



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Comité Internacional
de Bioética (CIB)

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Centro Nacional
de Documentación
en Bioética

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

Informe del Comité
Internacional de Bioética
de la UNESCO (CIB)





Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Comité Internacional
de Bioética (CIB)

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



Centro Nacional
de Documentación
en Bioética

RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

Informe del Comité
Internacional de Bioética
de la UNESCO (CIB)





Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura



Comité Internacional
de Bioética (CIB)

Gobierno de La Rioja
www.larioja.org



**Centro Nacional
de Documentación
en Bioética**

National Center of Documentation on Bioethics
Rioja Health Foundation (FRS)

Platform of Bioethics and Medical Education, Principal Investigator
Center for Biomedical Research of La Rioja (CIBIR)

Publicado por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 7 place de Fontenoy, 75352 París 07 SP, Francia, y el Centro Nacional de Documentación en Bioética de la Fundación Rioja Salud (FRS), Calle Piqueras 98, 26006 Logroño, España.

© UNESCO y CIBIR 2018 

ISBN 978-92-3-300084-1

Esta publicación está disponible en acceso abierto bajo la licencia Attribution-ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Al utilizar el contenido de la presente publicación, los usuarios aceptan las condiciones de utilización del Repositorio UNESCO de acceso abierto (www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-sp).

Título original: Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on Social Responsibility and Health Publicado en 2010 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

Los términos empleados en esta publicación y la presentación de los datos que en ella aparecen no implican toma alguna de posición de parte de la UNESCO en cuanto al estatuto jurídico de los países, territorios, ciudades o regiones ni respecto de sus autoridades, fronteras o límites.

Las ideas y opiniones expresadas en esta obra son las de los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista de la UNESCO ni comprometen a la Organización.

Traducción al español de: Alberto Ruiz (LinguaTrans.com)

Diseño y maquetación: Netbrain Media Solutions S.L.

Impreso en España - Printed in Spain

ÍNDICE

OBSERVACIONES INTRODUCTORIAS	5
------------------------------------	---

INFORME DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA DE LA UNESCO SOBRE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

I. INTRODUCCIÓN	9
II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RESTRICCIONES AL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA	11
III. DIMENSIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y LA SALUD	17
a. La aparición de la noción de responsabilidad social	19
b. El amplio alcance del artículo 14	20
c. El artículo 14 y las nociones de salud y desarrollo social	21
d. El estatus de la salud como «un bien»	22
e. La salud como derecho humano	23
f. Responsabilidad social, justicia, solidaridad e igualdad	24
g. La relación del artículo 14 con otros artículos de la Declaración	26
IV. ÁMBITOS ESPECIALES DE INTERÉS	29
a. Atención médica	31
b. Investigación	33
c. Industria	35
d. Educación	36

V. LÍNEAS DE ACCIÓN	39
a. Procedimientos de adopción de decisiones	41
b. Alcance transnacional	42
c. Comités nacionales de bioética	43
d. Control de calidad en la atención médica	44
e. Riesgos para la salud a escala mundial	45
f. Medios de comunicación	48
VI. CONCLUSIONES	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59
I. Síntesis histórica de las iniciativas internacionales de promoción del principio de responsabilidad social y salud	61
II. Panorama general de las condiciones sanitarias	69
III. Declaración universal de la UNESCO sobre bioética y derechos humanos (2005) .	83
IV. Composición del Comité Internacional de Bioética (CIB) entre 2008 y 2009	95

OBSERVACIONES INTRODUCTORIAS

El artículo 14 de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), quizás el artículo más innovador de la Declaración, introduce el principio de responsabilidad social y salud en el campo de la bioética, abriendo así perspectivas de acción que van más allá de la ética médica y afirmando la necesidad de situar la bioética y el progreso científico en el contexto de la reflexión abierta al mundo político y social.

La salud es definitivamente la responsabilidad de todos: desde individuos hasta grupos de personas organizados dentro de sociedades, instituciones educativas, sectores públicos y privados, y evidentemente gobiernos.

El artículo 14 es complejo y es por eso que el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO - órgano asesor compuesto de 36 expertos independientes - decidió centrarse en el principio ahí estipulado. Después de casi 4 años de reflexión y debates, en su decimosexta sesión (ordinaria) (Ciudad de México, 26-28 de noviembre de 2009), el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO finalizó su Informe sobre Responsabilidad Social y Salud, publicado en este segundo volumen de la serie de publicaciones dedicadas a los informes del CIB sobre los principios de la Declaración.

Este lapso de tiempo no es sorprendente, cuando consideramos las complejidades de los problemas vinculados con la responsabilidad social y la salud, y la necesidad de abordar cuestiones relacionadas a la salud pública desde un punto de vista bioético. Asimismo, refleja el enfoque bastante nuevo dado al tema de la salud pública y bioética en el artículo 14 de la Declaración.

El CIB no pretende haber redactado un documento ni exhaustivo ni prescriptivo. El informe se basa en el gran volumen de trabajo y en los debates sobre cuestiones de políticas de salud pública ya abordados por otros organismos internacionales, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS), e intenta lograr un equilibrio adecuado entre los datos empíricos, el discurso teórico y las implicaciones prácticas que surgen al aplicar el principio de responsabilidad social y salud.

Después de una parte descriptiva sobre los determinantes sociales de la salud y las limitaciones al acceso a la salud, y una sección específica dedicada a la elaboración de las dimensiones éticas y legales del principio de responsabilidad social y salud, el Informe presenta una muestra de posibles estrategias y líneas de acción para transformar el principio de responsabilidad social y salud en la aplicación de políticas específicas, con miras a promover el grado máximo de salud que se pueda lograr para todos.

Esperamos que la reflexión y los debates dentro del CIB, incorporados en esta publicación, inspiren y estimulen a las partes interesadas – individuos, sectores de la sociedad y Estados – a alcanzar los objetivos de responsabilidad social y salud, con el propósito de fomentar el grado máximo de salud que se pueda lograr para todos.

Donald Evans

Presidente

Comité Internacional de Bioética de la UNESCO

Informe del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (CIB) sobre RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

Este informe es fruto de una larga reflexión en el seno del Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO, iniciada en su duodécima reunión (Tokio, Japón, diciembre de 2005) inmediatamente después de la aprobación de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

No pretende ser exhaustivo ni prescriptivo ni representa necesariamente las opiniones de los Estados Miembros de la UNESCO. Tampoco tiene por meta duplicar los trabajos ni los debates sobre cuestiones de políticas de salud pública que ya han sido abordadas por otros organismos internacionales, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS); de hecho, ha desarrollado estos trabajos y debates.

Su objetivo es abordar las cuestiones de políticas sobre sanidad pública desde un punto de vista bioético mediante el desarrollo de las dimensiones éticas y jurídicas del principio de responsabilidad y su relación con la salud, y enriquecer así el debate sobre el principio de responsabilidad social y salud tal como se expresa en la Declaración y su aplicación práctica.

I. INTRODUCCIÓN

1. La **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos** (en adelante, «la Declaración») fue aprobada por aclamación el 19 de octubre de 2005 por la 33ª reunión de la Conferencia General de la UNESCO (el texto íntegro de la Declaración figura en el Anexo III). En su preámbulo, la Declaración expresa la conveniencia de «elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuya a la justicia y la equidad y sirva al interés de la humanidad» y dedica un artículo entero (el artículo 14) a la cuestión de la responsabilidad social y la salud. Con la inclusión del artículo 14, la Declaración abre perspectivas de intervención que van más allá de la ética médica e insiste en la necesidad de integrar la bioética y los avances científicos en el contexto de un debate abierto al mundo político y social.

2. El artículo 14 amplía significativamente el plan de acción en materia de bioética, de manera que se tengan en consideración las cuestiones sociales y básicas relacionadas con la prestación de atención sanitaria. Está diseñado para llamar la atención de los decisores políticos en materia de medicina y ciencias de la vida sobre los aspectos prácticos de la bioética, y contribuir así a reorientar la adopción de decisiones en materia de bioética hacia cuestiones que son urgentes en numerosos países. A pesar de que la lista no es exhaustiva, se señalan cinco elementos específicos que constituyen prioridades y áreas de decisión de alcance universal que deben tenerse en cuenta:

- a) acceso a una atención médica de calidad y a medicamentos esenciales, especialmente para la salud de mujeres y niños;
- b) acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
- c) mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
- d) eliminación de la marginación y de la exclusión de personas por cualquier motivo;
- e) reducción de la pobreza y del analfabetismo.

Existen numerosas partes interesadas, como los Gobiernos y los grupos de personas organizadas en el seno de las sociedades: comunidades que se identifican por sus creencias religiosas o características étnicas, empresas mercantiles, organizaciones políticas, instituciones educativas, fuerzas del orden público, etc.

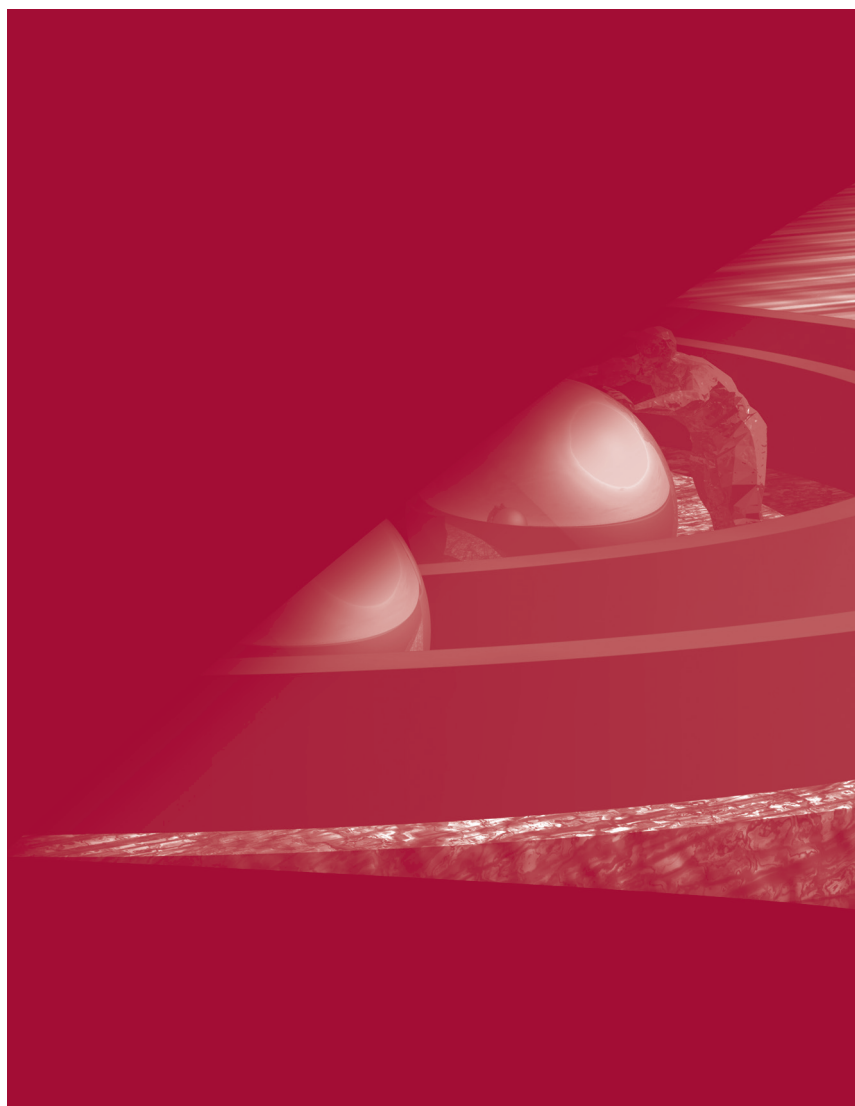
3. El análisis bioético del artículo 14 debe tener en cuenta la perspectiva mundial de los problemas de atención médica a los que se enfrentan todas las personas por igual, aunque en condiciones diferentes, y sus implicaciones dentro de las diversas culturas y tradiciones. El artículo 14 no hace posible concebir los límites geográficos de una sociedad como el punto donde terminan las responsabilidades sociales. En ese caso, se alentaría a los Gobiernos a ceñirse a las necesidades e intereses de sus propios ciudadanos en el desempeño de estas obligaciones, y a las empresas comerciales a ceñirse a sus accionistas, clientes y empleados. Sin embargo, aunque está claro que los Estados tienen una responsabilidad nacional sobre sus ciudadanos, la salud ya no puede limitarse a los intereses y responsabilidades

nacionales. Las actividades comerciales y de investigación internacionales, por ejemplo, implican unas relaciones sociales más allá de las fronteras estatales.

