

MSF-E



APORTACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS AL TRABAJO DE MÉDICOS SIN FRONTERAS

Xavier Seuba Hernández

El propósito de la edición electrónica de este trabajo es favorecer la difusión de estudios, artículos y ensayos sobre temas relevantes en el campo de la Acción Humanitaria.

Las obras, elaboradas por miembros de MSF-E o personas cercanas a la organización no comparten necesariamente ni reflejan la posición de MSF.

INDICE

I. DERECHO A LA SALUD	5
1. Consideraciones generales	5
2. Marco jurídico	6
3. Derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	7
3.1 Contenido normativo y obligaciones de los Estados	7
3.2 Progresividad y recursos disponibles	8
3.3 Contenido esencial	8
3.4 Conclusiones	9
II. ASPECTOS PRÁCTICOS	10
1. Introducción	10
2. Utilidad de los derechos humanos en materia de salud	10
2.1 Plano nacional	10
2.2 Plano regional	11
2.3 Ámbito universal	11
3. Oportunidades	12
III. CONCLUSIONES	15

La propuesta de señalar como el Derecho internacional de los derechos humanos puede servir a los objetivos de Médicos Sin Fronteras resulta muy estimulante. Desde las ONG's de asistencia directa y emergencia se observa con cierto recelo el entramado de tratados y pactos de derechos humanos que, con frecuencia, se consideran declaraciones de buenas intenciones poco efectivas. El objetivo propuesto es demostrar lo contrario y apuntar como los derechos humanos han servido y podrían servir todavía más a propósitos compartidos por MSF.

Este artículo hace referencia no sólo a lo que los derechos humanos pueden aportar al trabajo de MSF, sino también a la contribución que MSF puede hacer para conseguir el respecto de los derechos humanos. En verdad ambas cosas no son más que una, pero se presentan así ya que, hasta ahora y en gran medida a causa del desconocimiento y de la ausencia de una organización fuerte que aglutine ambos campos, éstos, es decir, los derechos humanos y la asistencia en emergencias humanitarias y la atención médica, se han desenvuelto por separado.

Este artículo no pretende ser formalmente correcto. Por ello se obvian las citas que sustentan lo afirmado y se busca, en el espacio disponible, la divulgación ágil del contenido del derecho a la salud - uno, pero no el único de los derechos que puede ser de utilidad - y la identificación de las consecuencias prácticas y los beneficios que puede representar el empleo adecuado de los derechos humanos por parte de MSF. Se lanzarán algunas propuestas, más o menos polémicas, que pretenden precisamente instar al debate en el seno de MSF, señalando que existen más medios que la asistencia directa para garantizar el mejor estado de salud posible a las personas.

La estructura del artículo pasa por, primero, describir el derecho a la salud, cuáles son los tratados que lo recogen y qué implica. Esta primera es la parte más teórica y descriptiva, siendo, no obstante, un mínimo para conocer el alcance del derecho a la salud y saber, cuando menos, que es aquello que en todo caso los Estados deben respetar. En segundo lugar, de un modo más práctico y metodológicamente desordenado, se apuntarán tanto ejemplos concretos de beneficio del empleo de los derechos humanos en materia de salud como los problemas y aportaciones que puede suponer el empleo del sistema de protección de los derechos humanos por parte de MSF. Se aportarán algunas ideas de acción que, en algunos casos, implican un nuevo campo para MSF pero que, en otros, quizás la mayoría, simplemente significan una incorporación al trabajo diario de MSF.

Una aclaración previa: no es necesario que MSF se ponga a litigar. Hay muchas maneras de beneficiarse de los derechos humanos y contribuir al respecto de los mismos, son posibles distintos grados de implicación y resulta totalmente factible un mínimo que permita crear sinergias entre distintos ámbitos de trabajo, bien sean médicos, farmacéuticos, de denuncia o asistencia. El único objetivo es lograr que el mandato de MSF de aportar "ayuda a la población en situación precaria, a las víctimas de catástrofes de origen natural o humano y de conflictos armados, sin discriminación de raza, sexo, religión, filosofía o política" sea satisfecho.

I. DERECHO A LA SALUD

1. Consideraciones generales

La relación entre salud y derechos humanos se manifiesta en diversos ámbitos. En primer lugar, tanto la regulación como la gestión de la salud pública pueden afectar al disfrute de los derechos humanos. Piénsese por ejemplo en un principio básico de los derechos humanos como es el de no discriminación y su respeto por parte de los Estados y sus sistemas de salud. ¿Cuántos gobiernos del mundo favorecen a una etnia sobre otras, relegan a personas por motivos de su situación administrativa o marginan a la mujer en el marco de la protección de la salud? En el mismo contexto de afectación de los derechos humanos por la gestión de la salud pública se encuentran las restricciones de derechos justificadas por la protección de la salud general. Basta recordar como la reciente epidemia de SARS afectó a derechos como la libertad de movimientos de miles de personas.

