínimo indispensable; VII) el hecho de que un Estado no tenga en cuenta sus obligaciones jurídicas internacionales con respecto al derecho al agua al concertar acuerdos con otros Estados o con organizaciones internacionales.

## Aplicación en el plano nacional

45– De conformidad con el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, los Estados Partes deberán recurrir a “todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas”, para dar cumplimiento a sus obligaciones dimanantes del Pacto. Cada Estado tiene un margen de discreción al determinar qué medidas son las más convenientes para hacer frente a sus circunstancias específicas. No obstante, el Pacto impone claramente a cada Estado la obligación de adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona disfrute del derecho al agua, lo antes posible. Las medidas nacionales encaminadas a asegurar el disfrute del derecho al agua no han de obstaculizar el disfrute de otros derechos humanos.

## Legislación, estrategias y políticas

46– Deberán examinarse la legislación, las estrategias y las políticas existentes para determinar que sean compatibles con las obligaciones relativas al derecho al agua, y deberán derogarse, enmendarse o cambiarse las que no sean congruentes con las obligaciones dimanantes del Pacto.

47– El deber de adoptar medidas claramente impone a los Estados Partes la obligación de adoptar una estrategia o plan de acción nacional para asegurar el ejercicio del derecho al agua. La estrategia debe: a) basarse en la normativa y los principios de derechos humanos; b) abarcar todos los aspectos del derecho al agua y las obligaciones correspondientes de los Estados Partes; c) definir objetivos claros; d) fijar objetivos o metas y los plazos para su consecución; e) formular políticas adecuadas, con los niveles de referencia y los indicadores correspondientes. La estrategia también deberá responsabilizar del proceso a instituciones específicas; determinar los recursos disponibles para alcanzar los objetivos y las metas; asignar debidamente los recursos a las instituciones encargadas; y establecer mecanismos de rendición de cuentas para asegurar la aplicación de la estrategia. Al formular y aplicar las estrategias nacionales en relación con el derecho al agua, los Estados Partes deberán hacer uso de la asistencia técnica y de la cooperación de los organismos especializados de las Naciones Unidas (véase más adelante la parte VI).

48– Al formular y ejecutar las estrategias y planes nacionales de acción con respecto al agua deberán respetarse, entre otros, los principios de no discriminación y de participación popular. El derecho de los particulares y grupos a participar en los procesos de decisión que puedan afectar a su ejercicio del derecho al agua debe ser parte integrante de toda política, programa o estrategia con respecto al agua. Deberá proporcionarse a los particulares y grupos un acceso pleno e igual a la información sobre el agua, los servicios de agua y el medio ambiente que esté en posesión de las autoridades públicas o de terceros.

49– La estrategia y el plan de acción nacionales del agua también deberán basarse en los principios de la rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el ejercicio efectivo de todos los derechos humanos, incluido el derecho al agua. A fin de crear un clima propicio al ejercicio de este derecho, los Estados Partes deberán adoptar las medidas apropiadas para cerciorarse de que,

al desarrollar sus actividades, el sector de la empresa privada y la sociedad civil conozcan y tengan en cuenta la importancia del derecho al agua.

50– Tal vez los Estados Partes consideren conveniente aprobar una legislación marco para llevar a la práctica sus estrategias relativas al derecho al agua. Esa legislación deberá incluir: a) los objetivos o metas que han de alcanzarse y los plazos para su consecución; b) los medios que se utilizarán para alcanzar la finalidad perseguida; c) la colaboración prevista con la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales; d) las instituciones encargadas del proceso; e) los mecanismos nacionales para la vigilancia del proceso; y f) los procedimientos de reparación y de recurso.

51– Deberán adoptarse medidas para garantizar una coordinación suficiente entre los ministerios nacionales y las autoridades regionales y locales a fin de conciliar las políticas relacionadas con el agua. En los casos en que la responsabilidad de hacer efectivo el derecho al agua se haya delegado en las autoridades regionales o locales, el Estado Parte seguirá siendo responsable del cumplimiento de sus obligaciones en virtud del Pacto, y por tanto deberá velar por que estas autoridades tengan a su disposición suficientes recursos para mantener y ampliar los servicios e instalaciones de agua necesarios. Además, los Estados Partes deberán velar por que dichas autoridades no nieguen el acceso a los servicios sobre una base discriminatoria.

52– Los Estados Partes están obligados a vigilar eficazmente la realización del derecho al agua. Para vigilar el progreso hacia la realización de este derecho, los Estados Partes deberán determinar los factores y las dificultades que obstaculizan el cumplimiento de sus obligaciones.

#### Indicadores y niveles de referencia

53– Para asistir en este proceso de vigilancia, las estrategias o planes de acción deberán contener indicadores sobre el derecho al agua. El objeto de los indicadores consistirá en vigilar, en los planos nacional e internacional, las obligaciones asumidas por el Estado Parte en virtud del párrafo 1 del artículo 11 y del artículo 12. Los indicadores deben referirse a los distintos componentes de un agua adecuada (como la suficiencia, la salubridad y aceptabilidad, la asequibilidad y la accesibilidad), desglosarse según los ámbitos de discriminación prohibidos y abarcar a todas las personas que vivan en la jurisdicción territorial del Estado Parte o estén bajo su control. Para obtener orientación respecto de los indicadores apropiados, los Estados Partes podrán aprovechar la labor que llevan a cabo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Hábitat), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

54– Una vez identificados los indicadores pertinentes del derecho al agua, se pide a los Estados Partes que establezcan los niveles nacionales de referencia apropiados respecto de

cada indicador<sup>113</sup>. Durante el proceso de presentación de informes periódicos, el Comité emprenderá junto al Estado Parte un proceso de determinación de objetivos concretos. Dicho proceso entraña el examen conjunto por el Estado Parte y el Comité de los indicadores y niveles de referencia nacionales, lo que a su vez permitirá determinar los objetivos que deban alcanzarse durante el período del informe siguiente. En los cinco años siguientes, el Estado Parte utilizará esos niveles de referencia nacionales para vigilar el grado en que se ha hecho efectivo el derecho al agua. Posteriormente, durante el proceso de presentación del siguiente informe, el Estado Parte y el Comité determinarán si se han alcanzado o no esos niveles de referencia, así como las razones de las dificultades que hayan podido surgir (véase la Observación general N° 14 (2000), párr. 58). Además, al fijar los niveles de referencia y preparar los informes, los Estados Partes deberán utilizar la amplia información y los servicios de asesoramiento de los organismos especializados en lo referente a la reunión y el desglose de los datos.