4. El artículo 14 es complejo, y es esencial que se desarrollen sus posibles interpretaciones y aplicaciones. Por esta razón, el Comité Internacional de Bioética (CIB) de la UNESCO decidió centrarse en el principio de responsabilidad social y salud, tal como se establece en el artículo 14 de la Declaración.

5. Este informe es el resultado de una larga reflexión en el seno del CIB, iniciada en su duodécima reunión (Tokio, Japón, diciembre de 2005) inmediatamente después de la aprobación de la Declaración. No pretende ser exhaustivo ni prescriptivo y no representa necesariamente las opiniones de los Estados Miembros de la UNESCO. Asimismo, no tiene por meta duplicar los trabajos ni los debates sobre cuestiones normativas de salud pública que ya han sido abordadas por otros organismos internacionales, en particular la Organización Mundial de la Salud (OMS). De hecho, ha desarrollado estos trabajos y debates. Su objetivo es abordar esas cuestiones desde un punto de vista bioético mediante el desarrollo de las dimensiones éticas y jurídicas del principio de responsabilidad y su relación con la salud, y enriquecer así el debate sobre el principio de responsabilidad social y salud, así como su aplicación práctica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RESTRICCIONES AL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA



II. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y RESTRICCIONES AL ACCESO A LA ATENCIÓN MÉDICA

6. A comienzos del siglo XXI, hemos de tener en cuenta los efectos de dos procesos diferentes y contradictorios. Por un lado, el progreso científico ha proporcionado nuevos y más eficaces tratamientos, técnicas quirúrgicas, medicamentos e instrumentos técnicos que hacen posible diagnosticar y tratar enfermedades que antes se consideraban incurables. Cada vez hay más conciencia de la importancia de la atención médica como derecho fundamental. Como resultado, en muchos países la esperanza de vida es mucho más alta de lo que fue para las generaciones anteriores, y es posible que otras mejoras se hagan realidad. Por otro lado, las condiciones de salud a escala mundial se caracterizan por las inequidades debidas principalmente a la pobreza y la falta de acceso a servicios de atención médica.

7. Recientemente, se ha extendido la opinión de que las condiciones sociales y económicas que hacen que las personas enfermen y provoquen la necesidad de atención médica, sirven de base para determinar la salud de la población en su conjunto. En consecuencia, se está extendiendo la opinión de que la política sanitaria debe ir más allá de la mera prestación y financiación de la atención médica. Por contra, abarca, entre otros conceptos, la importancia que los determinantes de la salud en la infancia temprana tienen durante toda la vida; los efectos de la pobreza, el desempleo, la malnutrición, las condiciones de trabajo y las drogas; el respaldo social; las cuestiones relacionadas con el estilo de vida, como la alimentación adecuada, y la posición en la escala social (en el anexo II figura una síntesis de las condiciones sanitarias a escala mundial).

8. Según la OMS (Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008), en los determinantes de la salud se incluyen el entorno social, físico y económico, así como las características y comportamientos individuales. El contexto en el que viven las personas condiciona su salud en igual medida que su herencia genética, sus decisiones personales y su modo de vida. Por tanto, culpar a las personas de su mala salud es inadecuado. En muchas circunstancias, las personas son incapaces de controlar directamente muchos de los determinantes de la salud. Estos determinantes incluyen, entre otros, estos factores:

- los ingresos y el estatus social – unos ingresos y estatus social altos están vinculados a una mejor salud. Cuanto mayor es la brecha entre los más ricos y los más pobres, mayores son las diferencias en materia de salud;
- la educación – un bajo nivel educativo está relacionado con una mala salud, mayor estrés y menor autoestima);
- el entorno físico – agua potable y aire limpio; lugares de trabajo saludables; viviendas, comunidades y carreteras seguras, todo ello contribuye a una buena salud;

- el empleo y las condiciones de trabajo – los trabajadores en activo gozan de mejor salud, sobre todo quienes tienen un mayor control sobre sus condiciones de trabajo;
- las redes de respaldo social – un mayor apoyo de familiares, amigos y comunidades está vinculado a una mejor salud;
- la cultura – tanto las costumbres y tradiciones como las creencias de la familia y la comunidad afectan a la salud;
- la genética – la herencia desempeña un papel importante en la esperanza de vida, la salud y la probabilidad de desarrollar ciertas enfermedades);
- el comportamiento personal y la capacidad de adaptación – comer de manera equilibrada, mantenerse activo, fumar, beber y el modo de afrontar el estrés y los desafíos de la vida afectan a la salud;
- los servicios sanitarios – la accesibilidad y el uso de los servicios que previenen y tratan enfermedades influyen en la salud;
- el género – hombres y mujeres padecen distintos tipos de enfermedades en edades diferentes.

9. En todo el mundo, las personas vulnerables y desfavorecidas tienen menos acceso a recursos sanitarios, enferman más y mueren antes que las de posición social más privilegiada. La mayor parte de los problemas de salud se debe a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan. Una buena atención médica es vital para el bienestar de la población, pero no basta para superar las inequidades en materia de salud y solucionar los principales problemas sanitarios. Las medidas para reducir las desigualdades en materia de salud tienen como objetivo mejorar la salud de todas las personas atendiendo plenamente las necesidades de los más desfavorecidos y ayudando a los países que necesitan mejorar las condiciones de salud de sus habitantes.

10. Es esencial abordar los principales determinantes de la salud con el objeto de reducir la carga que suponen las enfermedades y fomentar la salud de la población en general. De no actuar sobre los determinantes sociales, los países más necesitados no cumplirán con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas relacionados con la salud, ni alcanzarán los objetivos mundiales de reducción de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes. Los problemas son especialmente urgentes en los países en desarrollo, donde la carga de las enfermedades crónicas crece rápidamente y se suma a la carga que suponen las enfermedades infecciosas.

11. La Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008) estableció las siguientes recomendaciones generales:

- a) mejorar las condiciones de la vida cotidiana – las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen;
- b) luchar contra la desigual distribución del poder, el dinero y los recursos – los factores estructurales que determinan las condiciones de la vida cotidiana a escala mundial, nacional y local;
- c) calibrar el problema, evaluar las medidas, ampliar la base de conocimientos,

dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar al público acerca de los determinantes sociales de la salud.

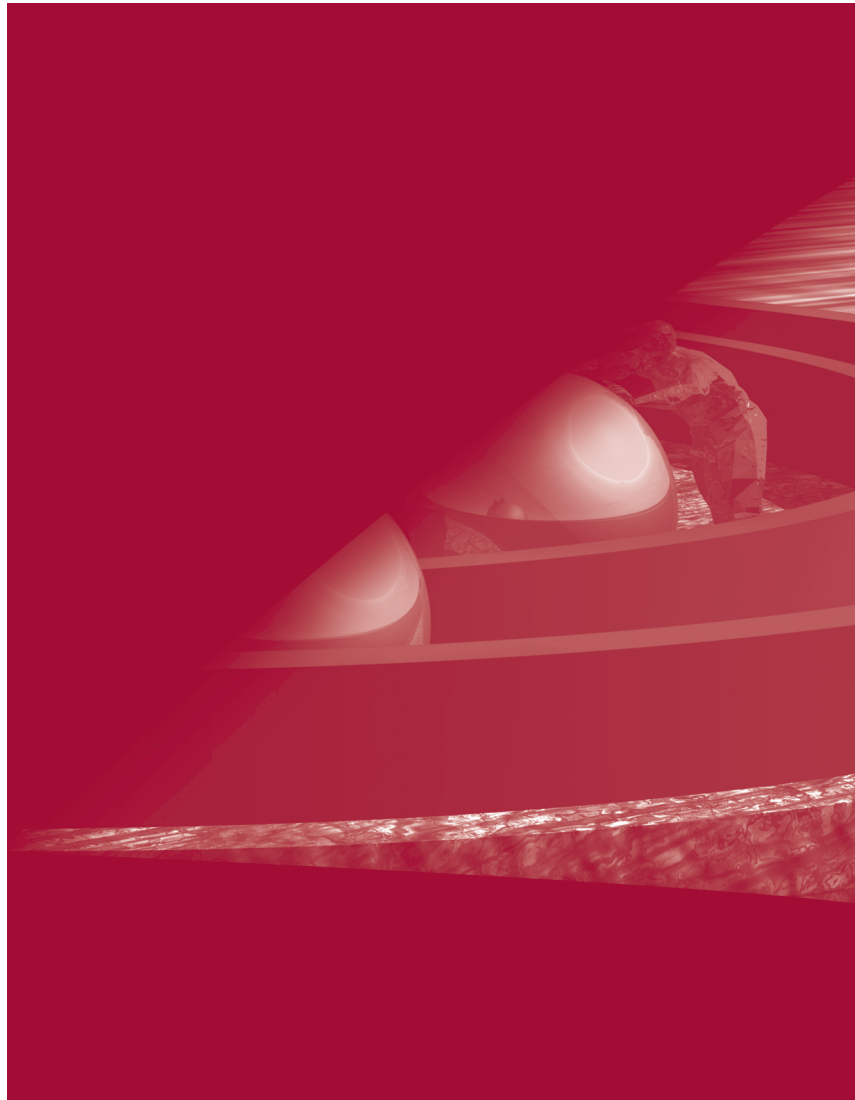
12. Más recientemente, en mayo de 2009, la 62ª Asamblea Mundial de la Salud, habiendo examinado el informe de la Comisión de la OMS, instó a los Estados Miembros:

- a que luchen contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos mediante el compromiso político sobre el principio fundamental de interés nacional de «subsanan las desigualdades en una generación», según corresponda, y coordinen y gestionen las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas y, si corresponde, mediante la aplicación de instrumentos para cuantificar el impacto en la salud y en la equidad sanitaria;
- a que desarrollen y apliquen objetivos y estrategias para mejorar la salud pública, centrándose en las inequidades sanitarias;
- a que tengan en cuenta la equidad sanitaria en todas las políticas nacionales relativas a los determinantes sociales de la salud, y consideren la posibilidad de establecer y fortalecer políticas de protección social integrales y universales que prevean el fomento de la salud, la prevención de la morbilidad y la atención sanitaria, y que promuevan la disponibilidad y el acceso a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar;
- a que velen por el diálogo y la cooperación entre los sectores concernientes con miras a integrar las consideraciones sanitarias en las políticas públicas pertinentes y a que aumenten la acción intersectorial;
- a que aumenten la sensibilización entre los proveedores públicos y privados de asistencia sanitaria sobre el modo de tener en cuenta los determinantes sociales cuando prestan servicios de salud a sus pacientes;
- a que contribuyan a la mejora de las condiciones de vida cotidianas que favorecen la salud y el bienestar social a lo largo de toda la vida, involucrando a todos los asociados pertinentes, y en particular a la sociedad civil y el sector privado;
- a que contribuyan a la emancipación de los individuos y los grupos, especialmente los marginados, y tomen medidas para mejorar las condiciones sociales que afectan a su salud;
- a que generen métodos y datos científicos nuevos, o utilicen los existentes, adaptándolos a los contextos nacionales con el fin de abordar los determinantes y los gradientes sociales de la salud, así como las inequidades sanitarias;
- a que elaboren y utilicen sistemas de información sanitaria y medios de investigación para seguir y medir la salud de las poblaciones nacionales, y a que los mejoren, si fuera necesario, con datos desglosados, por ejemplo, por edad, género, origen étnico, raza, casta, ocupación, educación, ingresos y empleo, donde lo permita la legislación nacional y el contexto, de modo que puedan detectarse las inequidades sanitarias y pueda medirse el impacto de las políticas sobre la equidad sanitaria.