Por otro lado, también la perspectiva inversa, es decir, desde los derechos humanos a la salud, se observa como las violaciones de los derechos humanos tienen evidentes consecuencias sobre la salud. Torturas, secuestros y falta de acceso a la salud son violaciones, entre muchas otras, de los derechos humanos por cuanto afectan a la dignidad humana en aquello concerniente, como mínimo, a la salud de las víctimas. Existe por tanto un claro vínculo entre la promoción de la salud y la promoción de los derechos humanos.

Junto a estas relaciones directas, la salud, además de un derecho, es una condición para el disfrute de otros derechos. Sin salud de poco sirve hablar de la libertad de expresión o del derecho a un juicio justo. Por otro lado, una interpretación literal de “derecho a la salud” induce a confusión ya que no puede existir en tanto tal: nadie puede exigir “estar sano” puesto que la salud depende también de condicionantes -como los biológicos- fuera del alcance estatal. Así, hablar de un derecho a la salud remite a la aportación que el derecho puede hacer para que todos los hombres puedan disfrutar del mejor estado de salud del que sean capaces.

En cuanto al significado de salud y del derecho a la salud, es importante señalar que se ha producido un cambio en la visión tradicionalmente negativa de la salud, que entendía por salud la mera ausencia de enfermedad, y se ha pasado a otra, la actual, en la que la salud se concibe desde un punto de vista integral, siendo tan importante la atención médica como la prevención y atención a los condicionantes subyacentes de la salud. Aspectos todos ellos recogidos en el *derecho a la salud*. Dicho cambio empezó a gestarse en el siglo XIX cuando, por un lado, el proceso de industrialización sacó a la luz nuevas afecciones, mientras que, por otro, los avances científicos permitieron prevenir enfermedades y no solamente proporcionar atención sanitaria. Es en este contexto en el que debe ubicarse la definición de salud dada por la OMS en su Constitución de 1946, que afirma que la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. Pese a lo criticable de la grandilocuencia, debe resaltarse su importancia, ya que ha calado en los distintos tratados de protección de los derechos humanos.

Frente a otras expresiones, como por ejemplo *derecho a la protección de la salud* o *derecho a los cuidados médicos*, hablar del *derecho a la salud* se adecua mejor a la letra de los distintos tratados, por cuanto éstos no se agotan en la atención sanitaria sino que, como se verá, aluden también a la prevención y a los condicionantes subyacentes a la salud como son el agua potable, la vivienda y las condiciones de saneamiento y medioambientales.

2. Marco jurídico

A nivel internacional se distinguen dos ámbitos: uno universal, que es el de los textos adoptados en el seno de las Naciones Unidas, y otro regional, integrado por distintos sistemas regionales de protección de los derechos humanos.

En el ámbito universal, la primera referencia al derecho a la salud en el marco de las Naciones Unidas la recogió la ya aludida Constitución de la OMS en 1946. Dos años más tarde se aprueba la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que incluye el derecho a la salud dentro del concepto de un adecuado “estándar de vida”, reconociendo así la interrelación entre salud y otros derechos como el derecho a la alimentación o a la vivienda. El siguiente documento básico es el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, que afirma que “toda persona tiene derecho a disfrutar del mejor estado de salud física y mental que sea capaz de conseguir”, para lo cual los Estados se comprometen a tomar medidas con implicaciones laborales, medioambientales y de prevención, desbordando así la mera atención sanitaria.

También en el ámbito universal existen tratados que protegen a grupos especialmente vulnerables que recogen el derecho a la salud. Destacar entre éstos a la Convención de los Derechos del Niño por su previsión de un concepto amplio de derecho a la salud, inspirado en la Constitución de la OMS y que, además de prever derechos, también prohíbe aspectos concretos como las prácticas tradicionales nocivas sobre el niño. Por otro lado, el Convenio sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer obliga a tomar las medidas adecuadas para garantizar a la mujer el acceso no discriminatorio a los cuidados médicos y la adecuada atención médica en la maternidad. Finalmente, el Convenio sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial se propone garantizar el “acceso igual” a la salud pública, cuidados médicos y servicios sociales.

Siguiendo en el ámbito universal, junto a estos documentos principales, también se deben mencionar otros textos adoptados en el seno de la OMS que, no obstante tener objetivos propiamente de salud pública, emplean el lenguaje de los derechos humanos. Citar entre éstos la Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de 1978, y la Declaración de Ottawa, adoptada a raíz de la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud y que dio paso a tres conferencias más, siendo la última de ellas la de Yakarta, en la que se redactó la Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud en el Siglo XXI.

También las conferencias internacionales celebradas en la pasada década bajo los auspicios de Naciones Unidas han contribuido a clarificar los lazos entre derechos humanos y salud pública. De especial relevancia resultan el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, en Pekín, que aprobó cinco objetivos estratégicos para la mejora de la salud de la mujer.

Por último, en el marco de los procedimientos especiales de Naciones Unidas, debe celebrarse la reciente institución de un Relator especial para el derecho a la salud por parte de la Comisión de Derechos Humanos a instancias de países del sur, especialmente Brasil. Paul Hunt, nombrado por un periodo de tres años, tiene un mandato amplio y un tanto impreciso: reunir de todas las fuentes información concerniente a la salud, identificar áreas de cooperación, informar acerca del estatus del derecho a la salud en todo el mundo y hacer propuestas legislativas y de políticas públicas concernientes a la salud. En su primer informe, no obstante, ha precisado que se va a centrar en las llamadas *enfermedades olvidadas*, la salud mental, la discriminación en materia de salud y la exigibilidad del derecho a la salud.