#### Recursos y rendición de cuentas

55– Toda persona o grupo que haya sido víctima de una violación del derecho al agua deberá contar con recursos judiciales o de otro tipo efectivos tanto en el plano nacional como en el internacional (véase el párrafo 4 de la Observación general N° 9 (1998) y el principio 10 de la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo)<sup>114</sup>. El Comité observa que este derecho ha sido incluido en la Constitución de varios Estados y ha sido objeto de litigio ante tribunales nacionales. Todas las víctimas de las violaciones del derecho al agua deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá consistir en restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos y las instituciones análogas de cada país deberán poder ocuparse de las violaciones del derecho.

56– Antes de que un Estado Parte o un tercero haga algo que interfiera con el derecho al agua de una persona, las autoridades pertinentes deberán velar por que tales medidas se lleven a cabo de un modo previsto por la legislación que sea compatible con el Pacto, y eso incluye: a) la oportunidad de una auténtica consulta con los afectados; b) el suministro oportuno de información completa sobre las medidas proyectadas; c) la notificación con antelación razonable de las medidas proyectadas; d) la disponibilidad de vías de recurso y reparación para los afectados; y e) asistencia jurídica para obtener una reparación legal (véanse también las Observaciones generales N° 4 (1991) y N° 7 (1997)). Cuando tales medidas se emprendan porque una persona adeuda el pago de agua, deberá tenerse en cuenta su capacidad de pago. En ninguna circunstancia deberá privarse a una persona del mínimo indispensable de agua.

---

<sup>113</sup>Véase E. Riedel, "New bearings to the State reporting procedure: practical ways to operationalize economic, social and cultural rights - The example of the right to health", en S. von Schorlemer (ed.), *Praxishandbuch UNO*, 2002, págs. 345 a 358. El Comité toma nota, por ejemplo, del compromiso que figura en el plan de aplicación de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de reducir a la mitad, antes del año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso al agua potable (según se indica en la Declaración del Milenio) y el porcentaje de personas que no tienen acceso a servicios básicos de saneamiento.

<sup>114</sup>El principio 10 de la Declaración de Río sobre el medio ambiente y el desarrollo (Informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, véase la nota 5 supra), dice, con respecto a las cuestiones del medio ambiente, que "deberá proporcionarse acceso efectivo a los procedimientos judiciales y administrativos, entre éstos el resarcimiento de daños y los recursos pertinentes".

57– La incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el derecho al agua puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas correctivas, por lo que debe alentarse en todos los casos. Esa incorporación permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho al agua, o por lo menos de las obligaciones fundamentales, invocando directamente el Pacto.

58– Los Estados Partes deben alentar a los jueces, árbitros y demás jurisconsultos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a las violaciones del derecho al agua.

59– Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros miembros de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho al agua.

## VI

### Obligaciones de los agentes que no son estados partes

60– Los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales que se ocupan del agua, tales como la OMS, la FAO, el UNICEF, el PNUMA, Hábitat, la OIT, el PNUD y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), así como organizaciones internacionales que se ocupan del comercio como la Organización Mundial del Comercio (OMC), deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes aprovechando sus respectivos conocimientos especializados para la realización del derecho al agua en el plano nacional. Las instituciones financieras internacionales, especialmente el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, deberán tener en cuenta el derecho al agua en sus políticas de préstamo, acuerdos crediticios, programas de ajuste estructural y otros proyectos de desarrollo (véase la Observación general N° 2 (1990) de manera que se promueva el disfrute del derecho al agua. Al examinar los informes de los Estados Partes y la capacidad de éstos para cumplir las obligaciones de hacer efectivo el derecho al agua, el Comité examinará las repercusiones de la asistencia prestada por todos los demás agentes. La incorporación de la normativa y los principios de derechos humanos en los programas y políticas de las organizaciones internacionales facilitará en gran medida la realización del derecho al agua. El papel de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la OMS y el UNICEF, como también el de las ONG y otras asociaciones, reviste especial importancia en relación con el socorro en casos de desastre y la asistencia humanitaria en situaciones de emergencia. En la prestación de ayuda y la distribución y gestión del agua y los servicios de agua deberá concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población.



*Recomendación General N° 24, adoptada por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CETFDM)<sup>115</sup>*

Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer

La mujer y la salud

1— El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, afirmando que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, decidió, en su 20° período de sesiones, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 21, hacer una recomendación general sobre el artículo 12 de la Convención.

Antecedentes

2— El cumplimiento, por los Estados Partes, del artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer. De conformidad con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto. El examen de los informes pre sentados por los Estados Partes en cumplimiento del artículo 18 de la Convención revela que la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer. En la presente Recomendación general, destinada tanto a los Estados Partes como a todos los que tienen un especial interés en las cuestiones relativas a la salud de la mujer, se ha procurado detallar la interpretación dada por el Comité al artículo 12 y se contemplan medidas encaminadas a eliminar la discriminación a fin de que la mujer pueda ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud.

3— En recientes conferencias mundiales de las Naciones Unidas también se ha examinado esa clase de objetivos. Al preparar la presente Recomendación general, el Comité ha tenido en cuenta los programas de acción pertinentes aprobados por conferencias mundiales de las Naciones Unidas y, en particular, los de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional de 1994 sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995. El Comité también ha tomado nota de la labor de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y otros órganos de las Naciones Unidas. Asimismo para la preparación de la presente Recomendación general, ha colaborado con un gran número de organizaciones no gubernamentales con especial experiencia en cuestiones relacionadas con la salud de la mujer.

4— El Comité señala el hincapié que se hace en otros instrumentos de las Naciones Unidas en el derecho a gozar de salud y de condiciones que permitan lograr una buena

---

<sup>115</sup>Naciones Unidas. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. 20° período de sesiones. 1999. A/54/38/Rev.1.

salud. Entre esos instrumentos cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

5– El Comité se remite asimismo a sus anteriores recomendaciones generales sobre la circuncisión femenina, el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), las mujeres discapacitadas, la violencia y la igualdad en las relaciones familiares; todas ellas se refieren a cuestiones que representan condiciones indispensables para la plena aplicación del artículo 12 de la Convención.

6– Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental.