13. Las iniciativas emprendidas en todo el mundo para luchar contra las desigualdades sanitarias son muy variadas. Uno de los enfoques, como el adoptado en Brasil, contempla la creación de una comisión nacional sobre determinantes sociales de la salud centrada en tres compromisos básicos con la equidad, los datos fácticos y la intervención. Otro planteamiento, basado en los estudios regionales de 22 países europeos, se centra en mejorar las oportunidades educativas, la distribución de los ingresos, el comportamiento relacionado con la salud y el acceso a la atención médica a fin de reducir las desigualdades en salud. Otra de las iniciativas se enfoca en el estudio de las redes de conocimiento para encontrar oportunidades de mejora de las medidas en ámbitos esenciales, subrayando (como es lógico) el papel fundamental que los Gobiernos nacionales y la sociedad civil desempeñan en el logro de una mayor equidad sanitaria.

14. Es de esperar que el futuro depare avances más positivos en la tarea urgente de mejorar las condiciones de salud por medio de acciones concertadas que incluyan a los determinantes sociales de la salud. Como se afirma en un editorial de *The Lancet* (noviembre de 2008): «Todas las sociedades deben esforzarse por subsanar sus brechas en materia de equidad sanitaria, en una generación. Hay demasiado en juego para no hacerlo.»

DIMENSIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y LA SALUD



DIMENSIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS DE LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y LA SALUD

a. La aparición de la noción de responsabilidad social

15. Las obligaciones morales están profundamente arraigadas en las relaciones sociales y, como tales, son parte integral de las sociedades. Habitan en el contexto de las instituciones sociales, como la familia, así como en las prácticas sociales, tales como el cumplimiento de una promesa. Son independientes de la ley en tanto que no suelen ser justiciables. De hecho, cuando se convierten en obligaciones justiciables, es evidente que las leyes en cuestión tienen su origen en los compromisos y responsabilidades sociales cuyo incumplimiento acarrea consecuencias sociales absolutamente inaceptables que la sociedad trata de remediar. Por añadidura, a lo largo de los siglos, las principales religiones del mundo han extendido la noción de responsabilidad más allá de los lazos familiares, a las comunidades y los países, y por encima de las fronteras nacionales.

16. Sin embargo, el uso de la expresión «responsabilidad social» es muy reciente. El término apareció en el contexto de la ética de las empresas e instituciones privadas, como forma de definir las obligaciones morales que estas empresas tienen con las sociedades donde se arraigan, por encima de los límites y deberes que establece la ley. Esta expresión relativamente nueva implica que la noción de responsabilidad se extiende de los individuos a los grupos y comunidades, así como del sector privado a las instituciones y empresas públicas, ya que las últimas comparten el mismo ámbito de actividad y producen efectos que pueden beneficiar o perjudicar a trabajadores, proveedores, clientes, a otras personas interesadas o al medio ambiente. Las instituciones y las empresas no sólo tienen una personalidad jurídica, sino también una «moral».

17. La responsabilidad social debe entenderse como parte de lo que tradicionalmente se ha llamado obligaciones morales. Estas obligaciones no pueden ser impuestas por otros ni por el Estado. La diferencia entre las obligaciones legales y morales no supone que las últimas sean menos importantes. Simplemente implica que no hay coacción legal para someterse a ellas. No obstante, cuanto más graves son las consecuencias en caso de incumplimiento de estas normas, mayor es la obligación moral de observarlas. Esto es cierto, sobre todo, si tenemos en cuenta las obligaciones que se derivan de un derecho fundamental. Por tanto, el concepto de responsabilidad social se amplía tanto a escala nacional como transnacional: no se trata sólo de actos de caridad.

18. Este es el contexto del análisis ético del artículo 14 de la Declaración. Está en juego un derecho fundamental, así como el conocimiento de los límites para alcanzarlo. La novedad y la importancia de este artículo es que amplía de manera explícita el concepto de responsabilidad social, pues lo aplica tanto al sector privado como al público. Por esta razón, la tarea de la responsabilidad social debe ser compartida por el sector privado y los Estados y Gobiernos, que son llamados a cumplir con las obligaciones específicas empleando todos los recursos a su alcance con el fin de poner en práctica y lograr

progresivamente el pleno cumplimiento de este derecho. El artículo 1.2 de la Declaración hace hincapié en que la Declaración «va dirigida a los Estados». Los artículos 21, 22, 23 y 24 reafirman sus responsabilidades irrevocables.

b. El amplio alcance del artículo 14

19. El artículo 14.1 es de vital importancia para entender de forma adecuada el amplio alcance del artículo en su conjunto. Se establece claramente que la promoción de la salud y el desarrollo social no es sólo un objetivo, sino un «cometido esencial de los Gobiernos». Este cometido no debe perseguirse únicamente mediante la persuasión moral, sino que debe ser el eje de una política gubernamental intencionada. El carácter central de este cometido es fácil de justificar en la tradición democrática, así como desde la obligación, simple y básica, que tiene la autoridad de proteger a los ciudadanos ante la amenaza de guerra o violencia. En nuestro tiempo también se incluye el riesgo de muerte debido a enfermedades (no tratadas) como una de las principales amenazas que afrontan los ciudadanos. Por tanto, la legitimidad de la autoridad debe residir en la capacidad de proteger a los ciudadanos frente a las amenazas actuales. He aquí una razón para que la promoción de la salud y la protección contra las amenazas a la salud sean un objetivo principal del Gobierno. Igualmente, los Estados tienen la obligación de proteger a los ciudadanos frente a las amenazas sociales, como la pobreza o el deterioro grave del medio ambiente.

20. El artículo 14 también deja claro que «todos los sectores de la sociedad» deben participar en la promoción de la salud y el desarrollo social. La salud es un bien básico, ya que contribuye significativamente al bienestar y la satisfacción. El bienestar y la prosperidad individuales están relacionados con el desarrollo social. Este es un enunciado normativo y no descriptivo, y tal vez sea la afirmación más importante del artículo. Implica que la salud y el desarrollo social no sólo interesan al sector sanitario sino a todos los sectores de la sociedad (por ejemplo, las autoridades educativas y las empresas privadas). Es posible que una parte de la sociedad no se sienta responsable de la salud y el desarrollo social, y no actúe de manera a promoverlos. El artículo 14 niega la legitimidad de tales actitudes. Ningún sector de la sociedad ni ciudadano individual puede eludir la responsabilidad de fomentar la salud y el desarrollo social.

21. Como corolario, si un sector de la sociedad no se toma en serio esta responsabilidad, las críticas son válidas, ya sea que vengan del Gobierno, de la sociedad civil o de ciudadanos individuales. Puede resultar difícil identificar al destinatario exacto de las críticas porque, aun desde una comprensión intuitiva de lo que es «un sector de la sociedad», es inhabitual encontrar algún representante electo o natural de un sector concreto a quien dirigirnos. Por ejemplo, podemos pensar que la industria alimentaria mundial no se toma en serio su responsabilidad de prevención de la obesidad, pero tal vez no exista un representante fácilmente identificable de esa industria a quien podamos dirigir nuestras quejas o que sea capaz de actuar al respecto.

c. El artículo 14 y las nociones de salud y desarrollo social

22. Estas son las dos corrientes principales en la concepción filosófica de la salud:

- la teoría bioestadística: la salud como estado de funcionamiento típico de las especies;
- la concepción teórico-práctica: la salud como capacidad de alcanzar de forma autónoma las metas elegidas.

23. La teoría bioestadística de la salud considera la salud como un estado biológico objetivo que se puede definir respecto de la capacidad de normal funcionamiento de las especies, en relación con una clasificación de referencia que empareja edad y sexo. Un órgano sano es, pues, el órgano de una especie que funciona normalmente, y un organismo sano es un organismo en el que todas las partes funcionan al nivel normal de su especie. El atractivo de esta teoría de la salud es que aparentemente es objetiva, está exenta de valores y vinculada exclusivamente a la biología. Esta teoría ha sido criticada por ocultar los elementos de valor en la identificación de necesidades, intervenciones y resultados sanitarios.

24. La concepción teórico-práctica de la salud concibe la salud como el conjunto de propiedades biológicas y mentales que permite que un individuo alcance sus objetivos. Por tanto, el individuo sano no se encuentra limitado por la biología en la consecución de unos objetivos razonables. Esta concepción está abiertamente cargada de valores en el sentido de que lo considerado sano por una persona puede no serlo para otra si tienen objetivos de vida razonables distintos. Los valores también condicionan lo que se consideran «objetivos razonables». El atractivo de esta teoría de la salud es que plantea una relación intrínseca entre la salud y las principales razones por las que valoramos la salud. Ha recibido críticas, por un lado, por permitir que demasiados estados sean clasificados como sanos (para personas que tienen objetivos de vida limitados) y, por otro lado, por permitir que demasiados estados sean clasificados como poco sanos (para personas que tienen metas ambiciosas en la vida).

25. Puede que la concepción teórico-práctica sea más próxima a la concepción y el valor de la salud consagrados en el artículo 14.2a de la Declaración: «La salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano». De hecho, queda claro que esta no es una concepción puramente biológica. Sin embargo, en muchas decisiones normativas (por ejemplo, en relación con las intervenciones en salud pública) no importa qué concepción de la salud adopte el legislador. Existe un amplio traslape entre lo que ambas teorías consideran como estados sanos o poco sanos. La mayoría de las personas que se vean afectadas por las medidas legislativas serán consideradas poco sanas y necesitarán mejorar su salud.

26. Determinar el contenido del concepto de «desarrollo social» es más complicado, en parte debido a que el término «social» es difuso y en parte porque el concepto de «desarrollo» es debatible. Los cambios sociales positivos pueden ocurrir en el conjunto de los sectores y actividades de la sociedad, pero no todos tienen la misma importancia. Por ejemplo, sería extraño considerar como un desarrollo social que los adolescentes mejoren

su capacidad para afinar al cantar y mantener el ritmo, y que el Gobierno lo promueva como objetivo primordial, aunque sin duda sea un cambio social beneficioso.

27. Por tanto, tenemos que pensar a qué tipo de desarrollos sociales hacen referencia las obligaciones señaladas en el artículo 14. La explicación parcial que recoge el artículo 14.2a ofrece ayuda a este respecto. Cualquier cambio social que mejore uno de los ámbitos aquí mencionados (acceso a atención médica de calidad y a medicamentos esenciales; acceso a agua potable y alimentación adecuada; mejora de las condiciones de vida y el entorno; erradicación de la marginación y la exclusión de personas por cualquier motivo; reducción de la pobreza y el analfabetismo) constituye en sí mismo un desarrollo social que debe ser promovido por los Gobiernos y todos los sectores de la sociedad.

28. Es importante señalar que los avances sociales que se deben promover se refieren al progreso en las condiciones materiales (por ejemplo, el acceso al agua y la protección del medio ambiente), las estructuras formales y culturales (por ejemplo, la eliminación de la marginación y la exclusión), y la educación (por ejemplo, la reducción del analfabetismo). La promoción del desarrollo social tiene un alcance amplio y está ligado intrínsecamente al de la salud, ya que los ámbitos de desarrollo social constituyen al mismo tiempo los determinantes sociales de la salud.

d. El estatus de la salud como «un bien»

29. Como se mencionó anteriormente, el artículo 14.2a afirma que «la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano». Pero ¿qué clase de bien constituye la salud exactamente?

30. Muchas teorías filosóficas y éticas aceptan que la salud es un bien básico, ya sea por sí misma o debido a los fuertes vínculos entre la salud, el bienestar y la participación social. El hecho de que algunas personas no valoren su salud o no den importancia a la salud de los demás no menoscaba estos argumentos. Sin duda, tener ciudadanos sanos es un beneficio para la sociedad, pues la salud es un bien social o público. La salud de las personas contribuye a mejorar la situación social en su conjunto.