En cuanto a los ámbitos regionales, tanto el europeo como el americano y el africano recogen el derecho a la salud. En Europa es el artículo 11 de la Carta Social Europea, mientras que en América es el artículo 10 del Protocolo de San Salvador y en África el artículo 16 de la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos. Cada uno de éstos, al igual que los textos de protección de grupos especialmente vulnerables anteriormente citados, presenta particularidades que necesitarían un examen independiente. Interesará por tanto referirse especialmente a aquel tratado que tiene más amplia aplicación, esto es, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, *PDESC*).

3. Derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El tratado de referencia en el ámbito universal es el PDESC tanto por su alcance general como por el trabajo de monitoreo y clarificación que sobre el mismo ha realizado el Comité de Derechos Económicos y Sociales (en adelante, *el Comité*).

3.1 Contenido normativo y obligaciones de los Estados

Contenido normativo

El derecho a la salud hace referencia a derechos -derecho a un sistema de protección de salud- y a libertades -por ejemplo, el control sobre el propio cuerpo-, tomando en cuenta tanto las propias limitaciones biológicas como las del Estado.

De acuerdo con el Comité, el derecho a la salud contiene una serie de “elementos interrelacionados y esenciales”. En primer lugar, la *disponibilidad*, por la que se entiende que los bienes, servicios y programas de salud deben estar disponibles en suficiente cantidad. En segundo lugar, la *accesibilidad*, que presenta cuatro dimensiones: no discriminación en el acceso a los servicios de salud, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad a la información. En tercer lugar, la *aceptabilidad*, es decir, que los servicios sanitarios sean respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, garantes de la confidencialidad, dirigidos a la mejora de la salud de los pacientes y sensibles a los aspectos de género. Y, por último, la *calidad*, entendiendo por ésta que los servicios sanitarios deben ser científica y médicamente apropiados.

El artículo 12 recoge las medidas que los Estados deberán adoptar al “dar pasos” para la completa realización del derecho a la salud. Así, el primer epígrafe del 12.2 recoge el derecho a la salud materna, infantil y genésica, bajo el mandato de “la reducción de la mortalidad y mortinatalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”. El segundo epígrafe hace referencia al derecho a la higiene en el trabajo y medio ambiente, obligando a los Estados al “mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente”. El tercer epígrafe recoge el derecho a la prevención, tratamiento y lucha contra las enfermedades, obligando a los Estados a “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas”. Por último, el artículo 12.2.d) contempla el derecho al establecimiento de bienes y servicios de salud, ordenando la “creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”, entre los cuales el Comité menciona el suministro de los medicamentos esenciales.

Obligaciones de los Estados

En cuanto a las obligaciones de los Estados, podemos distinguir entre un plano interno y otro internacional. En el plano nacional aparecen, a su vez, aquellas obligaciones de carácter general y aquellas otras de carácter específico. Las primeras incluyen la obligación de no discriminación y la obligación de dar pasos para la plena realización del derecho.

En cuanto a las obligaciones específicas, en primer lugar, la *obligación de respetar* se resume en que los actos estatales no violen el derecho a la salud. Ninguna actividad y ningún programa sanitario deben violar los derechos humanos, por ello el acceso a los servicios de salud debe garantizarse a todos los grupos de población sobre una base no discriminatoria, prestando especial atención a los grupos más vulnerables. Para el Comité, la obligación de respetar exige no comercializar medicamentos peligrosos, no imponer tratamientos, no privar de servicios sanitarios a modo de castigo, no contaminar, y no censurar, deformar o retener informaciones relativas a la salud.

En segundo lugar, la *obligación de proteger* se dirige a que el Estado evite violaciones del derecho a la salud cometidas por terceros. Se concreta en el control de la práctica de actores no estatales tanto para evitar los atentados a particulares como, en caso de haberse producido la violación, remediarla y reprimirla. El Estado debe asegurar que el acceso a los medicamentos no es discriminatorio, que los procesos privatizadores no conculcan el derecho a la salud, controlar la comercialización del material sanitario, evitar la realización de prácticas tradicionales nocivas y garantizar que la información referente a la salud no es retenida por terceros.

Por último, los Estados también tienen la obligación de *realizar* el derecho a la salud, lo que implica la adopción de las medidas legislativas, presupuestarias y promocionales necesarias para la satisfacción del derecho. En virtud de esta obligación, el Estado debe conceder el lugar necesario al derecho a la salud en el sistema político y jurídico nacional, dotándose para ello de un plan de salud nacional. También significa garantizar el suministro de los recursos sanitarios, la calidad de la formación del personal sanitario, la creación de un sistema sanitario asequible y accesible en condiciones de igualdad.

En lo referente a las obligaciones de carácter internacional, el PDESC prevé que los Estados “se comprometen a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacional”. La obligación de cooperación internacional ha sido recordada por el Comité tanto de modo general como en comentarios específicos referidos a ciertos Estados, preguntado a éstos la cantidad de dinero destinada a dicha cooperación y, a los países que la precisan, la cantidad recibida y el hecho mismo de si solicitan dicha cooperación.