7– El Comité toma nota de que la plena realización del derecho de la mujer a la salud puede lograrse únicamente cuando los Estados Partes cumplen con su obligación de respetar, proteger y promover el derecho humano fundamental de la mujer al bienestar nutricional durante todo su ciclo vital mediante la ingestión de alimentos aptos para el consumo, nutritivos y adaptados a las condiciones locales. Para este fin, los Estados Partes deben tomar medidas para facilitar el acceso físico y económico a los recursos productivos, en especial en el caso de las mujeres de las regiones rurales, y garantizar de otra manera que se satisfagan las necesidades nutricionales especiales de todas las mujeres bajo su jurisdicción.

## Artículo 12

8– El artículo 12 dice lo siguiente:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

Se alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente Recomendación general, el término “mujer” abarca asimismo a la niña y a la adolescente.

En la presente Recomendación general se expone el análisis efectuado por el Comité de los elementos fundamentales del artículo 12.

## Elementos fundamentales

### Artículo 12, párrafo 1

9– Los Estados Partes son los que están en mejores condiciones de informar sobre las cuestiones de importancia crítica en materia de salud que afectan a las mujeres de cada país. Por lo tanto, a fin de que el Comité pueda evaluar si las medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica son apropiadas, los Estados Partes deben basar su legislación y sus planes y políticas en materia de salud de la mujer en datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro la salud y la nutrición de la mujer, así como la disponibilidad y eficacia en función del costo de las medidas preventivas y curativas. Los informes que se presentan al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer en el país y tienen en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o a nivel de la comunidad, o las prácticas basadas en la religión, la tradición o la cultura.

10– Se alienta a los Estados Partes a que incluyan en los informes información sobre enfermedades o condiciones peligrosas para la salud que afectan a la mujer o a algunos grupos de mujeres de forma diferente que al hombre y sobre las posibles intervenciones a ese respecto.

11– Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.

12– Los Estados Partes deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:

a. Factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual;

b. Factores socioeconómicos que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y

el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad;

c. Entre los factores psicosociales que son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia;

d. La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.

13— El deber de los Estados Partes de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. También deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo 12.

14— La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada\* o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones.

15— La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:

a. La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados;

b. La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;

c. Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes;

d. La promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíben la mutilación genital de la mujer y el matrimonio precoz.

16– Los Estados Partes deben velar por que las mujeres en circunstancias especialmente difíciles, como las que se encuentren en situaciones de conflicto armado y las refugiadas, reciban suficiente protección y servicios de salud, incluidos el tratamiento de los traumas y la orientación pertinente.

17– El deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica. Los estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer. El Comité pide a los Estados Partes que informen sobre las medidas que han adoptado para abordar en toda su magnitud el problema de la mala salud de la mujer, particularmente cuando dimana de enfermedades que pueden prevenirse, como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Preocupa al Comité el hecho de que cada vez se da más el caso de que los Estados renuncian a cumplir esas obligaciones, ya que transfieren a organismos privados funciones estatales en materia de salud. Los Estados Partes no pueden eximirse de su responsabilidad en esos ámbitos mediante una delegación o transferencia de esas facultades a organismos del sector privado. Por ello, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que hayan adoptado para organizar su administración y todas las estructuras de las que se sirven los poderes públicos para promover y proteger la salud de la mujer, así como sobre las medidas positivas que hayan adoptado para poner coto a las violaciones cometidas por terceros de los derechos de la mujer y sobre las medidas que hayan adoptado para asegurar la prestación de esos servicios.

18– Las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Las adolescentes y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso

suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual. Como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo. Prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Las mujeres que trabajan en la prostitución también son especialmente vulnerables a estas enfermedades. Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata, aun si no residen legalmente en el país. En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.

19– En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué criterios utilizan para determinar si la mujer tiene acceso a la atención médica, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, lo que permitirá determinar en qué medida cumplen con lo dispuesto en el artículo 12. Al utilizar esos criterios, los Estados Partes deben tener presente lo dispuesto en el artículo 1 de la Convención. Por ello, los informes deben incluir observaciones sobre las repercusiones que tengan para la mujer, por comparación con el hombre, las políticas, los procedimientos, las leyes y los protocolos en materia de atención médica.

20– Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles.

21– Los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios. Esos obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.

22– Además, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Los Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa.

23– En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia<sup>93</sup>.

24– El Comité está preocupado por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no sólo porque las mujeres a menudo viven más que los hombres y son más proclives que los hombres a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis y la demencia, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges ancianos. Por consiguiente, los Estados Partes deberían adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las minusvalías y discapacidades que trae consigo el envejecimiento.

25– Con frecuencia, las mujeres con discapacidad de todas las edades tienen dificultades para tener acceso físico a los servicios de salud. Las mujeres con deficiencias mentales son especialmente vulnerables, y en general se conoce poco la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales. Los Estados Partes deberían adoptar las medidas apropiadas para garantizar que los servicios de salud atiendan las necesidades de las mujeres con discapacidades y respeten su dignidad y sus derechos humanos.

#### Artículo 12, párrafo 2

26– En sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo debe indicarse en qué proporción han disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.

27– En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

#### Otros artículos pertinentes de la Convención

28– Se insta a los Estados Partes a que, cuando informen sobre las medidas adoptadas en cumplimiento del artículo 12, reconozcan su vinculación con otros artículos de la Convención relativos a la salud de la mujer. Entre esos otros artículos figuran el apartado b) del artículo 5, que exige que los Estados Partes garanticen que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social; el artículo 10, en el que se exige que los Estados Partes aseguren las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación, los cuales permitirán que la mujer tenga un acceso más fácil a la atención médica, reduzcan la tasa de abandono femenino de los estudios, que frecuentemente obedece a embarazos prematuros; el apartado h) del párrafo 10, que exige que los Estados Partes faciliten a mujeres y niñas acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia; el artículo 11, que se ocupa en parte de la protección de la salud y la seguridad de la mujer en las condiciones de trabajo, lo que incluye la salvaguardia de la función de reproducción, la protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajo que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella y la implantación de la licencia de maternidad; el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14, que exige que los Estados Partes aseguren a la mujer de las zonas rurales el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; y el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14, que obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizar condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones, sectores todos ellos primordiales para prevenir las enfermedades y fomentar una buena atención médica; y el apartado e) del párrafo 1 del artículo 16, que exige que los Estados Partes aseguren que la mujer tenga los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos. Además, en el párrafo 2 del artículo 16 se prohíben los esponsales y el matrimonio de niños, lo que tiene importancia para impedir el daño físico y emocional que causan a la mujer los partos a edad temprana.

#### Recomendaciones para la adopción de medidas por parte de los gobiernos

29– Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica.