31. Algunas teorías éticas sostienen el argumento de que hablar de la salud como un bien público supone tratarla como una mercancía y no como una necesidad básica. Incluso aunque estemos de acuerdo con este enfoque, resulta difícil eludir la obligación de contribuir al acceso universal a la atención médica.

32. La aparición y reaparición de enfermedades y pandemias transmisibles hacen hincapié en la importancia de tener una visión global acerca de la salud desde una perspectiva económica y ética. Esta perspectiva, que se aleja de la bioética centrada en el individuo, debe tomar en consideración las diferencias culturales y de contexto. El remedio y el cuidado no tienen la misma prioridad y no se reflejan en las mismas políticas de cada país. Sin embargo, los líderes políticos de todos los Estados deben esforzarse por asignar recursos a la prevención de las enfermedades y la protección y la promoción de la salud. Considerar la salud como un bien común universal también puede alentar

a los países a comprometerse para trabajar por una distribución más equitativa de los recursos sanitarios.

e. La salud como derecho humano

33. En diciembre de 2008 se cumplió el 60 aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que constituye la base del código internacional de los derechos humanos. Este código recoge un conjunto de normas acordadas mundialmente para guiar y evaluar la conducta de los Gobiernos en un amplio abanico de sectores y tiene una influencia directa en la medicina, la salud pública y los sistemas sanitarios. La falta de atención médica y la ausencia de un compromiso por fomentar la salud vulneran directamente el derecho que es la piedra angular de todos los demás: el derecho a la vida.

34. Sin embargo, el acceso a la atención médica y el derecho a la salud no son sinónimos. Por supuesto, es imposible asegurar algo parecido a un derecho a estar sano toda la vida. A su vez, el simple derecho a la atención médica puede parecer demasiado limitado para incluir factores importantes como unas condiciones medioambientales seguras o un saneamiento adecuado. Por tanto, la comunidad internacional ha aclarado el concepto del derecho a la salud tanto en su significado como en su alcance. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) incluye como disposición principal el derecho a la salud en la legislación internacional sobre derechos humanos con una especificación decisiva: «Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (artículo 12). Lo que es realmente alcanzable es el contenido del derecho y no lo que cada persona crea que es posible.

35. Aceptar su cumplimiento como norma supone aceptar que lo que debemos hacer no se puede conseguir de la noche a la mañana, pues está expresamente sujeto tanto a su consecución progresiva como a la disponibilidad de recursos. Al mismo tiempo, este derecho humano «fundamental» abarca muchas obligaciones y metas: atención médica, acceso a agua potable, saneamiento adecuado, educación, información sanitaria y demás determinantes de la salud subyacentes. Comprende libertades, como el derecho a no ser discriminado y a no recibir tratamiento médico de manera involuntaria, y derechos como los servicios esenciales de atención médica primaria. El derecho a la salud requiere un sistema sanitario de calidad que sea eficaz y receptivo, que esté integrado y que sea accesible a todos.

36. Su consecución progresiva significa también que el país tiene que mejorar sus resultados en materia de derechos humanos de manera constante. Si no se observa evolución, el Gobierno de ese país debe ofrecer una explicación racional y objetiva. Se espera más de los países de renta alta, ya que disponen de más recursos, que de los países de renta baja. Sin embargo, el derecho a la salud también conlleva algunas obligaciones inmediatas, como la no discriminación y la exigencia a los Estados de tener un plan nacional de atención y protección sanitarias. Por añadidura, el derecho a la salud precisa

que existan indicadores y puntos de referencia para supervisar su consecución progresiva y que las personas y las comunidades disfruten de oportunidades para la participación activa e informada en las decisiones en materia de salud que les afecten. En virtud de la normativa internacional sobre derechos humanos, los países de renta alta tienen algunas responsabilidades en lo concerniente a la consecución del derecho a la salud en los países de renta baja. Debido a que el derecho a la salud acarrea derechos y obligaciones legales, se necesitan mecanismos eficaces de supervisión y rendición de cuentas.

37. De acuerdo con el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2007), este derecho se compone de normas de alcance mundial que generan obligaciones legales que requieren la existencia de mecanismos eficaces de rendición de cuentas. El efecto combinado de estos tres elementos - normas, obligaciones y rendición de cuentas - puede dar lugar a la emancipación de las personas y comunidades desfavorecidas.

f. Responsabilidad social, justicia, solidaridad e igualdad

38. Con independencia del contenido del concepto de dignidad humana en las diferentes culturas y tradiciones, un derecho fundamental debe concebirse en términos de igualdad. Esto significa que, a raíz de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, las distinciones por motivo de «raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición» y las fundamentadas en «la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona» (artículo 2) no deben constituir factores de restricción y limitación. No obstante, en el caso de la atención médica, lo que se puede reclamar como un derecho no es la búsqueda del nivel más alto, sino más bien del grado máximo que se pueda lograr. La posibilidad de alcanzar esa meta es una idea que ya se ha subrayado y que implica el reconocimiento de ciertos límites. ¿Implica, por la misma razón, la aceptación de las desigualdades? Las desigualdades enormes y crecientes son en realidad lo que vemos en los ámbitos nacional y, sobre todo, internacional.

39. En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas del año 2000, los Jefes de Estado reconocieron que tienen tanto «responsabilidades separadas» con respecto a sus propias sociedades como una «responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial». En consecuencia, el *Documento de debate* publicado en 2008 por la OMS (*Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica*) subraya dos niveles diferentes de responsabilidad. La primera y principal obligación de los Gobiernos es para con las personas de quienes son directamente responsables. Además de este deber, existe la obligación de ayudar a otros países, que se incrementa en la medida en que se disponga de más recursos y los Gobiernos en el extranjero carezcan de los medios para proteger la salud de su

población. Esta obligación también puede implicar algunas medidas legislativas.

40. Los debates actuales sobre justicia, solidaridad e igualdad son relevantes para que exista una adecuada comprensión de la justificación y el alcance de las obligaciones impuestas por el artículo 14, sobre todo debido a que estos conceptos se mencionan en artículos anteriores de la Declaración. Lo máximo de igualdad sigue siendo el objetivo final cuando el derecho de todas las personas a la vida está en juego. El criterio de equidad y justicia debe garantizar como mínimo la defensa de la dignidad humana de todas las personas. En el ámbito nacional, el disfrute del grado máximo de salud que se pueda lograr y el acceso a atención médica de calidad sin distinción - entre otras - por motivo de las circunstancias económicas, son objetivos obligatorios para los Gobiernos. En el contexto transnacional, los Estados conservan la libertad de elegir qué hacer, incluso dentro de un marco innovador de integración política. Por ejemplo, la Unión Europea ha reafirmado en el Libro Blanco de la Comisión del 23 de octubre de 2007 (*Juntos por la salud: Un planteamiento estratégico para la UE, 2008-2013*) que «el ámbito de la salud es responsabilidad fundamental de los Estados Miembros». Por tanto, el papel de otros organismos de coordinación gana importancia, y el llamamiento a la solidaridad se vuelve inevitable.

41. De acuerdo con el concepto grupal de solidaridad social, se da el caso de que sin la existencia de un grupo definible del cual una persona puede sentirse miembro, la solidaridad no tiene sentido. En la mayoría de los grupos habrá una tendencia a preferir a otros miembros del grupo o a ser benevolente con ellos. Pero la solidaridad requiere más que eso, lo que implica un componente de justicia. Exige una idea de vida o destino compartidos. También presupone un sentido de pertenencia, integración o arraigo de cada miembro individual dentro del grupo. Este sentido de pertenencia representa la motivación subyacente que convierte la aceptación pasiva del destino común en trabajo activo en pos de la consecución de unos objetivos comunes. Si puede aprovecharse la solidaridad para alcanzar objetivos como la promoción de la salud y el desarrollo social, puede ser una fuerza poderosa y motivadora.

42. Por añadidura, la solidaridad puede desempeñar un papel relevante como complemento eficaz a la falta de normas jurídicamente vinculantes. El concepto de salud como un bien común universal anima a los países a trabajar por una distribución más equitativa de los recursos sanitarios: vacunas, medicamentos, innovación e investigación. Todos sabemos que el progreso científico no se detendrá, pero su aplicación debería beneficiar a todas las regiones del mundo y no sólo servir para que los países ricos mejoren la calidad de vida de sus ciudadanos, mientras que los países pobres todavía carecen de lo necesario para sobrevivir dignamente. Desde esta perspectiva, la salud se convierte en una responsabilidad «social» compartida, a fin de que todo ser humano pueda disfrutar del más alto nivel posible de dignidad y calidad de vida.

g. Relación del artículo 14 con otros artículos de la Declaración

43. No se puede interpretar el artículo 14 de la Declaración como un fragmento aislado de texto. De acuerdo con el artículo 26 de la Declaración, cualquier interpretación debe tener en cuenta la Declaración en su conjunto, los demás principios en especial. Estos restringen las posibles interpretaciones y orientan acerca de los valores fundamentales que subyacen a la Declaración.

44. En primer lugar, el artículo 14 debe leerse a la luz del artículo 13 sobre la solidaridad y la cooperación: «Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto». Este artículo recoge el compromiso de basar la Declaración no sólo en el concepto individualista de los derechos, sino también en el reconocimiento de la importancia de la solidaridad entre personas y comunidades, con especial atención a las personas consideradas vulnerables (Art. 8). La cooperación entre personas, familias, grupos y comunidades debe ser motivo de preocupación especial en la adopción de decisiones importantes y el establecimiento de prácticas apropiadas en el ámbito de la Declaración. En el presente, el carácter internacional de la atención médica es más importante que nunca. Las enfermedades raras, que a veces son descuidadas por los sistemas de salud nacionales, pueden ser muy peligrosas en otras partes del mundo, y para combatirlas es necesaria la cooperación internacional. En otros casos, como la prevención del VIH/SIDA y las pandemias de gripe, los aspectos éticos de la atención sanitaria traspasan de manera inevitable las fronteras nacionales.

45. A medida que los avances científicos y tecnológicos son percibidos como esenciales para la salud y el desarrollo social, se hace evidente que los artículos 15, 23 y 24 son también muy importantes para el fomento de dichos avances. Por añadidura, estos artículos afirman que los países ricos e industrializados tienen una responsabilidad especial en lo que respecta a la promoción del aprovechamiento compartido de los beneficios, la solidaridad y la cooperación internacional en el campo de la ciencia y la tecnología a través de la ayuda que prestan a los países en desarrollo en el aumento de su capacidad. Esto les permitirá hacer uso de los frutos del progreso científico y tecnológico, así como elaborar sus propias políticas de investigación y conocimiento científico y tecnológico propios.

46. El artículo 15 se hace eco del artículo 14 en lo tocante a los beneficios que aportan la investigación científica y sus aplicaciones, y a la necesidad de compartirlos con la sociedad y la comunidad internacional. En él se identifican, como ámbitos concretos del aprovechamiento compartido, el acceso a la atención médica de calidad y la provisión de nuevos medios de diagnóstico, tratamientos o medicamentos obtenidos gracias a la investigación.