También con respecto a las obligaciones internacionales el Comité ha puesto de manifiesto una obligación de especial trascendencia en todo aquello relacionado con el comercio internacional y, especialmente, con el tema de las patentes y el acceso a los medicamentos: “los Estados parte deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste debida atención al derecho a la salud”. Además, los Estados que sean miembros de instituciones financieras internacionales deben prestar atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por estas instituciones.

3.2 Progresividad y recursos disponibles

Pese a que las obligaciones derivadas del PDESC son en principio de desarrollo progresivo (es decir, deben satisfacerse gradualmente, en un proceso en el que no hay marcha atrás y cuyo objetivo final es distante para la inmensa mayoría de Estados), al adherirse al tratado los Estados asumen algunas obligaciones de efecto inmediato, como por ejemplo la prohibición de discriminación, la obligación de adoptar medidas en un plazo razonable de tiempo y la obligación de asegurar el contenido esencial de los derechos contenidos en el Pacto.

La obligación de realización progresiva existe independientemente de los recursos económicos y exige el efectivo uso de los recursos disponibles para asegurar los mínimos derechos de subsistencia. La “realización progresiva” no significa que los Estados tengan el derecho de diferir indefinidamente los esfuerzos para la completa realización y, para determinar si han sido tomadas las medidas adecuadas, debe prestarse atención al uso y acceso equitativos y efectivos de los recursos disponibles. Como baremo para verificar o no la satisfacción de dicho desarrollo, el Comité suele tomar entre otros indicadores la comparación entre el incremento del gasto militar y el gasto en sanidad.

Uno de los asuntos más importantes con respecto a las obligaciones estatales es el referente a los recursos económicos. Deben hacerse un par de puntualizaciones al respecto. En primer lugar, en materia de salud suele confundirse la escasez de recursos con la mala gestión y la ineficacia, que suelen reflejarse en desequilibrios internos. Es decir, no solamente la situación económica del país es responsable de un determinado nivel de salud sino que, por poner un ejemplo, la descoordinación entre los distintos centros públicos destinados a la salud, pongamos por caso, laboratorios públicos de producción de medicamentos, puede tener una gran incidencia. En segundo lugar, a pesar de que el Comité tiene en cuenta la situación económica del país al examinar su informe, ha afirmado que los problemas con la deuda externa, los programas de austeridad, o la situación de recesión no eximen al Estado de sus obligaciones para con el Pacto.

3.3 Contenido esencial

La identificación del “contenido esencial” se dirige a salvaguardar el núcleo inviolable de un derecho. El Comité ha ido fijando esa “titularidad absoluta esencial mínima, por debajo de la cual un Estado Parte estará violando sus obligaciones” derivadas del derecho a la salud. Para ello, el Comité ha puesto en relación el PDESC con otros textos que abordan más específicamente cuestiones de salud

pública, como por ejemplo el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y la Declaración de Alma-Ata de Atención Primaria de la Salud. Según el Comité, dicho núcleo esencial está integrado por las obligaciones inderogables de, *i)* Asegurar el acceso no discriminatorio a los servicios de salud; *ii)* Asegurar la alimentación indispensable; *iii)* Una garantía mínima de vivienda; *iv)* La provisión de medicamentos esenciales; *v)* Distribución equitativa de los servicios y bienes de salud y, *vi)* La implementación de una estrategia nacional de salud pública de acuerdo con las preocupaciones sanitarias de toda la población.

3.4 Conclusiones

El trabajo del Comité con respecto al derecho a la salud ha contribuido a la clarificación del contenido del mismo, permitiendo distinguir entre el *alcance* del derecho y su *contenido esencial*, y ha deshecho el tópico de que de los derechos económicos, sociales y culturales no se desprenden obligaciones inmediatamente exigibles. Así, el Comité ha afirmado que los Estados deben satisfacer cuando menos las *necesidades mínimas esenciales*, entre ellas, la provisión de medicamentos esenciales.

No obstante, la debilidad del mecanismo de control del Pacto –revisión de los informes periódicos de los Estados- reduce considerablemente su efectividad. Sin embargo, como se verá, hay otros foros y otros medios para conseguir su satisfacción. Además, tampoco debe desdeñarse el papel que puede ejercer el mecanismo de los informes periódicos estatales, ya que frente a la especificidad de las denuncias individuales, el informe y su análisis por parte del Comité abordan desde una perspectiva global los problemas de salud pública.

Sin embargo, pese a no olvidar dichos aspectos positivos, en lo que al goce más inmediato e individual del derecho a la salud se refiere, el escrutinio global del mecanismo de informes no parece ejercer más que una moderada presión que deja sin respuesta las violaciones concretas del derecho a la salud. Por otro lado, se acepta que no es posible seguir considerando a los derechos económicos, sociales y culturales como exclusivamente “promocionales” o enteramente no enjuiciables. Mientras por un lado existe la vía de conocer asuntos directamente relacionados con afecciones a la salud mediante otros derechos distintos al derecho a la salud, también en el ámbito internacional este derecho empieza a ser susceptible de comunicaciones individuales. Ejemplo de ello es el Convenio para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, al que recientemente se ha incorporado la posibilidad de presentar denuncias individuales para las violaciones de su contenido, en el que, como se vio, se encuentra el derecho a la salud.