30– Los Estados Partes deberían asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud.

31– Los Estados Partes también deberían, en particular:



- a. Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer;
- b. Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA);
- c. Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos;
- d. Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención;
- e. Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;
- f. Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

## I

### Introducción

1— La Convención sobre los Derechos del Niño define al niño como “todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1). En consecuencia, los adolescentes de hasta 18 años de edad son titulares de todos los derechos consagrados en la Convención; tienen derecho a medidas especiales de protección y, en consonancia con la evolución de sus facultades, pueden ejercer progresivamente sus derechos (art. 5).

2— La adolescencia es un período caracterizado por rápidos cambios físicos, cognoscitivos y sociales, incluida la madurez sexual y reproductiva; la adquisición gradual de la capacidad para asumir comportamientos y funciones de adultos, que implican nuevas obligaciones y exigen nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Aunque en general los adolescentes constituyen un grupo de población sano, la adolescencia plantea también nuevos retos a la salud y al desarrollo debido a su relativa vulnerabilidad y a la presión ejercida por la sociedad, incluso por los propios adolescentes para adoptar comportamientos arriesgados para la salud. Entre éstos figura la adquisición de una identidad personal y la gestión de su propia sexualidad. El período de transición dinámica a la edad adulta es también generalmente un período de cambios positivos inspirados por la importante capacidad de los adolescentes para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, desarrollar y utilizar el pensamiento crítico y familiarizarse con la libertad, ser creativos y socializar.

3— El Comité de los Derechos del Niño observa con inquietud que los Estados Partes no han prestado suficiente atención, en cumplimiento de las obligaciones que les impone la Convención, a las preocupaciones específicas de los adolescentes como titulares de derechos ni a la promoción de su salud y desarrollo. Esta ha sido la causa de que el Comité adopte la siguiente observación general para sensibilizar a los Estados Partes y facilitarles orientación y apoyo en sus esfuerzos para garantizar el respeto, protección y cumplimiento de los derechos de los adolescentes, incluso mediante la formulación de estrategias y políticas específicas.

4— El Comité entiende que las ideas de “salud y desarrollo” tienen un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las disposiciones contenidas en los artículos 6 (Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo) y 24 (Derecho a la salud) de la Convención. Uno de los principales objetivos de esta observación general es precisamente determinar los principales derechos humanos que han de fomentarse y protegerse para garantizar a los adolescentes el disfrute del más alto nivel posible de salud, el desarrollo de forma

---

<sup>116</sup>Naciones Unidas. Comité de los Derechos del Niño. 33° período de sesiones. 19 de mayo a 6 de junio de 2003. CRC/GC/2003/4

equilibrada y una preparación adecuada para entrar en la edad adulta y asumir un papel constructivo en sus comunidades y sociedades en general. Esta observación general deberá ser compatible con la Convención y con sus dos Protocolos Facultativos sobre los derechos del niño, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, y sobre la participación de niños en los conflictos armados, así como con otras normas y reglas internacionales pertinentes sobre derechos humanos. Entre ellos figuran el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

## II

### Principios fundamentales y otras obligaciones de los estados partes

5— Como reconoció la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en 1993 y repetidamente ha reafirmado el Comité, los derechos del niño son también indivisibles e interdependientes. Además de los artículos 6 y 24, otras disposiciones y principios de la Convención son cruciales para garantizar a los adolescentes el pleno disfrute de sus derechos a la salud y el desarrollo.

#### El derecho a la no discriminación

6— Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar a todos los seres humanos de menos de 18 años el disfrute de todos los derechos enunciados en la Convención, sin distinción alguna (art. 2), independientemente de “la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión pública o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño”. Deben añadirse también la orientación sexual y el estado salud del niño (con inclusión del VIH/SIDA y la salud mental). Los adolescentes que son objeto de discriminación son más vulnerables a los abusos, a otros tipos de violencia y explotación y su salud y desarrollo corren grandes peligros. Por ello tienen derecho a atención y protección especiales de todos los segmentos de la sociedad.

#### Orientación adecuada en el ejercicio de los derechos

7— La Convención reconoce las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres (o de cualquier otra persona encargada legalmente del niño) “de impartirle, en consonancia y con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención” (art. 5). El Comité cree que los padres o cualesquiera otras personas legalmente responsables del niño están obligadas a cumplir cuidadosamente con sus derechos y obligaciones de proporcionar dirección y orientación al niño en el ejercicio por estos últimos de sus derechos. Tienen la obligación de tener en cuenta las opiniones de los adolescentes, de acuerdo con su edad y madurez y proporcionarles un entorno seguro y propicio en el que el adolescente pueda

desarrollarse. Los adolescentes necesitan que los miembros de su entorno familiar les reconozcan como titulares activos de derecho que tienen capacidad para convertirse en ciudadanos responsables y de pleno derecho cuando se les facilita la orientación y dirección adecuadas.

#### Respeto a las opiniones del niño

8— También es fundamental en la realización de los derechos del niño a la salud y el desarrollo, el derecho a expresar su opinión libremente y a que se tengan debidamente en cuenta sus opiniones (art. 12). Los Estados Partes necesitan tener la seguridad de que se da a los adolescentes una posibilidad genuina de expresar sus opiniones libremente en todos los asuntos que le afectan, especialmente en el seno de la familia, en la escuela y en sus respectivas comunidades. Para que los adolescentes puedan ejercer debidamente y con seguridad este derecho las autoridades públicas, los padres y cualesquiera otros adultos que trabajen con los niños o en favor de éstos necesitan crear un entorno basado en la confianza, la compartición de información, la capacidad de escuchar toda opinión razonable que lleve a participar a los adolescentes en condiciones de igualdad, inclusive la adopción de decisiones.

#### Medidas y procedimientos legales y judiciales

9— El artículo 4 de la Convención establece que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos” en ella. En el contexto de los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, los Estados Partes tienen necesidad de asegurar que ciertas disposiciones jurídicas específicas estén garantizadas en derecho interno, entre ellas las relativas al establecimiento de la edad mínima para el consentimiento sexual, el matrimonio y la posibilidad de tratamiento médico sin consentimiento de los padres. Estas edades mínimas deben ser las mismas para los niños y las niñas (artículo 2 de la Convención) y reflejar fielmente el reconocimiento de la condición de seres humanos a los menores de 18 años de edad en cuanto titulares de derecho en consonancia con la evolución de sus facultades y en función de la edad y la madurez del niño (arts. 5 y 12 a 17). Además, los adolescentes necesitan tener fácil acceso a los procedimientos de quejas individuales así como a los mecanismos de reparación judicial y no judicial adecuados que garanticen un proceso justo con las debidas garantías, prestando especialmente atención al derecho a la intimidad (art. 16).