47. La relevancia del artículo 21 (Prácticas transnacionales) respecto del artículo 14 estriba en el papel fundamental que se atribuye al «progreso científico y tecnológico» en la promoción de la salud y el desarrollo social. El artículo 21.3 establece que la investigación médica transnacional «debería responder a las necesidades de los países anfitriones». Esto implica que la promoción de la salud y el desarrollo social no es competencia únicamente del Gobierno del país que alberga la investigación transnacional. Los Estados que patrocinan la investigación transnacional también tienen

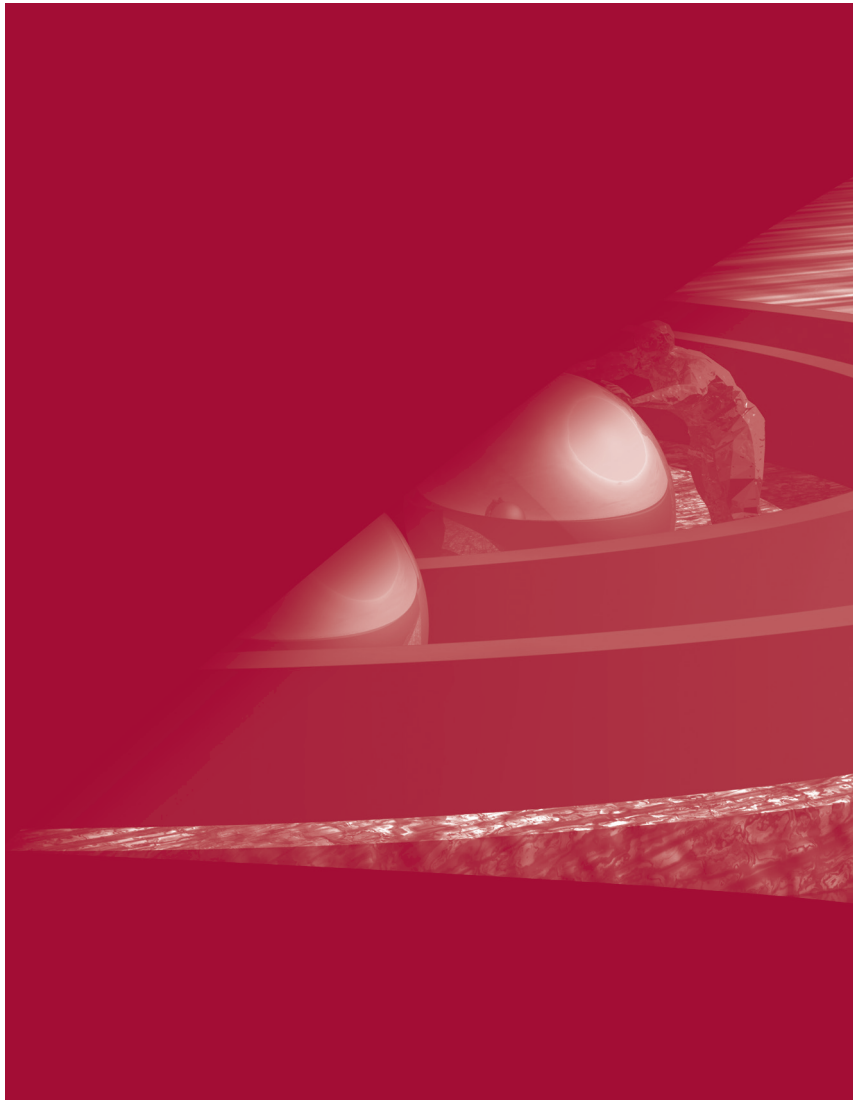
la responsabilidad de garantizar que la investigación transnacional llevada a cabo en un país anfitrión contribuya a satisfacer las necesidades de investigación de ese país en particular. Por otra parte, el artículo 21 no sólo se refiere a los Estados y Gobiernos que participan en prácticas transnacionales, sino también a las instituciones públicas y privadas asociadas con este tipo de prácticas. Esto implica que la promoción de la salud y el desarrollo social en un país que acoge la investigación transnacional es también una responsabilidad compartida entre las citadas instituciones implicadas.

48. El artículo 22 también resulta especialmente relevante para la aplicación del artículo 14. El artículo 22.1, al afirmar que «Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración», hace hincapié en el compromiso de los Estados por la implementación de medidas adecuadas que faciliten la aplicación concreta del principio de responsabilidad social y salud. El artículo 22.2 destaca el papel de los Estados en la creación de comités de ética independientes, multidisciplinarios y pluralistas. La importancia de este tipo de instituciones en relación con el artículo 14 estriba en el papel que podrían desempeñar en el desarrollo de políticas que prioricen la investigación sostenible en el ámbito de la salud y el desarrollo social en los países interesados.

49. La relevancia del artículo 23 (Educación, formación e información en materia de bioética) respecto del artículo 14 estriba en el papel fundamental que se atribuye al «progreso científico y tecnológico» en la promoción de la salud y el desarrollo social, en tanto en cuanto se base en:

- la producción, la implementación y la aplicación de productos científicos y tecnológicos en función del contexto, y
- la sensibilización y concienciación de investigadores, políticos y público general acerca de las implicaciones éticas y las posibilidades que ofrece el progreso científico y tecnológico.

ÁMBITOS ESPECIALES DE INTERÉS



IV. ÁMBITOS ESPECIALES DE INTERÉS

a. Atención médica

50. La mejora de la salud no sólo es un resultado del desarrollo sino también un requisito previo para el desarrollo. En consecuencia, la inversión en salud produce una de las más altas tasas de rendimiento que un país puede lograr. A pesar de los importantes avances biomédicos y biotecnológicos, que han ofrecido resultados positivos en la reducción de la morbilidad y la mortalidad, el acceso a la atención médica dista de ser satisfactorio. Existe una diferencia creciente entre los conocimientos médicos y la práctica médica, que suele recibir el nombre de «brecha entre el saber y el hacer». Millones de personas no tienen acceso a una atención médica de calidad. Incluso en los países desarrollados, muchos tratamientos preventivos muy asentados no son utilizados; de ahí surgen complicaciones y, a veces, la necesidad de utilizar tratamientos más costosos cuando aparece la enfermedad que podía haberse evitado. Muchos tratamientos eficaces son a menudo infrutilizados o mal utilizados.

51. Algunos ejemplos ilustran la magnitud de este problema. Según el Informe de 2008 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), se estima que, a finales de 2007, 33,2 millones de personas vivían con el VIH, de las cuales 2,1 millones eran niños, mientras que 2,1 millones de personas murieron de SIDA. Un total de 6.800 personas contraen el VIH cada día a causa de la falta de acceso a medios eficaces y asequibles para prevenir la transmisión del VIH. Sólo alrededor de 2.700 personas reciben terapia antirretroviral a diario. A pesar de los avances, la terapia antirretroviral sigue ofreciendo una cobertura escasa: sólo el 31% de las personas necesitadas recibían tratamiento antirretroviral en 2007. Ese año, se estima que 2,5 millones de personas se contagiaron de VIH. Hace años que la transmisión de madre a hijo es casi totalmente prevenible; sin embargo, sólo un tercio de las mujeres embarazadas contagiadas reciben medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión, y aún menos mujeres reciben medicamentos para su propia salud. Según la OMS, 27 millones de niños no han sido vacunados para prevenir diferentes enfermedades; muchos pacientes no reciben tratamientos probados científicamente; aproximadamente el 30% de los pacientes que han sufrido infarto de miocardio no reciben medicación para prevenir nuevos infartos; el 50% de los pacientes con enfermedad coronaria no reciben betabloqueadores, sólo el 37% recibe estatinas y menos del 40% tienen el colesterol LDL por debajo de 100, mientras que todos estos son factores de prevención de nuevos problemas coronarios. La hipertensión no detectada y no tratada, la depresión y las fallas en la atención prenatal son ejemplos de servicios médicos infrutilizados.

52. Por contra, el uso de algunas medidas tecnológicas es excesivo, lo que impide aplicar los escasos recursos a los pacientes que los necesitan. Por ejemplo, algunos pacientes se someten a intervenciones médicas en circunstancias en que la relación entre riesgo y beneficio es inaceptable. Otros se someten a tratamientos costosos por

el simple hecho de que existe la tecnología sin que haya una expectativa razonable de recibir un beneficio. Por otra parte, existe un conjunto de tratamientos nuevos, cuyos beneficios han sido probados científicamente, que compiten con tratamientos tradicionales que no han demostrado de manera fiable su eficacia y que, a menudo, muestran resultados negativos. Además, los tratamientos fiables para una aplicación clínica específica se usan también en otros contextos clínicos sin que existan pruebas acerca de su seguridad o eficacia. Los antibióticos se usan con frecuencia en exceso, lo que aumenta las reacciones negativas y la resistencia antibiótica. Otros informes aportan más ejemplos de uso excesivo en los casos de angiografías coronarias, endarterectomía carotídea, endoscopias gastrointestinales e implantación de marcapasos.

53. La escasez de recursos es la barrera más significativa a nivel mundial que dificulta la mejora de la salud mediante medidas de atención sanitaria. El coste de la atención médica ha elevado el gasto potencial en salud muy por encima de los límites presupuestarios realistas de todos los países, incluso en los países más ricos. El aumento de los gastos sanitarios reduce las posibilidades de que muchos pacientes reciban el tratamiento que pueden necesitar.

54. Incluso si se acepta que no es posible alcanzar una plena igualdad de acceso a la mejor atención posible, cada miembro de la sociedad, cualquiera que sea su posición económica, debe tener acceso equitativo a un nivel adecuado de atención médica. Para que un sistema sanitario sea justo y equitativo, necesita primeramente ser eficiente, de manera que los recursos no se desperdicien y, por tanto, se les nieguen a los pacientes. Sin embargo, podría parecer que el llamamiento a la eficiencia exige que la inversión en recursos médicos aspire a maximizar los beneficios. Este punto de vista implicaría, por ejemplo, que se niegue la atención a algunos grupos de pacientes necesitados, como los enfermos crónicos, los ancianos y las personas con discapacidad, debido a que la eficiencia sería mayor con otros pacientes. Esto no sería equitativo. Por tanto, es necesario gestionar la difícil relación entre la eficiencia y la equidad en las decisiones sobre tratamiento. En consecuencia, habrá que dar respuesta a cuestiones éticas importantes como las siguientes: ¿Es conveniente que todas las nuevas tecnologías sean accesibles a todos los pacientes? ¿Es conveniente tratar a todos los pacientes? ¿Es conveniente que la capacidad de beneficiarse de un tratamiento constituya el umbral que identifique las necesidades de tratamiento de un paciente o es conveniente que el grado de beneficio determine quién debe recibir un tratamiento?

55. Hoy en día, se acepta que la asignación de recursos es un elemento importante para la salvaguarda de la responsabilidad social en la atención médica. ¿Qué criterios se deben seguir? No es sencillo encontrar soluciones y hacer frente a estos problemas. En primer lugar, es preciso un ambicioso programa educativo y consultivo que debe incluir a todos los miembros de la sociedad, seguido de un profundo proceso de deliberación con las siguientes metas:

- definir los conceptos de salud y enfermedad, comprender los límites de la aplicación de la tecnología;
- diseñar estrategias para la definición de las necesidades de atención médica,

- así como los criterios para establecer un nivel mínimo digno de atención médica;
- debatir unos criterios razonables de aplicación y aclarar los límites de los derechos de los pacientes en cuanto al uso de las nuevas tecnologías;
 - observar y evaluar la relación entre el acceso equitativo a la atención médica y su eficiencia.

b. Investigación

56. Para la mejora de la salud es preciso aplicar de manera efectiva la investigación dirigida a crear nuevo conocimiento y nuevas tecnologías. Esto incluye el espectro completo de la investigación: las ciencias biomédicas (que crean nuevos medicamentos, vacunas, diagnósticos y aparatos que son asequibles y accesibles); la investigación sobre políticas y sistemas sanitarios; la investigación en ciencias sociales, ciencias políticas, y en economía del sector sanitario; la investigación conductual y operativa; la investigación epidemiológica sobre la relación entre la salud y los entornos culturales, físicos, políticos y sociales, y la elaboración de unas directrices de buenas prácticas.

57. La investigación médica puede hacer una contribución importante tanto a la salud como al desarrollo social en general. En 2008, el Foro Ministerial Mundial de Bamako, reunió a representantes ministeriales y ministros de Salud, Ciencia y Tecnología y Educación de 62 países, que reconocieron que, en un mundo que se enfrenta desafíos ambientales, demográficos, sociales y económicos, la investigación es esencial para aclarar la naturaleza y el alcance de los problemas de salud, desarrollar e implementar medidas eficaces para salvar vidas y acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El conocido como «Llamamiento a la acción de Bamako» insta a los Gobiernos nacionales a dar prioridad al desarrollo de políticas de investigación e innovación para la salud como parte de sus estrategias nacionales más amplias.

58. Muchos países necesitan ayuda internacional para asegurar que la investigación para la salud sea parte del conjunto y se adapte de manera a mejorar los sistemas nacionales de investigación sanitaria.