II. ASPECTOS PRÁCTICOS

1. Introducción

Llamar a esta parte “aspectos prácticos” puede hacernos pensar que la anterior es simplemente teoría y que carece de toda importancia. En verdad ello no es así, sino que esta segunda parte se apoya en gran medida en la primera. La separación se debe, más bien, a la intención de que ambas puedan ser leídas por separado, y pensando también en que esta segunda será más ilustrativa del potencial del derecho a la salud y, más generalmente, del trabajo conjunto en derechos humanos y salud.

Se abordarán aquí más temas que en la anterior, pero necesariamente de un modo menos profundo. Se hará referencia a aquellos ámbitos en los que, gracias al empleo de los derechos humanos, se han conseguido notables mejoras en las condiciones de salud. También se lanzarán propuestas que en algunos casos se pueden incorporar a las campañas de MSF de carácter amplio y, en otros, al trabajo en las operaciones de MSF. Quedarán por tocar temas tan importantes como la relación entre comercio internacional y el derecho a la salud, o el trabajo conjunto entre derechos humanos y Derecho Internacional Humanitario, pero incluso en estos dos temas más espinosos existen algunos factores positivos a rescatar que serán mencionados.

2. Utilidad de los derechos humanos en materia de salud

En contra de lo que habitualmente se piensa, los derechos humanos han sido y cada vez son más empleados para conseguir la mejora efectiva de las condiciones de salud. Y ello bien sea en los planos nacional, regional o internacional, y tanto mediante organismos estatales como internacionales. Y lo mejor, no solamente por parte de organismos dedicados exclusivamente a los derechos humanos sino también por órganos judiciales ordinarios, por medio de planes gubernamentales que se inspiran en textos de derechos humanos y, por si fuera poco, hasta por planes de instituciones financieras como el Banco Mundial. Lógicamente, si ésta fuera la norma general no se plantearía el tema de este artículo, pero es necesario mencionarlo por cuanto suele cerrarse el tema de los derechos humanos expeditivamente, calificándolos como inservibles. En este punto se aportarán algunos ejemplos de todo ello.

2.1 Plano nacional

Si bien la campaña legal sudafricana de TAC –que se basó en los derechos a la vida y a la salud– ha sido la más ampliamente publicitada, con los conocidos logros de la misma, en muchos otros países se han conseguido resultados similares. Brasil, por ejemplo, ahora abanderado de la causa de los genéricos y por ello inmerso en serias disputas con Estados Unidos, bien en el seno de la OMC, bien en las negociaciones del ALCA, tuvo que enfrentarse inicialmente a distintas demandas judiciales por falta de suministro de medicamentos. Así, desde principios hasta mediados de los noventa, se invocaron repetidamente los derechos a la vida y a la salud para que el Estado garantizara los medicamentos necesarios para combatir el HIV/SIDA. Actualmente, los inhibidores de proteasa y los antirretrovirales son suministrados sin carga por parte del Estado brasileño, y la *Ley 9787* de medicamentos genéricos de 1999 remite, en gran medida, a la influencia que ejercieron las reivindicaciones basadas en derechos humanos los años anteriores. Así, con la producción pública de medicamentos, desde 1999 en Brasil se han reducido en un 80% los precios de los antirretrovirales y las prescripciones de genéricos representan el 60% del total.

En la Argentina el amparo judicial ha garantizado en centenares de ocasiones el acceso a los medicamentos esenciales. Según el Centro de Estudios Legales y Sociales, sólo en el primer trimestre del año 2001 se presentaron en la provincia de Buenos Aires más de 200 amparos motivados por la suspensión del suministro de medicamentos por parte del Estado. Y la Corte Suprema de este país, cuando algún asunto motivado en la falta de suministro de medicamentos ha llegado a su conocimiento, para garantizar

dicho suministro ha alegado en primer lugar el derecho a la salud tal y como se prevé en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o, también, el mismo derecho a la salud de acuerdo a la Convención de Derechos del Niño, afirmando que “en definitiva, la asunción por el Estado de tal obligación es una consecuencia que la manda constitucional insta en su letra de la protección de la vida y de la salud y del cumplimiento de los pactos con jerarquía constitucional”, citando a continuación los artículos 3 y 25 de la Declaración Universal (vida y salud), artículo 4 de la Convención Americana de los Derechos del Hombre (derecho a la vida), artículo I y XI de la Declaración Americana de los Derechos del Hombre (derechos a la vida y a la salud) y el artículo 12 del PDESC (derecho a la salud).