#### Derechos civiles y libertades

10— La Convención define en los artículos 13 a 17 los derechos civiles y las libertades de los niños y adolescentes, que son esenciales para garantizar el derecho a la salud y el desarrollo de los adolescentes. El artículo 17 establece que el niño “tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental”. El derecho de los adolescentes a tener acceso a información adecuada es fundamental si los Estados Partes han de promover medidas económicamente racionales, incluso a través de leyes, políticas y programas, con respecto a numerosas situaciones relacionadas con la salud, como las incluidas en los artículos 24 y 33

relativas a la planificación familiar, la prevención de accidentes, la protección contra prácticas tradicionales peligrosas, con inclusión de los matrimonios precoces, la mutilación genital de la mujer, y el abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias perjudiciales.

11– Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial.

Protección contra toda forma de abuso, descuido, violencia y explotación Véanse también los informes del Comité sobre los días de debate temático relativo a la violencia contra los niños, celebrados en 2000 y 2001 y las recomendaciones adoptadas al respecto (véase CRC/C/100, cap. V y CRC/C/111, cap.V).

12– Los Estados Partes han de adoptar medidas eficaces para proteger a los adolescentes contra toda forma de violencia, abuso, descuido y explotación (arts. 19, 32 a 36 y 38), dedicando especial atención a las formas específicas de abuso, descuido, violencia y explotación que afectan a este grupo de edad. Deben adoptar concretamente medidas especiales para proteger la integridad física, sexual y mental de los adolescentes impedidos, que son especialmente vulnerables a los abusos y los descuidos. Deben asimismo asegurar que no se considere delincuentes a los adolescentes afectados por la pobreza que estén socialmente marginados. Para ello es necesario asignar recursos financieros y humanos para promover la realización de estudios que informen sobre la adopción de leyes, políticas y programas eficaces a nivel local y nacional. Debería procederse periódicamente a un examen de las políticas y estrategias y a su consecuente revisión. Al adoptar estas medidas los Estados Partes han de tener en cuenta la evolución de las facultades de los adolescentes y hacer que participen de forma adecuada en la elaboración de medidas, como son los programas destinados a su protección. En este contexto el Comité hace hincapié en las consecuencias positivas que puede tener la educación inter pares y la positiva influencia de los modelos adecuados de comportamiento, especialmente los modelos tomados del mundo de las artes, los espectáculos y los deportes.

#### Recopilación de datos

13– Es necesaria la recopilación sistemática de datos para que los Estados Partes puedan supervisar la salud y el desarrollo de los adolescentes. Los Estados Partes deberían adoptar un mecanismo de recopilación de datos que permitiera desglosarlos por sexo, edad, origen y condición socioeconómica para poder seguir la situación de los distintos grupos. También se deberían recoger datos y estudiar la situación de grupos específicos como son las minorías étnicas y/o indígenas, los adolescentes migrantes o refugiados, los adolescentes impedidos, los adolescentes trabajadores, etc. Siempre que fuera conveniente, los

adolescentes deberían participar en un análisis para entender y utilizar la información de forma que tenga en cuenta la sensibilidad de los adolescentes.

### III

#### Creación de un entorno sano y propicio

14– La salud y el desarrollo de los adolescentes están fuertemente condicionados por el entorno en que viven. La creación de un entorno seguro y propicio supone abordar las actitudes y actividades tanto del entorno inmediato de los adolescentes –la familia, los otros adolescentes, las escuelas y los servicios– como del entorno más amplio formado por, entre otros elementos, la comunidad, los dirigentes religiosos, los medios de comunicación y las políticas y leyes nacionales y locales. La promoción y aplicación de las disposiciones, especialmente de los artículos 2 a 6, 12 a 17, 24, 28, 29 y 31, son claves para garantizar el derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo. Los Estados Partes deben adoptar medidas para sensibilizar sobre este particular, estimular y/o establecer medidas a través de la formulación de políticas o la adopción de normas legales y la aplicación de programas específicamente destinados a los adolescentes.

15– El Comité subraya la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crece en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio.

16– El Comité pide a los Estados Partes que elaboren y apliquen de forma compatible con la evolución de las facultades de los adolescentes, normas legislativas, políticas y programas para promover la salud y el desarrollo de los adolescentes: a) facilitando a los padres (o tutores legales) asistencia adecuada a través de la creación de instituciones, establecimientos y servicios que presten el debido apoyo al bienestar de los adolescentes e incluso cuando sea necesario proporcionen asistencia material y programas de apoyo con respecto a la nutrición, el desarrollo y la vivienda (art. 27 3); b) proporcionando información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes (art. 27 3); c) proporcionando a las madres y padres de los adolescentes apoyo y orientación para conseguir el bienestar tanto propio como de sus hijos (art. 24 f), 27 (2-3); d) facilitando el respeto de los valores y normas de las minorías étnicas y de otra índole, especial atención, orientación y apoyo a los adolescentes y a los padres (o los tutores legales), cuyas tradiciones y normas difieran de las de la sociedad en la que viven; y e) asegurando que las intervenciones en la familia para proteger al adolescente y, cuando sea necesario, apartarlo de la familia, como por ejemplo en caso de abusos o descuidos, se haga de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables. Deberían revisarse esas leyes de procedimientos para asegurar que están de acuerdo con los principios de la Convención.

17– La escuela desempeña una importante función en la vida de muchos adolescentes, por ser el lugar de enseñanza, desarrollo y socialización. El apartado 1 del artículo 29 establece que la educación del niño deberá estar encaminada a “desarrollar la personalidad, las actitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades”. Además, en la Observación general N° 1 sobre los propósitos de la educación se afirma que la educación también debe tener por objeto velar “por que ningún niño termine su escolaridad sin contar con los elementos básicos que le permitan hacer frente a las dificultades con las que previsiblemente topará en su camino”. Los conocimientos básicos deben incluir...”la capacidad de adoptar decisiones ponderadas; resolver conflictos de forma no violenta; llevar una vida sana [y] tener relaciones sociales satisfactorias...”. Habida cuenta de la importancia de una educación adecuada en la salud y el desarrollo actual y futuro de los adolescentes, así como en la de sus hijos, el Comité insta a los Estados Partes de conformidad con los artículos 28 y 29 de la Convención a: a) garantizar una enseñanza primaria de calidad que sea obligatoria y gratuita para todos y una educación secundaria y superior que sea accesible a todos los adolescentes; b) proporcionar escuelas e instalaciones recreativas que funcionen debidamente y no supongan un peligro para la salud de los estudiantes, como por ejemplo la instalación de agua y de servicios sanitarios y el acceso en condiciones de seguridad a la escuela; c) adoptar las medidas necesarias para prevenir y prohibir toda forma de violencia y abuso, incluidos los abusos sexuales, el castigo corporal y otros tratos o penas inhumanos, degradantes o humillantes en las escuelas por el personal docente o entre los estudiantes; d) iniciar y prestar apoyo a las medidas, actitudes y actividades que fomenten un comportamiento sano mediante la inclusión de los temas pertinentes en los programas escolares.