59. Por añadidura, una cantidad escasa de los recursos mundiales de investigación para la salud se destinan a resolver los problemas de salud específicos de los países en desarrollo. En 1990, la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo estimó que menos del 10% de los recursos mundiales de investigación para la salud (un total de 30.000 millones de dólares estadounidenses en 1986) se destinaban a los problemas de salud de los países en desarrollo, que representaban más del 90% de los problemas sanitarios mundiales. Este desequilibrio se conoció posteriormente como «la brecha 10-90». En el presente, el gasto mundial en la investigación para la salud es mucho mayor: la última estimación sitúa la cifra en 105.900 millones de dólares estadounidenses para el año 2001, de los cuales el 44% corresponden al sector público, el 48% al sector privado con ánimo de lucro y el 8% al sector privado sin ánimo de lucro. A pesar de estos incrementos positivos, existe aún una enorme falta de inversión en investigación

para la salud que afecta a las necesidades de los países de renta media y baja.

60. En especial, se necesita más investigación para hacer frente a la falta de medicamentos y tecnología apropiados que permitan afrontar los múltiples problemas que plantean las enfermedades transmisibles y crónicas en muchos países en desarrollo, y para aportar conocimientos y pruebas sobre las políticas, sistemas y servicios que funcionan en diferentes lugares y entornos, acerca de lo que falla y lo que se necesita para mejorar las circunstancias de la manera más rentable.

61. Al término del 8° Foro, celebrado en 2004 en la Ciudad de México, se hizo la siguiente sugerencia sobre la financiación en investigación:

Con el fin de proporcionar los recursos necesarios para la investigación esencial en los países en desarrollo, instamos a los Gobiernos de estos países a asignar un mínimo del 2% de sus presupuestos sanitarios nacionales a la investigación para la salud, en virtud de la recomendación de la Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo de 1990. Estos fondos deben ser utilizados a nivel local en la investigación para la salud y el fortalecimiento de la capacidad de investigación. Asimismo, de conformidad con la recomendación de la Comisión, se insta a los donadores a destinar el 5% de sus fondos para el sector sanitario a la investigación para la salud y el fortalecimiento de la capacidad de investigación en los países en desarrollo. El control del uso de los fondos para el desarrollo de la capacidad es una actividad complementaria esencial.

62. Existe un problema con respecto a la percepción que los Gobiernos tienen de la investigación. Si perciben la investigación como un gasto y no como una inversión, los fondos serán escasos. Esto es más probable en los países pobres, donde los fondos son más limitados y tienen que cubrir unas necesidades mayores, de manera que la investigación para la salud se convierte en una prioridad menor. Así se crea un círculo vicioso que hace imposible lograr mejoras esenciales en los determinantes de la salud por medio de nuevos conocimientos y experiencia.

63. El diseño de programas de investigación en los países en desarrollo es importante. Pero, ¿quién debe diseñar estos programas en los países en desarrollo? ¿Qué métodos se deben emplear? Es importante capacitar a los países para que establezcan sus propios programas y prioridades. Los países tienen que involucrar en su diseño a todas las partes interesadas. Es necesario concentrar los escasos recursos en la investigación para la salud en los países pobres con el fin de optimizar los beneficios sanitarios y lograr la equidad. Es necesario asignar fondos para la investigación y percibir la investigación como una inversión. Aún si es difícil pedir a un Gobierno que dispone de un presupuesto de sólo unos pocos dólares por persona al año que gaste en salud y contribuya al programa de investigación, es necesario que ellos comiencen a hacerlo. La Declaración atribuye a los Estados Miembros la obligación de analizar cuidadosamente su gasto proporcional en salud, educación y defensa.

b. Industria

64. Toda actividad industrial conlleva una responsabilidad social. Las condiciones laborales pueden ser perjudiciales para las personas. La contaminación puede dañar el medio ambiente y poner en peligro el bienestar de la población. Las estrategias comerciales a menudo se utilizan para fomentar comportamientos poco saludables en relación con la alimentación y los estilos de vida. La propia investigación puede servir a actividades con ánimo de lucro más que a los intereses y necesidades de los individuos y la sociedad. En consecuencia, los científicos pueden verse expuestos a conflictos de interés que son siempre muy peligrosos debido a su influencia en la adopción de decisiones. La globalización ha aumentado la visibilidad de estos riesgos y ha restado eficiencia a los tradicionales medios institucionales de control.

65. Esta responsabilidad, que atañe a la industria farmacéutica en particular, incluye diferentes aspectos. Las agencias de desarrollo han instado a la industria farmacéutica (aunque algunas observaciones podrían aplicarse también a la investigación pública) a aumentar sus esfuerzos por hacer frente a la crisis sanitaria que afecta a los países en desarrollo. Consideran que una empresa socialmente responsable debe disponer de políticas que regulen el acceso al tratamiento en los países en desarrollo, e incluyan las cinco prioridades en materia de fijación de precios, patentes, iniciativas conjuntas público-privadas, investigación y desarrollo y uso adecuado de los medicamentos. Observan que, en la actualidad, la industria define su política de acceso en gran medida como una actividad filantrópica. Se han emprendido algunas iniciativas importantes. No obstante, sigue habiendo problemas críticos, como la fijación de precios.

66. La falta de interés generalizada por parte de la industria en la investigación orientada al desarrollo de nuevas vacunas y medicamentos para tratar las enfermedades tropicales y las dolencias típicas de los pobres podría explicarse por el alto coste de la investigación y los reducidos o negativos márgenes de beneficio que se esperan. Desde la creación de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y la firma del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), los países en desarrollo han sufrido aumentos en el coste de los medicamentos básicos, cuyas patentes proteccionistas permiten que la industria farmacéutica imponga su precio. En consecuencia, los grupos de población pobres no pueden disponer de algunos medicamentos básicos a precios asequibles. Sin embargo, la lógica productiva y comercial de la industria farmacéutica suele oponerse a los objetivos de salud pública de los países en desarrollo que se enfrentan a epidemias de enfermedades como el SIDA, la malaria y la tuberculosis. El precio demasiado elevado de los medicamentos los sitúa prácticamente fuera del alcance de las comunidades más pobres del mundo.

67. Una solución a los precios prohibitivos, que constituyen un obstáculo enorme, sería llegar a acuerdos con la industria farmacéutica que establezcan una diferenciación deliberada de precios entre países ricos y pobres, que permita que los últimos paguen únicamente los costes de producción y no los de investigación y desarrollo. La OMS y ONUSIDA han tenido cierto éxito en este sentido. Sin embargo, este sistema presupone

que los países pobres se comprometan a no reexportar los medicamentos a los países ricos y a garantizar que los productos se utilicen adecuadamente para reducir cualquier posibilidad de resistencia. Se ha revisado también el Acuerdo sobre los ADPIC en favor de los países más pobres. Aquellos que no cuentan con la capacidad de producir medicamentos pueden ahora solicitar una prórroga de las licencias obligatorias de productos genéricos protegidos por patentes, de manera que puedan ser importados de otros países. Aunque la cantidad de medicamentos genéricos es abundante, es probable que aumente en el futuro debido al vencimiento de las patentes.

68. Algunos importantes proyectos recientes poseen un componente solidario y no arrojarán beneficios. Algunos ejemplos son el nuevo Instituto de Enfermedades Tropicales en Singapur para la búsqueda de fármacos para la tuberculosis y el dengue, y el gran número de proyectos financiados con fondos privados que se destinan a nuevos tratamientos para la malaria, la elefantiasis, la oncocercosis, el VIH/SIDA, la lepra, el dengue y la enfermedad del sueño.

d. Educación

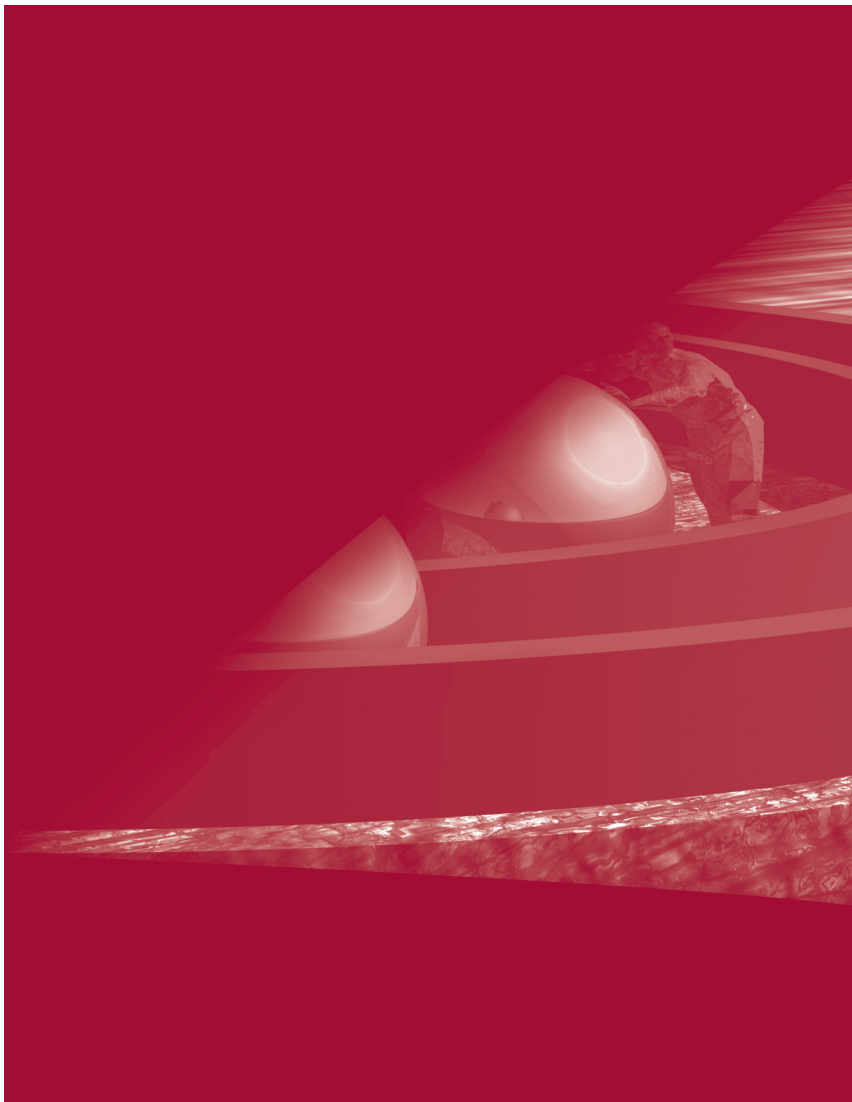
69. Se ha demostrado que el analfabetismo y la pobreza son dos de los factores principales que empeoran la salud y limitan el desarrollo social. También se sabe que la baja alfabetización afecta a la mortalidad y la calidad de vida. Por eso, el artículo 14 comienza abogando por la promoción de la salud y el desarrollo social y concluye con un llamamiento a la reducción de la pobreza y el analfabetismo. Según el Instituto de Estadística de la UNESCO, los datos actuales indican que alrededor de 774 millones de adultos no saben leer y escribir. En el África subsahariana, hay en la actualidad más adultos analfabetos que en 1990, y 150 millones de niños en edad escolar no están escolarizados conforme a una estimación mundial conjunta realizada por la UNESCO y UNICEF. Este número equivale a casi uno de cada cinco niños en todo el mundo. Por esta razón, millones de personas son incapaces de adquirir conocimientos sobre la salud, que se define como «el grado en que los individuos son capaces de obtener, procesar y entender la información sanitaria básica y los servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas».

70. El término analfabetismo también puede asociarse a la educación científica. En las denominadas sociedades del conocimiento es casi imposible que un país tenga la capacidad de hacer frente a los avances científicos sin una base sólida de investigadores. Esto significa que se debe instruir a los niños en ciencia a edades tempranas, con el fin de desarrollar una comprensión básica del mundo que les rodea y la capacidad de apoyar el desarrollo científico.