En Venezuela el Tribunal Supremo estimó el amparo presentado por 170 enfermos a los que el Ministerio de Salud no suministraba la terapia necesaria, afirmando que ello atentaba contra su derecho a la vida y a la salud. En otro caso de similares características, el mismo tribunal afirmó que el no suministro de medicamentos afectaba no sólo al derecho a la salud sino también a los derechos a la seguridad social y a participar en el progreso científico y técnico. También en Colombia se han conocido casos similares, declarando su Tribunal Constitucional que los derechos a la vida y a la salud pueden ser social y obligatoriamente amparados a todos los habitantes colombianos mediante la prestación del servicio público de seguridad social bajo la dirección y coordinación del Estado, declarando que no es atendible el argumento de la insuficiencia presupuestaria para cubrir dichos aspectos.

Resulta de especial interés la práctica de la India, país en el que el Tribunal Supremo ha empleado el derecho a la vida para afrontar un amplio abanico de asuntos. En el contexto de las *Public Interest Litigation* y de las *Social Action Litigation*, que encausan daños a la población por obra o negligencia de la Administración, se han encausado diversos asuntos que conciernen a aspectos de salud. Así, bien sea mediante el derecho a la vida en solitario, bien sea mediante el derecho a la vida combinado con los principios rectores de la Constitución -entre los que está el derecho a la salud- o, finalmente, bien sea mediante la interpretación del derecho a la vida de acuerdo con la normativa internacional en materia de derechos humanos, la Corte Suprema ha defendido a trabajadores, pacientes y, en general, poblaciones que se hallaban afectadas por problemas de salud. El derecho a la vida ha servido para remediar las condiciones de explotación laboral a las que se veían sometidos trabajadores que desarrollaban su labor sin acceso a agua potable y sin servicios médicos. El Tribunal Supremo de la India también ha afirmado que los hospitales públicos y los médicos están obligados a proporcionar asistencia médica para preservar la vida humana y ordenó compensar el daño sufrido por la falta de asistencia médica de emergencia y desarrollar un plan de salud primaria.

Como puede comprobarse, países del tamaño e importancia de la India, Sudáfrica, Brasil, Argentina, Venezuela y Colombia han vivido en el plano judicial serias disputas en materia de salud, disputas que las más altas instancias judiciales de dichos países han resuelto a favor de su protección. Debemos preguntarnos si es una casualidad la posición de estos países en el seno de las negociaciones de la OMC, con su presión en Marrakesh, Doha y en el acuerdo del 30 de agosto pasado. Recordemos que algunos de ellos son los abanderados de la producción de genéricos (India, Sudáfrica y Brasil) y que forman parte del llamado G20 (ahora G20+) en el seno de la OMC, precisamente el grupo de países que más fuerza ha podido oponer a los intereses de las naciones económicamente más poderosas.

2.2 Plano regional

En el del sistema regional europeo de protección de los derechos humanos, se han tratado en distintas ocasiones aspectos de salud por medio bien del mismo derecho a la salud, bien de derechos distintos al derecho a la salud. Así, se ha afirmado que el Estado debe velar por el correcto desempeño de una campaña de vacunación, que la polución medioambiental afecta a la salud y a la vida privada de las personas -y que, por tanto, el Estado debe remediarla-, que no es posible extraditar a una persona a un país en el que no va recibir la terapia antirretroviral que precisa y, bien, otros derechos en múltiples ocasiones han sido esgrimidos para conseguir la protección frente a situaciones particulares y urgentes. Todo ello en el plano de las denuncias individuales en virtud de la Convención Europea de Derechos Humanos. Pero los Estados también han presentado informes y han sido evaluados de acuerdo con el artículo 11 de la Carta Social Europea, que recoge explícitamente el derecho a la salud, por parte del Comité Social Europeo.

También la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha ampliado el derecho a la vida para dar cabida a la salud, al afirmar que el derecho a la vida comprende no sólo el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen la existencia digna. Es más, existe un caso actualmente admitido a trámite por la Comisión en el que se ha dictado como medida cautelar el suministro de la terapia antirretroviral a un colectivo de enfermos salvadoreños, y existen numerosos casos en los que demandas originadas por la violación de derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida o el derecho a la integridad física y a no ser sometido a torturas, han derivado en sentencias que concernían a derechos económicos y sociales como el derecho a la salud.

2.3 Ámbito universal

Naciones Unidas está llevando una intensa actividad por medio de distintos órganos y agencias especializadas para mejorar las condiciones de salud de las personas. Junto a la OMS, existen planes de Naciones Unidas como el ONUSIDA que apoyan su actividad en los derechos humanos, especialmente en los derechos a la salud, a la vida, a la no discriminación y a la participación en el progreso científico y técnico. En el ámbito de los órganos encargados de velar por los derechos humanos, es de lamentar la imposibilidad de presentar denuncias individuales por razón de la violación del derecho a la salud en la mayoría de tratados que lo recogen, aunque recientemente se ha venido a solventar dicha situación incorporando tal mecanismo al Convenio para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. De todos modos, en los casos en los que no se pueden presentar denuncias individuales, sigue estando presente el monitoreo ejercido por los distintos comités que supervisan los informes de los Estados.