18– Durante la adolescencia, un número cada vez mayor de jóvenes abandonan la escuela y empiezan a trabajar para ayudar a sus familias o para obtener un salario en el sector estructurado o no estructurado. La participación en actividades laborales de conformidad con las normas internacionales puede ser beneficioso para el desarrollo de los adolescentes en la medida que no ponga en peligro el disfrute de ninguno de los otros derechos de los adolescentes, como son la salud y la educación. El Comité insta a los Estados Partes a adoptar todas las medidas para abolir todas las formas de trabajo infantil, comenzando por las formas más graves, a proceder al examen continuo de los reglamentos nacionales sobre edades mínimas de empleo al objeto de hacerlas compatibles con las normas internacionales, y a regular el entorno laboral y las condiciones de trabajo de los adolescentes (de conformidad con el artículo 32 de la Convención así como las Convenciones Nos. 138 y 182 de la OIT), al objeto de garantizar su plena protección y el acceso a mecanismos legales de reparación.

19– El Comité subraya asimismo que de conformidad con el párrafo 3 del artículo 23 de la Convención deben tenerse en cuenta los derechos especiales de los adolescentes impedidos y facilitar asistencia para que los niños/adolescentes impedidos tengan acceso efectivo a una enseñanza de buena calidad. Los Estados deben reconocer el principio de igualdad de oportunidades en materia de enseñanza primaria, secundaria y terciaria para los niños/adolescentes impedidos, siempre que sea posible en escuelas normales.

20– Preocupa al Comité que los matrimonios y embarazos precoces constituyan un importante factor en los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y

reproductiva, con inclusión del VIH/SIDA. En varios Estados Partes siguen siendo todavía muy bajas tanto la edad mínima legal para el matrimonio como la edad efectiva de celebración del matrimonio, especialmente en el caso de las niñas. Estas preocupaciones no siempre están relacionadas con la salud, ya que los niños que contraen matrimonio, especialmente las niñas se ven frecuentemente obligadas a abandonar la enseñanza y quedan al margen de las actividades sociales. Además, en algunos Estados Partes los niños casados se consideran legalmente adultos aunque tengan menos de 18 años, privándoles de todas las medidas especiales de protección a que tienen derecho en virtud de la Convención. El Comité recomienda firmemente que los Estados Partes examinen y, cuando sea necesario, reformen sus leyes y prácticas para aumentar la edad mínima para el matrimonio, con o sin acuerdo de los padres, a los 18 años tanto para las chicas como para los chicos. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha hecho una recomendación similar (Observación general N° 21 de 1994).

21– En muchos países las lesiones causadas por accidentes o debidas a la violencia son una de las principales causas de muerte o de discapacidad permanente de los adolescentes. A este respecto preocupa al Comité las lesiones y las muertes producidas por accidentes de tráfico por carretera que afecta a los adolescentes en forma desproporcionada. Los Estados Partes deben adoptar y aplicar leyes y programas para mejorar la seguridad viaria, como son la enseñanza y el examen de conducción a los adolescentes así como la adopción o el fortalecimiento de las normas legales conocidas por ser de gran eficacia, como la obligación de tener un permiso válido de conducir, llevar cinturones de seguridad y cascos y el establecimiento de zonas peatonales.

22– El Comité se muestra asimismo muy preocupado por la elevada tasa de suicidios entre este grupo de edad. Los desequilibrios mentales y las enfermedades psicosociales son relativamente comunes entre los adolescentes. En muchos países están aumentando síntomas tales como la depresión, los desarreglos en la comida y los comportamientos autodestructivos que algunas veces llevan a producirse a sí mismos lesiones y al suicidio. Es posible que estén relacionados con, entre otras causas, la violencia, los malos tratos, los abusos y los descuidos, con inclusión de los abusos sexuales, las expectativas disparatadamente elevadas y/o la intimidación y las novatadas dentro y fuera de la escuela. Los Estados Partes deberían proporcionar a estos adolescentes todos los servicios necesarios.

23– La violencia es el resultado de una compleja interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y societarios. Están especialmente expuestos tanto a la violencia institucional como interpersonal los adolescentes vulnerables, como son los que carecen de hogar o viven en establecimientos públicos, pertenecen a pandillas o han sido reclutados como niños soldados. En virtud del artículo 19 de la Convención, los Estados Partes deben adoptar todas las medidas adecuadas *Ibíd.* para impedir y eliminar: a) la violencia institucional contra los adolescentes incluida la ejercida a través de medidas legislativas y administrativas en relación con establecimientos públicos y privados para adolescentes (escuelas, establecimientos para adolescentes discapacitados, reformatorios, etc.) y la formación y supervisión de personal encargado de niños ingresados en establecimientos especializados o que están en contacto con niños en razón de su trabajo, con inclusión de la policía; y b) la violencia interpersonal entre adolescentes, incluido el apoyo a una



educación adecuada de los padres y a las oportunidades de desarrollo social y docente en la infancia, la promoción de normas y valores culturales no violentos (como se prevé en el artículo 29 de la Convención), la estricta fiscalización de las armas de fuego y la limitación del acceso al alcohol y las drogas.

24— A la luz de los artículos 3, 6, 12, 19 y el párrafo 3 del artículo 24 de las observaciones los Estados Partes están obligados a adoptar todas las medidas eficaces para eliminar cuantos actos y actividades amenacen al derecho a la vida de los adolescentes, incluidas las muertes por cuestiones de honor. El Comité insta vivamente a los Estados Partes a que elaboren y realicen campañas de sensibilización, programas de educación y leyes encaminadas a cambiar las actitudes predominantes y a abordar las funciones y los estereotipos en relación con el género que inspiran las prácticas tradicionales perjudiciales. Además, los Estados Partes deben facilitar el establecimiento de información multidisciplinaria y prestar asesoramiento a los centros respecto a los aspectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales, como son los matrimonios precoces y la mutilación genital de la mujer.