71. Es responsabilidad de los Gobiernos garantizar que el desarrollo de los recursos humanos del sector sanitario (por ejemplo, en odontología, enfermería, formación en obstetricia, etc.) en los países en desarrollo se integre con los sistemas sanitarios y los sistemas de asignación de fondos de esos países, conforme a las necesidades y demandas de los grupos desfavorecidos de la población.

72. Los Gobiernos también deben ofrecer oportunidades para la educación en bioética, como se pide en el artículo 18 de la Declaración. Gracias a la educación en bioética, los ciudadanos serán capaces de participar en los debates sobre las cuestiones morales que atañen a su país y a otros países.

LÍNEAS DE ACCIÓN



V. LÍNEAS DE ACTUACIÓN

73. La responsabilidad social de promover el nivel más alto posible de salud sólo se puede realizar mediante acciones concretas. Estas líneas de acción en este sentido son múltiples, como lo demuestran las décadas de experiencia en el cumplimiento del programa sanitario. Las estrategias expuestas en este informe constituyen una muestra que no es exhaustiva ni fácilmente aplicable a muchos países. Por tanto, reconociendo la existencia de una plétora de medidas alternativas, y con el debido respeto a la elección soberana de una estrategia nacional por parte de cada Estado Miembro, esta sección tiene como objetivo ofrecer una síntesis de lo que puede hacerse con el fin de traducir el principio de responsabilidad social y salud en políticas específicas, como se establece en el artículo 14 de la Declaración.

a. Procedimientos de adopción de decisiones

74. Es evidente que la consecución de los objetivos de promover la salud y el desarrollo social es costosa y que pocas sociedades, si las hay, disponen de los recursos para trabajar activamente por alcanzar de manera ideal las metas mencionadas en el artículo 14. Las sociedades tendrán que establecer prioridades entre y dentro de los objetivos. Los trabajos recientes sobre el establecimiento de prioridades en la atención médica y en la sociedad muestran de manera más general que no existe ningún algoritmo que pueda ofrecer respuestas indiscutibles acerca de los criterios para establecerlas. Sin embargo, este hecho no debe servir de justificación para no conseguir el mejor resultado posible dentro de estos límites.

75. El artículo 14 de la Declaración debe tomarse como modelo para definiciones más explícitas y detalladas de los conceptos relacionados con la solidaridad, la reciprocidad, la justicia y la dignidad, ya que están vinculados con la definición, la justificación y la aplicación de las políticas sanitarias de los Estados Miembros. Su alcance amplio y su definición imprecisa no deben impedir que los legisladores y responsables políticos lo consideren un paso adelante en la consolidación de un amplio acuerdo sobre los derechos y obligaciones vinculados a una de las funciones sociales más esenciales, que consiste en mejorar, conservar y fomentar el bienestar social a nivel individual y grupal, desde el respeto de la diversidad cultural, el cuidado de los más desfavorecidos, la rentabilidad económica y el esfuerzo por alcanzar la equidad y la calidad en la creación y prestación de servicios sanitarios.

76. Los procedimientos de establecimiento de prioridades hacen hincapié en la aplicación de un proceso justo que permita alcanzar un acuerdo sobre lo que es legítimo y justo. Los elementos clave incluyen la transparencia, justificaciones pertinentes y aceptables, y procedimientos de revisión de las decisiones. La idea básica que subyace al proceso consiste en aumentar la probabilidad

de que se prioricen las decisiones basadas en el compromiso con la justicia.

77. Se han identificado cuatro principios que de algún modo se consideran esenciales para los procedimientos de establecimiento de prioridades en materia de salud: tratar a las personas de manera equitativa, favorecer a los grupos más desfavorecidos; maximizar los beneficios totales en favor de la sociedad y promover o recompensar la utilidad social. La aplicación de estos principios generales debe atenerse a unas reglas de procedimiento acordadas para que se consideren legítimos. Cabe señalar, sin embargo, que los dos primeros principios pueden entrar en conflicto con los dos segundos de diversas formas. Por ejemplo, si bien es correcto fomentar la eficiencia con el fin de evitar malgastar los escasos recursos, es injusto negar la asistencia sanitaria a ciudadanos necesitados por el simple hecho de que un uso alternativo de los recursos puede suponer un mayor beneficio total. En tales casos, se negaría la atención a algunas de las personas más necesitadas, como los enfermos crónicos y las personas con discapacidad, sobre la base de que el grado de beneficio que pueden esperar es limitado. El apartado d) del artículo 14 se puede interpretar como una referencia a esos grupos.

78. Por tanto, es importante notar que el establecimiento de cualquier prioridad social entre y dentro de los objetivos planteados en el artículo 14 tendría que seguir un procedimiento legítimo de toma de decisiones. Más en general, el legislador que considere adoptar medidas que influyan en la promoción de la salud y/o el desarrollo social debe garantizar que tiene en cuenta el efecto de su decisión en todos los objetivos mencionados en el artículo 14. De lo contrario, existen muchas posibilidades de pasar por alto cuestiones importantes durante el proceso de adopción de decisiones. Por tanto, el artículo 14 puede servir de base para una lista de control aproximada que compruebe la razonabilidad de los argumentos dados por los responsables políticos para justificar las decisiones adoptadas en los ámbitos que trata el artículo.

b. Alcance transnacional

79. Puede parecer que el artículo 14 no tiene un alcance internacional. Asimismo, su redacción puede sugerir que abarca sólo y explícitamente a los Estados, pues todas las medidas que se describen en el artículo 14 forman parte de la actividad normal de los Gobiernos. En este contexto, es importante recordar que todos los artículos de la Declaración deben considerarse como parte de un todo. Esto significa que el artículo 21, que trata de las actividades transnacionales, debe esclarecer la lectura del artículo 14. Esto implica que, en mayor o menor medida, todos los Gobiernos participan en actividades con otros Estados. Las indicaciones del artículo 14 deben considerarse en relación con todas aquellas actividades que un Estado determinado realiza junto con otras naciones. Por ejemplo, una empresa que realiza su actividad en un país distinto del país donde se constituyó no puede eludir sus obligaciones con los ciudadanos del otro país que se ven afectados por sus intereses, alegando que sólo tiene obligaciones en «su país de origen». Así, por ejemplo, una empresa que externaliza la

fabricación de sus productos a otro país debería tomar muy en serio las condiciones de salud y seguridad de las personas que fabrican sus productos.

80. Otro posible aspecto transnacional del artículo 14 se refiere a la propiedad intelectual. El establecimiento de normas para el reconocimiento legal y la explotación de la propiedad intelectual es una de las maneras en que un Estado puede garantizar que «...los progresos de la ciencia y la tecnología...» (Art. 14.2) promueven la salud y el desarrollo social. Pero las normativas actuales de propiedad intelectual trascienden las fronteras de los Estados. En la medida en que la normativa de propiedad intelectual de un Estado tiene repercusiones en otros lugares o en las negociaciones relativas a las normas internacionales de propiedad intelectual, el Estado y los agentes sociales tienen la obligación de tener en cuenta los efectos de las normas en otros Estados. Existen disposiciones en la legislación internacional sobre patentes que tratan acerca de las cuestiones éticas en la aplicación de las patentes.

81. Los desastres naturales a menudo plantean unas exigencias a los sistemas sanitarios nacionales que exceden la capacidad de respuesta los países. En estos casos, la firma de acuerdos internacionales de cooperación intergubernamental para la prestación de asistencia mejoraría de manera sustancial la eficiencia en la prestación de asistencia llevada a cabo por organizaciones no gubernamentales. Estos acuerdos podrían contemplar la participación de estas apreciadas organizaciones a fin de capacitar a las comunidades afectadas.

c. Comités nacionales de bioética

82. De acuerdo con el artículo 19 c) de la Declaración, se deberían crear comités nacionales con miras a «evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración».

83. De acuerdo con la Declaración, los comités nacionales de bioética deberían ser organismos independientes, pluridisciplinarios y pluralistas cuyo mandato de ética no sólo abarca la investigación médica. Se deberían crear a fin de evaluar los adelantos científicos y tecnológicos en todas las ciencias médicas, de la vida y de la salud. Además, se deberían crear con el fin de formular recomendaciones y fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público en materia de bioética. Por lo tanto, se debería alentar a estos organismos nacionales a asumir la responsabilidad de:

- identificar las necesidades más urgentes de investigación para la salud y el desarrollo social en el país en cuestión y formular recomendaciones sobre las políticas prioritarias de investigación sostenible en el ámbito de la salud y el desarrollo social;
- mantenerse permanentemente informado sobre cuestiones presentes y potenciales en materia de ética de la investigación en el campo de la medicina y de convenios internacionales sobre investigación en seres humanos, así como garantizar que

la investigación médica con seres humanos sea evaluada por un comité acreditado;

- fomentar el debate y la sensibilización pública sobre los aspectos éticos de la relación entre la salud y el desarrollo social;
- promover una visión más profunda de las condiciones para un reparto «justo» en relación con el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos en los sistemas sanitarios públicos y privados;
- apoyar experiencias de solidaridad concretas, como la voluntad de donar órganos o el voluntariado dentro de la sociedad civil a fin de ayudar a personas en situación de exclusión y sufrimiento;
- sugerir soluciones a los problemas importantes que tienen que ver con la equidad en el acceso a la atención médica y el acceso equitativo al tratamiento médico.

84. Esta sería una manera de vincular el artículo 14 sobre la responsabilidad social y la salud a la necesidad de desarrollar políticas prioritarias de investigación sostenible dentro del ámbito de la salud y el desarrollo social en los países en cuestión, así como de proteger a las personas vulnerables dentro del sistema de salud.

b. Control de calidad en la atención médica

85. El artículo 14 fomenta «el acceso a una atención médica de calidad». Teniendo en cuenta los múltiples adelantos en la atención médica, el concepto de calidad es de gran importancia. El progreso científico ha hecho posible prevenir y tratar muchas enfermedades que antes se consideraban incurables. Sin embargo, tenemos el problema de garantizar el control y la aplicación adecuados de estos tratamientos con el fin de proteger a los pacientes. La falta de controles nacionales, internacionales y profesionales favorece prácticas incorrectas. Por ejemplo, disponemos de muchos fármacos y técnicas cuya eficacia no ha sido probada y perfiles de efectos adversos e inciertos que se fomentan denodadamente. Se requiere cooperación internacional a fin de proporcionar información y formación adecuadas a los médicos, directrices acordadas de buenas prácticas y protección de los derechos y la dignidad del paciente.

86. El control de calidad en la atención médica requiere:

- 1) aplicar en el momento adecuado medidas de prevención y/o tratamientos basados en pruebas sólidas;
- 2) evitar o reducir el daño primario o secundario;
- 3) respetar la dignidad y los derechos del paciente.

87. Para cumplir con estos requisitos de control de calidad, será necesario:

- promover la investigación destinada a elaborar directrices claras sobre la eficacia de los diferentes tratamientos disponibles;
- desarrollar estrategias para reducir la brecha entre el conocimiento y la práctica médica;
- desarrollar estrategias para reducir errores;
- definir los conceptos de salud y enfermedad, y comprender los límites de

la tecnología;

- diseñar estrategias para la definición de las necesidades de atención médica, así como los criterios para establecer un nivel mínimo digno de atención médica;
- deliberar sobre los criterios razonables de aplicación y aclarar los límites de los derechos de los pacientes en cuanto al uso de las nuevas tecnologías.