En otro ámbito cabe situar las actuaciones de instituciones financieras como el Banco Mundial. Como es sabido, junto al FMI, esta institución ha sido frecuentemente criticada por las consecuencias sociales de sus políticas económicas que, en muchos casos, han derivado en violaciones de los derechos humanos. A diferencia del FMI, actualmente parece apreciarse en el BM un mayor compromiso humano en sus planes. Prueba de ello es la orientación y el control de los mismos bajo el prisma de los derechos humanos. Ejemplo de dicho control es la institución de paneles de inspección, dedicados a verificar las consecuencias que los planes del Banco pueden acarrear sobre las personas. Uno, pero no el único ejemplo del funcionamiento de los mismos, es la suspensión del proyecto *Arun III* en Nepal por sus consecuencias sobre el medio ambiente y la salud de las personas que iban a ser afectadas.

3. Oportunidades

Sin duda quedan muchas cosas por decir con respecto al derecho a la salud y los otros derechos que podrían servir a los fines de MSF, pero tanto por razones de espacio como para abrir un poco más el tema al debate, será bueno ver ahora algunos de los puntos en los que MSF se podría apoyar en los derechos humanos y otros asuntos en los que podría ayudar a un mayor respeto de los mismos. Repetir otra vez que, al final, estamos hablando de lo mismo: asegurar el mejor estado de salud posible a las personas y que, por otro lado, el empleo de los derechos humanos tiene sólo como consecuencia final el litigio, habiendo hasta entonces muchos otros modos de actuación.

Así, en primer lugar, puede preguntarse qué significaría una perspectiva desde los derechos humanos en el trabajo de Médicos Sin Fronteras y, por otro lado, qué aportaría MSF al respecto de los derechos humanos.

Empezando por la segunda de estas cuestiones, debe resaltarse la casi total ausencia de organizaciones no gubernamentales que vinculen el trabajo operacional en materia de salud con los derechos humanos. Junto al hecho de que la gran mayoría de ONG's dedicadas a los derechos humanos lo hacen en materia de derechos civiles y políticos, entre las que se dedican a derechos económicos y sociales, se detecta un importante hueco en materia del derecho a la salud. Existe, eso sí, algún centro académico especialmente dedicado al derecho a la salud, y se detecta, también, una reciente preocupación de algunas

ONG's por el mismo. Pero queda mucho por hacer, y es éste, quizás, uno de los campos de los derechos humanos que más necesitado está de aportaciones prácticas. Buena prueba de ello son los llamamientos del Relator Especial de Naciones Unidas para el derecho a la salud a la cooperación de las ONG's. Piénsese por ejemplo que, cuando existen, buena parte de los datos concernientes a la salud de los que se dispone, indispensables para llevar a cabo intervenciones en materia de salud, proceden de organismos de estadística estatales, frecuentemente de poca o nula fiabilidad. Es por ello que la aportación de ONG's como MSF, en muchas ocasiones único testigo de auténticas tragedias, es invaluable.

En cuanto a la primera de las dos cuestiones, qué significaría una perspectiva de derechos humanos al trabajo de MSF, es obvio que la única legitimación procede de la realidad que enfrenta el trabajo cotidiano de MSF. Sin embargo, no puede olvidarse que frecuentemente MSF trata y debe negociar con autoridades estatales e internacionales. Es decir, en el ámbito público. Si bien, como se decía, lo único que auténticamente vale es la realidad cotidiana, lamentablemente el uso de argumentos legales, por ejemplo señalar las obligaciones a las que un Estado se ha comprometido, puede funcionar sino como argumento principal, sí como un extraordinario soporte en el que apoyarse ante ciertas actitudes oficiales. Además, parece evidente que el discurso de MSF se enriquece al incorporar los derechos humanos.

¿Y cuáles podrían ser actuaciones concretas que vinculasen los derechos humanos y el trabajo de MSF? Las posibilidades son muchísimas, seguramente de conocer más operaciones de MSF se podrían proponer todavía más pero, como ejemplos, se pueden citar los siguientes.

Partiendo de lo local a lo global, puede empezarse a apuntar que el buen conocimiento de aquellos tratados y disposiciones internas por las cuáles los Estados se obligan en materia de salud sirven, en caso de que surjan dificultades administrativas o de impedimento público, primero como medio de presión a las autoridades y segundo, en caso de no funcionar tal presión, como medio para conseguir la aplicación concreta de una operación. No debe infravalorarse la impresión y efecto que puede causar la amenaza de exigir responsabilidad a ciertos rangos policiales o administrativos ante sus superiores jerárquicos, invocando "altas obligaciones" de su Estado, cuyas consecuencias en caso de no satisfacerse recaerían sobre los mismos. Existen en todo el mundo jueces y abogados dispuestos a apoyar causas como la de MSF, pero el primer paso, el relato de la situación, lo debe dar MSF. La elaboración de manuales de MSF, de uso interno o con posibilidad de divulgación, de todos aquellos recursos que tienen tanto MSF como las distintas poblaciones con las que actúa para que se les garantice su derecho a la salud es una de las posibilidades prácticas y económicas que tiene la organización.