25— El Comité se muestra preocupado por la influencia ejercida en los comportamientos de salud de los adolescentes por la comercialización de productos y estilos de vida malsanos. De acuerdo con el artículo 17 de la Convención, se insta a los Estados Partes a proteger a los adolescentes contra la información que sea dañosa a su salud y desarrollo recalcando su derecho a información y material de distintas fuentes nacionales e internacionales. Se insta en consecuencia a los Estados Partes a reglamentar o prohibir la información y la comercialización relativa a sustancias como el alcohol y el tabaco, especialmente cuando están dirigidas a niños y adolescentes. Como se propone en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (2003) de la Organización Mundial de la Salud.

#### IV

##### Información, desarrollo de aptitudes, asesoramiento y servicios de salud

26— Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad. Es obligación de los Estados Partes asegurar que se proporciona, y no se les niega, a todas las chicas y chicos adolescentes, tanto dentro como fuera de la escuela, formación precisa y adecuada sobre la forma de proteger su salud y desarrollo y de observar un comportamiento sano. Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas.

27— Al objeto de actuar adecuadamente sobre la base de la información, los adolescentes necesitan desarrollar las aptitudes necesarias, con inclusión de las dedicadas a su propio cuidado como son la forma de planificar y preparar comidas nutricionalmente equilibradas y de adoptar hábitos higiénicos y personales adecuados, así como las aptitudes para hacer frente a situaciones sociales especiales tales como la comunicación interpersonal, la adopción de decisiones, la lucha contra las tensiones y los conflictos. Los Estados Partes

deberían estimular y prestar apoyo a toda oportunidad de desarrollar estas aptitudes mediante, entre otros procedimientos, la educación escolar y no escolar, los programas de capacitación de las organizaciones juveniles y los medios de comunicación.

28– A la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores. Es fundamental encontrar los medios y métodos adecuados de facilitar información apropiada que tenga en cuenta las particularidades y los derechos específicos de las chicas y chicos adolescentes. Para ello se alienta a los Estados Partes a que consigan la participación activa de los adolescentes en la preparación y difusión de información a través de una diversidad de canales fuera de la escuela, con inclusión de las organizaciones juveniles, los grupos religiosos, comunitarios y de otra índole y los medios de comunicación.

29– En el artículo 24 de la Convención, se pide a los Estados Partes que proporcionen tratamiento y rehabilitación adecuados a los adolescentes con perturbaciones mentales para que la comunidad conozca los primeros indicios y síntomas y la gravedad de estas enfermedades y sea posible proteger a los adolescentes de indebidas presiones, como la tensión psicosocial. Se insta asimismo a los Estados Partes a luchar contra la discriminación y el estigma que acompañan a las perturbaciones mentales de acuerdo con sus obligaciones en el marco del artículo 2. Los adolescentes con perturbaciones mentales tienen derecho a tratamiento y atención, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven. Cuando sea necesaria la hospitalización o el internamiento en un establecimiento psiquiátrico, la decisión debe ser adoptada de conformidad con el principio del interés superior del niño. En caso de ingreso en un hospital o asilo, debe concederse al paciente el máximo posible de oportunidades para disfrutar de todos sus derechos que le son reconocidos en la Convención, entre ellos los derechos a la educación y a tener acceso a actividades recreativas. Para mayor orientación sobre este tema, véanse los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (resolución de la Asamblea General 46/119, de 17 de diciembre de 1991, anexo).. Siempre que se considere adecuado, los adolescentes deben estar separados de los adultos. Los Estados Partes tienen que asegurar que los adolescentes tienen acceso a un representante personal que no sea un miembro de su familia, para que represente sus intereses siempre que sea necesario y adecuado. *Ibíd.*, en especial los principios 2, 3 y 7.. De conformidad con el artículo 25 de la Convención, los Estados Partes deben efectuar un examen periódico del tratamiento que se da a los adolescentes en los hospitales o establecimientos psiquiátricos.

30– Los adolescentes, ya sean niñas o niños, corren el peligro de sufrir el contagio y las consiguientes consecuencias de ETS, como es por ejemplo el VIH/SIDA. Para más orientaciones sobre esta cuestión, véase la Observación general N° 3 (2003) sobre VIH/SIDA y los derechos del niño.. Los Estados deberían garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas

infecciones, incluido el VIH/SIDA. Con este fin, se insta a los Estados Partes a: a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes; b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y c) adoptar medidas para eliminar todos los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones.

31– Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación.

32– Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y que esas opiniones sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará al mismo tiempo a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (art. 3).

33– Por lo que respecta a la intimidad y a la confidencialidad y a la cuestión conexas del consentimiento fundamentado al tratamiento, los Estados Partes deben: a) promulgar leyes o dictar reglamentos para que se proporcione a los adolescentes asesoramiento confidencial sobre el tratamiento, al objeto de que puedan prestar el consentimiento con conocimiento de causa. En dichas leyes o reglamentos deberá figurar la edad requerida para ello o hacer referencia a la evolución de las facultades del niño; y b) proporcionar capacitación al personal de salud sobre los derechos de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad y a ser informados sobre el tratamiento previsto y a prestar su consentimiento fundamentado al tratamiento.

## V

### Vulnerabilidad y riesgos

34– Para garantizar el respeto de los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo deben tenerse en cuenta tanto los comportamientos individuales como los factores ambientales que aumentan los riesgos y su vulnerabilidad. Los factores ambientales como los conflictos armados o la exclusión social aumentan la vulnerabilidad de los adolescentes a los abusos, a otras formas de violencia y a la explotación, limitando de esa forma gravemente la capacidad de los adolescentes para elegir comportamientos individuales sanos. Por ejemplo, la decisión de tener relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo del adolescente a una mala salud.

35– De conformidad con el artículo 23 de la Convención, los adolescentes que estén mental o físicamente impedidos tienen igualmente derecho al más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados Partes tienen la obligación de proporcionar a los adolescentes impedidos los medios necesarios para el ejercicio de sus derechos Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, de las Naciones Unidas.. Los Estados Partes deben: a) proporcionar instalaciones, bienes y servicios sanitarios que sean accesibles a todos los adolescentes con discapacidades y conseguir que esas instalaciones y servicios promuevan su autoconfianza y su participación activa en la comunidad; b) asegurar la disponibilidad del necesario apoyo en forma de equipo y personal para permitirle que puedan desplazarse, participar y comunicar; c) prestar específica atención a las necesidades especiales relativas a la sexualidad de los adolescentes impedidos; y d) eliminar los obstáculos que impiden a los adolescentes con discapacidades el ejercicio de sus derechos.