También a nivel interno, quizás ahora más en el aspecto de la salud pública, los tratados de derechos humanos, que en muchas ocasiones se hallan incorporados en la legislación nacional como ley propia, hacen referencia a la atención primaria de la salud, a los medicamentos esenciales y a la no discriminación. El conocimiento de éstas y otras muchas disposiciones puede servir para que MSF pueda, por ejemplo, instar a los Estados a que creen o modifiquen sus listas de medicamentos esenciales, cuyo suministro es una obligación esencial derivada del derecho a la salud y cuya correcta redacción puede permitir excepcionar normas de protección de la propiedad intelectual, adopten políticas de prescripción por el nombre genérico, como exitosamente ha hecho Brasil y empieza a hacer la Argentina, o no impidan el tratamiento y atención de refugiados (empleado aquí el término con independencia de su estatuto legal y pensando más bien en situaciones internas de desplazados de etnias distintas dentro de un mismo Estado, frecuentemente discriminados por no ser de la etnia "oficial").

También a nivel internacional MSF puede servirse y servir a los derechos humanos. Fuera del campo de los mismos aparece el trascendente asunto de la regulación del comercio internacional, en especial todo aquello referente a la protección de la propiedad intelectual y el acceso a los medicamentos esenciales. Existen muchas vías, algunas todavía por inaugurar, de conseguir mediante un correcto uso de los derechos humanos salvar vidas que ahora, pese a los supuestos avances de la Declaración de Doha con respecto principalmente a las licencias obligatorias, y del acuerdo del pasado 30 de agosto en materia de importaciones paralelas, se perderán. Como se dijo anteriormente, este es un tema que requeriría otro artículo cuando menos como éste, pero las oportunidades están ahí y MSF las podría o bien divulgar o bien emplear directamente.

Y si esto hace referencia al comercio internacional y a los derechos humanos, también existen en el propio campo de los derechos humanos y sus mecanismos de protección mecanismos por usar y otros por mejorar. Como se dijo con anterioridad, son pocas las ONG's con un conocimiento directo como tiene MSF de violaciones tan flagrantes de los derechos humanos. Y casi ninguna que combine dicho conocimiento directo con un buen conocimiento de las oportunidades que ofrece el Derecho internacional de los derechos

humanos. En muchas situaciones, si MSF no divulga y no denuncia lo que ocurre, nadie más lo va a hacer. Pero lo bueno es que, además, en los derechos humanos no todo es denuncia sino que pueden conseguirse resultados con consecuencias finales iguales a la atención médica. Es decir, salvar vidas.

Y todo lo anteriormente dicho se encuadra en una situación en la que el Estado actúa de mala fe y, o bien se opone, o bien no hace nada para lograr la satisfacción del derecho a la salud de su población. Pero, ¿Y si ello no fuera así?, ¿Y si, simplemente, el Estado no supiera como actuar, por ejemplo, cuando es denunciado ante un panel de la OMC? Es sólo un ejemplo y no es un caso disparatado. En las negociaciones de la OMC los Estados poderosos van acompañados de técnicos comerciales para cada uno de los muchos y variados temas, expertos en salud pública, economistas y abogados de altísima preparación. Los Estados pobres, en cambio, pueden tener unos pocos delegados para negociar todo el abanico de asuntos, siendo avasallados en maratónicas reuniones y sobrepasados en conocimientos técnicos. ¿Qué tal si en este ámbito, por poner un ejemplo, MSF elaborara una directrices para que los Estados sepan qué pueden exigir y qué recursos tienen para llegar a acuerdos que, en último término, acabarán afectando al trabajo de MSF?

Y luego está todo el asunto de recurrir a instancias judiciales internacionales. Como ya se apuntó, esto no sería más que un último paso dentro de todos los posibles, pero la posibilidad está ahí y MSF podría o bien presentar la denuncia directamente, o bien apoyar con sus informes acerca de determinadas realidades, denuncias que presentarán otras ONG's. Es cuestión de incitar a ello.

III. CONCLUSIONES

En este artículo se ha querido resaltar que MSF ocupa un lugar de privilegio para abrir un camino más, el de los derechos humanos, para alcanzar el objetivo final de ésta y otras organizaciones, esto es, que el derecho al acceso a la salud sea satisfecho. El debate en MSF contribuirá a valorar si MSF debe implicarse y hasta qué punto debe hacerlo en la exigencia del derecho a la salud. A la luz del éxito obtenido por campañas de MSF que no son exclusivamente de atención médica directa, se ha pretendido señalar las posibles aportaciones de los derechos humanos al trabajo de MSF y la contribución de MSF a los mismos. Insistir en que se trata de lo mismo. Conseguir el máximo nivel de salud posible de las personas, especialmente de aquellas que se hallan en situación precaria, es el objetivo que comparte MSF y el derecho a la salud. Entonces, ¿Por qué no emplearlo?

Como se ha dicho, existen muchos grados posibles de implicación por parte de MSF. Desde abrir nuevas vías hasta actuar conjuntamente con otras organizaciones o, simplemente, adjuntar al mensaje de MSF el fuerte lenguaje de los derechos humanos. El debate que ha iniciado MSF-Bélgica se propone incidir acerca de estas cuestiones. Lo importante, como en cualquier decisión, es estar bien informado y, sin ocultar las propias dificultades en el campo de los derechos humanos, contribuir a dicha información ha sido el objetivo de este artículo.