36– Los Estados Partes han de dispensar especial protección a los adolescentes sin hogar incluso a los que trabajan en el sector no estructurado. Los adolescentes sin hogar son especialmente vulnerables a la violencia, los abusos y la explotación sexual de los demás, a los comportamientos de autodestrucción, al consumo indebido de sustancias tóxicas y a las perturbaciones mentales. Pide a este respecto a los Estados Partes que: a) elaboren políticas y promulguen y hagan cumplir leyes que protejan a esos adolescentes contra la violencia, por ejemplo, por medio de los funcionarios encargados de aplicar la ley; b) que elaboren estrategias para proporcionar una educación adecuada y el acceso a la atención de salud, así como oportunidades para el desarrollo de su destreza para ganarse la vida.

37– Los adolescentes que están explotados sexualmente, por ejemplo, mediante la prostitución y la pornografía, se encuentran expuestos a importantes riesgos de salud como son las ETS, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, la violencia y los agotamientos psicológicos. Tienen derecho a la recuperación física y psicológica y a la reinserción social en un entorno que fomente su salud, el respeto de sí mismo y su dignidad (art. 39). Es obligación de los Estados Partes promulgar y hacer cumplir leyes que prohíban toda forma de explotación sexual y del tráfico con ella relacionado; y colaborar con otros Estados Partes para eliminar el tráfico entre países; y proporcionar servicios adecuados de salud y asesoramiento a los adolescentes que han sido sexualmente explotados, asegurando que se les trata como víctimas y no como delincuentes.

38– Además, pueden ser especialmente vulnerables los adolescentes que padecen pobreza, son víctimas de los conflictos armados, de cualquier forma de injusticia, crisis

familiar, inestabilidad política, social y económica y de toda clase de migraciones. Esas situaciones pueden constituir un grave obstáculo a su salud y desarrollo. Mediante fuertes inversiones en políticas y medidas preventivas, los Estados Partes pueden reducir profundamente los niveles de vulnerabilidad y los factores de riesgo, y proporciona también medios poco costosos a la sociedad para que ayude a los adolescentes a conseguir un desarrollo armónico en una sociedad libre.

## VI

### Naturaleza de las obligaciones de los estados

39– En el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la salud y el desarrollo de los adolescentes, los Estados Partes tendrán siempre plenamente en cuenta los cuatro principios de la Convención. Es opinión del Comité que los Estados Partes tienen que tomar todo tipo de medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención. Con este fin, los Estados Partes deben cumplir en especial las siguientes obligaciones:

- a. Crear un entorno seguro y propicio para los adolescentes, incluso en el seno de la familia, en las escuelas, y en todo tipo de establecimientos en los que vivan, en el lugar del trabajo y/o en la sociedad en general;
- b. Garantizar el acceso de los adolescentes a la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud (en especial mediante un consentimiento fundamentado y el derecho a la confidencialidad), la adquisición de experiencia, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados;
- c. Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de cualidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes;
- d. Garantizar que todas las niñas y niños adolescentes tienen la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo;
- e. Proteger a los adolescentes contra toda forma de trabajo que pueda poner en peligro el ejercicio de sus derechos, especialmente prohibiendo toda forma de trabajo infantil y reglamentando el entorno laboral y las condiciones de trabajo de conformidad con las normas internacionales;
- f. Proteger a los adolescentes contra toda forma de lesiones deliberadas o no, con inclusión de las producidas por la violencia y los accidentes del tráfico por carretera;

g. Proteger a los adolescentes contra las prácticas tradicionales perjudiciales, como son los matrimonios precoces, las muertes por cuestiones de honor y la mutilación genital femenina;

h. Asegurar que se tienen plenamente en cuenta a los adolescentes pertenecientes a grupos especialmente vulnerables en el cumplimiento de todas las obligaciones antes mencionadas;

i. Aplicar medidas para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de la salud mental en los adolescentes.

40– Señala a la atención de los Estados Partes la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en la que se dice que “los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.

41– De conformidad con los artículos 24, 39 y otras disposiciones conexas de la Convención, los Estados Partes deben proporcionar servicios de salud que estén adecuados a las especiales necesidades y derechos humanos de todos los adolescentes, prestando atención a las siguientes características:

a. Disponibilidad. La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental.

b. Accesibilidad. Deben conocerse las instalaciones, bienes y servicios de salud y ser de fácil acceso (económica, física y socialmente) a todos los adolescentes sin distinción alguna. Debe garantizarse la confidencialidad cuando sea necesaria.

c. Aceptabilidad. Además de respetar plenamente las disposiciones y principios de la Convención, todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben respetar los valores culturales, las diferencias entre los géneros, la ética médica y ser aceptables tanto para los adolescentes como para las comunidades en que viven.

d. Calidad. Los servicios y los bienes de salud deben ser científica y médicamente adecuados para lo cual es necesario personal capacitado para cuidar de los adolescentes, instalaciones adecuadas y métodos científicamente aceptados.

42– Los Estados Partes deben adoptar, siempre que sean factibles, un enfoque multisectorial para promover y proteger la salud y el desarrollo de los adolescentes, facilitando las vinculaciones y las asociaciones efectivas y sostenibles entre todos los actores importantes. A nivel nacional, el enfoque impone una colaboración y una coordinación estrechas y sistemáticas dentro del gobierno, así como la necesaria

participación de todas las entidades gubernamentales pertinentes. Deben alentarse asimismo los servicios públicos de salud y de otro tipo utilizados por los adolescentes y ayudarles en la búsqueda de colaborar, por ejemplo, con los profesionales privados y/o tradicionales, las asociaciones profesionales, las farmacias y las organizaciones que proporcionen servicios a los grupos de adolescentes vulnerables.

43– Ningún enfoque multisectorial a la promoción y protección de la salud y el desarrollo de los adolescentes será efectivo sin cooperación internacional. Por consiguiente, los Estados Partes deben buscar, cuando lo consideren adecuado, la cooperación con los organismos especializados, los programas y órganos de las Naciones Unidas, las organizaciones no gubernamentales internacionales y los organismos de ayuda bilateral, las asociaciones profesionales internacionales y otros actores no estatales.