88. La responsabilidad moral aumenta en proporción al conocimiento. Cuando una persona se enferma o muere debido a una enfermedad cuya prevención o tratamiento efectivo se desconoce, existe una responsabilidad de investigar posibles explicaciones o tratamientos. Sin embargo, cuando las personas contraen enfermedades prevenibles o tratables, la responsabilidad es más concreta y las sociedades deben reconocerla. La sociedad en general y los pacientes en particular soportan una gran carga de dolor debido a la falta de sistemas de asistencia sanitaria de calidad. Esta carga cuesta vidas, reduce el grado de funcionamiento y malgasta recursos, lo que dificulta el desarrollo social. Por tanto, para mejorar la calidad de los sistemas sanitarios se necesita la cooperación de todas las instituciones y agentes sociales. Todos ellos deben conocer y aceptar su propia responsabilidad en este sentido.

e. Riesgos para la salud a escala mundial

El cambio climático y la salud

89. Una amplia mayoría de la comunidad científica reconoce que el clima del planeta está cambiando. El cambio climático se define como cualquier cambio significativo en las mediciones del clima que duran algunas décadas o más. El clima mundial está mostrando signos de cambio, hace más calor, se producen más precipitaciones y condiciones meteorológicas extremas. Estos cambios en el clima podrían producir unas condiciones meteorológicas más variables: olas de calor más fuertes y largas; sequías más frecuentes y graves; fenómenos meteorológicos extremos, como inundaciones y ciclones tropicales; la elevación del nivel del mar, y el aumento de la contaminación del aire. Otros efectos pueden resultar de la modificación y perturbación de los ecosistemas. Cada uno de estos cambios tiene el potencial de afectar negativamente a la salud. Aunque el cambio climático se reconoce como un problema mundial, los efectos del cambio climático no serán los mismos para las diferentes regiones geográficas y sus poblaciones.

90. El cambio climático puede afectar a la salud de muchas maneras. Por añadidura, sus consecuencias las sufrirán más quienes tienen menos acceso a los recursos mundiales y que, además, han contribuido menos a causarlo. De no adoptarse medidas de atenuación y adaptación, provocará el aumento de inequidad en materia de salud, en particular debido a sus efectos negativos sobre los determinantes sociales de la salud en las comunidades más pobres. La falta de medidas de atenuación y adaptación supone un incumplimiento del principio de la responsabilidad social.

91. La amenaza a la salud es especialmente evidente en los países más pobres, en particular los de África subsahariana. La pobreza y la falta de recursos, infraestructuras

y, a menudo, de gobierno, los hacen mucho más vulnerables a los efectos del cambio climático. El calentamiento climático puede producir sequías, escasez de recursos (sobre todo, de agua), movimientos migratorios y conflictos. Las consecuencias para la salud de las poblaciones locales son graves: propagación y cambio de los patrones de las enfermedades, en particular los de las enfermedades transmitidas por el agua debido a suministros inadecuados y contaminados; aumento de la mortalidad materna e infantil debido a la ausencia de servicios básicos de salud, y malnutrición provocada por la escasez de alimentos. Una de las consecuencias probables y más graves del cambio climático son los cambios de los patrones de transmisión de enfermedades infecciosas. En particular en los países pobres, las consecuencias de las principales enfermedades transmitidas por vectores y los desastres pueden limitar o incluso revertir los avances en el desarrollo social. Otro efecto importante del cambio climático es el cáncer de piel. Muchos estudios epidemiológicos han identificado la radiación solar como una de las causas del melanoma y otros tipos de cáncer en personas de piel clara. Estudios recientes prevén un aumento en la incidencia del cáncer de piel y la gravedad de las quemaduras solares, al menos durante la primera mitad del siglo XXI, debido a la disminución del ozono estratosférico.

Pandemias

92. Los acontecimientos recientes en la salud mundial han alertado sobre la vulnerabilidad de las poblaciones en un entorno globalizado. La pandemia de gripe A (H1N1) planteó desafíos y dilemas éticos sin precedentes para los Gobiernos y la industria. Las cuestiones de carácter general destacadas como resultado de la pandemia pueden aplicarse a todas las circunstancias en las que la escasez representa un problema para la fijación de prioridades sanitarias. Se hace gran hincapié en la eficiencia de los sistemas sanitarios y en la equidad en el acceso y distribución de los recursos. Por añadidura, como se subraya en la mayoría de los documentos sobre la relación entre escasez y ética, la responsabilidad, la consulta pública sobre las medidas que deben adoptarse, y la confianza en los decidores y responsables políticos son aspectos esenciales de cualquier acción a nivel mundial.

93. Frente a una pandemia, las decisiones que se adopten teniendo en cuenta las medidas nacionales e internacionales contribuirán a atenuar los efectos de la pandemia, a disminuir sus consecuencias económicas y sociales a largo plazo y a salvar vidas de manera equitativa. Para la toma de decisiones, se debe tener en cuenta la necesidad de equilibrar los aspectos políticos y técnicos; de fijar criterios científicos y éticos sólidos y objetivos; y de mantener la confianza del público en la equidad y eficacia de las políticas públicas. La planificación debe considerar plenamente las cuestiones de equidad y justicia. Esto es difícil porque ya está claro que ningún Gobierno estará en condiciones de proporcionar una protección plena o adecuada a todos los individuos. Las vacunas serán insuficientes o no estarán disponibles. En muchos casos, la escasez de trabajadores de la salud y de recursos imposibilitará la prestación de una atención adecuada. No obstante, el compromiso con la equidad y la justicia no implica ofrecer a todos el mismo

tratamiento. Implica tomar decisiones sobre la asignación de los escasos recursos desde la transparencia de acuerdo con criterios racionales que se apliquen de forma coherente.

94. Es esencial establecer, con antelación, unos procedimientos de adopción de decisiones que permitan a los Gobiernos e instituciones internacionales evaluar con rapidez el nivel de riesgo y las necesidades prioritarias en la fase de respuesta urgente, así como adoptar decisiones acertadas en cada fase de la pandemia. Estos procedimientos de toma de decisiones deberían tener como objetivo proporcionar a los Gobiernos unas bases sólidas para los principios de equidad, no discriminación, solidaridad y reciprocidad, que han sido reconocidos en numerosas normas internacionales y de derechos humanos jurídicamente vinculantes. No se debería subestimar el poder de los valores éticos y el concepto de solidaridad humana, ni siquiera en el caso de una crisis grave, sobre todo si los medios de comunicación pueden reforzar dichos valores. Esto pone de manifiesto la importancia de establecer una política de comunicación clara. Los argumentos basados en los principios éticos y las obligaciones en materia de derechos humanos serán más eficaces antes de la aparición de una pandemia y después de que termine.

Escasez de alimentos

95. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), se estima que casi 1.000 de los 6.500 millones de personas que constituyen la población mundial padecen hambre. Casi la totalidad de las personas que sufren malnutrición en el mundo viven en países en desarrollo. En su mayoría pertenecen a grupos vulnerables: niños, mujeres y poblaciones indígenas. La escasez de agua, las pérdidas de suelo y el aumento de la temperatura debido al calentamiento global limitan enormemente la producción de alimentos. En 2008, la producción mundial de cereal alcanzó un nuevo récord, que en teoría debería bastar para cubrir las necesidades previstas para el periodo 2008-2009, y para permitir una modesta reposición de las reservas mundiales. Sin embargo, el ratio entre reservas y utilización de cereales está en su nivel más bajo en 30 años. El aumento de la producción de cereales en 2008 se debe a los países desarrollados. En respuesta a unos precios más atractivos, y debido a la mayor elasticidad de su oferta con respecto a la demanda, estos países aumentaron su producción de cereales en un 11%. En los países en desarrollo, por el contrario, se registró un aumento sólo del 1,1%. Se trata de una prueba fehaciente de la falta de inversión en agricultura en estos países durante los últimos 20 años. Sin embargo, la situación extremadamente grave de inseguridad alimentaria en el mundo es la crónica de un desastre anunciado, porque los recursos para financiar los programas agrícolas en los países en desarrollo han disminuido en lugar de aumentar. Es posible que no se alcance el objetivo de reducir a la mitad el hambre en el mundo en 2015. De hecho, si se mantienen las tendencias actuales, este objetivo se alcanzaría en 2150 en vez de 2015. Los alimentos transgénicos suponen tanto una esperanza como un riesgo en este sentido y están relacionados con las necesidades y expectativas sociales. Se deberían establecer asociaciones público-privadas entre los Gobiernos y la industria para afrontar la creciente demanda de información y adoptar medidas, como la normativa de etiquetado,

que ayuden a las personas a tomar decisiones autónomas con respecto al consumo de productos alimenticios de origen animal o vegetal modificados genéticamente.

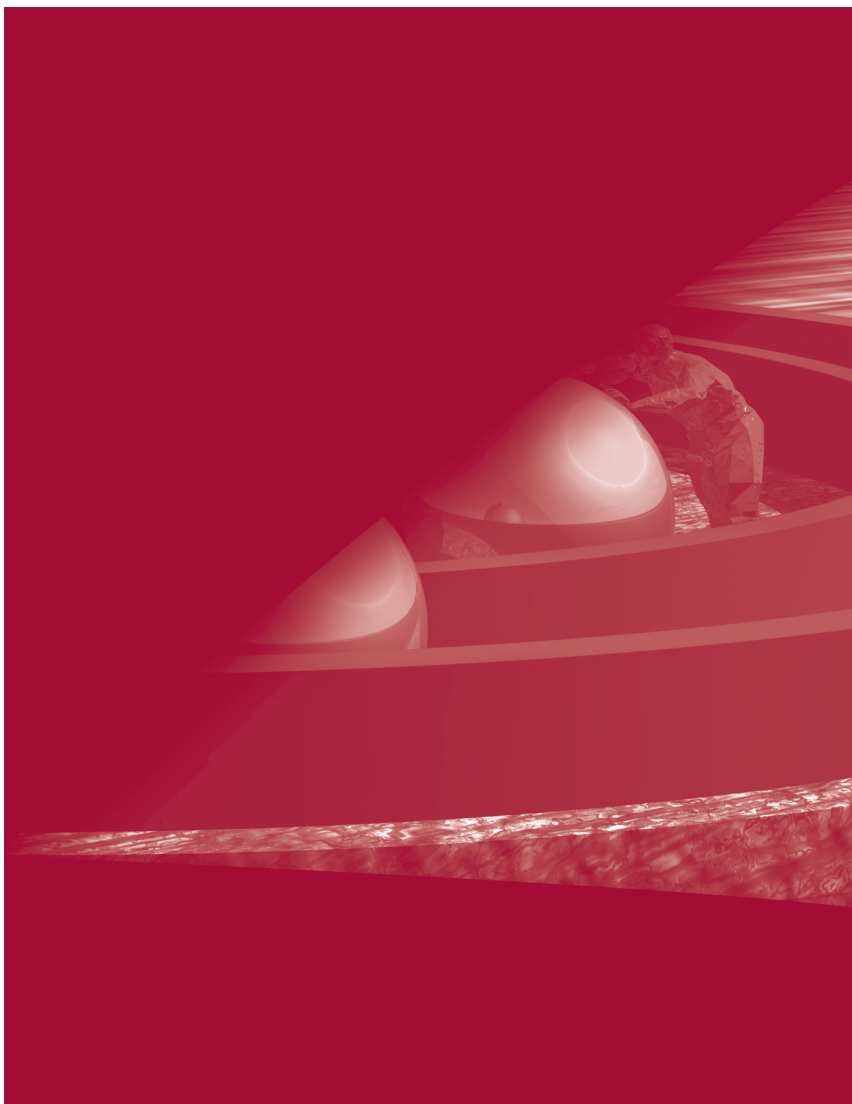
f. Medios de comunicación

96. La insistencia en la importancia del conocimiento por parte de los ciudadanos en la consecución del grado máximo de salud que se pueda lograr alerta sobre la responsabilidad social de quienes informan al público. Los medios de comunicación desempeñan un papel fundamental en la difusión del conocimiento.

97. En la sociedad actual, los medios de comunicación (prensa oral y escrita y televisión) desempeñan un papel fundamental en la vida de los ciudadanos. Se encuentran en disposición de servir de gran utilidad para sensibilizar a la población acerca de los problemas sanitarios y para explicar al público los problemas actuales y sus implicaciones sociales. A tal fin, la autoridad pública competente y las organizaciones e instituciones científicas concernientes deben proporcionar información científicamente válida y comprensible a los medios de comunicación.

98. En el cumplimiento de su misión, es de suma importancia que los medios de comunicación eviten el sensacionalismo o el alarmismo, que pueden causar incertidumbre, confusión o incluso pánico, además de daños colaterales graves. Por esta razón, es esencial que se destaquen los problemas fundamentales y se informe con precisión sobre ellos.

CONCLUSIONES



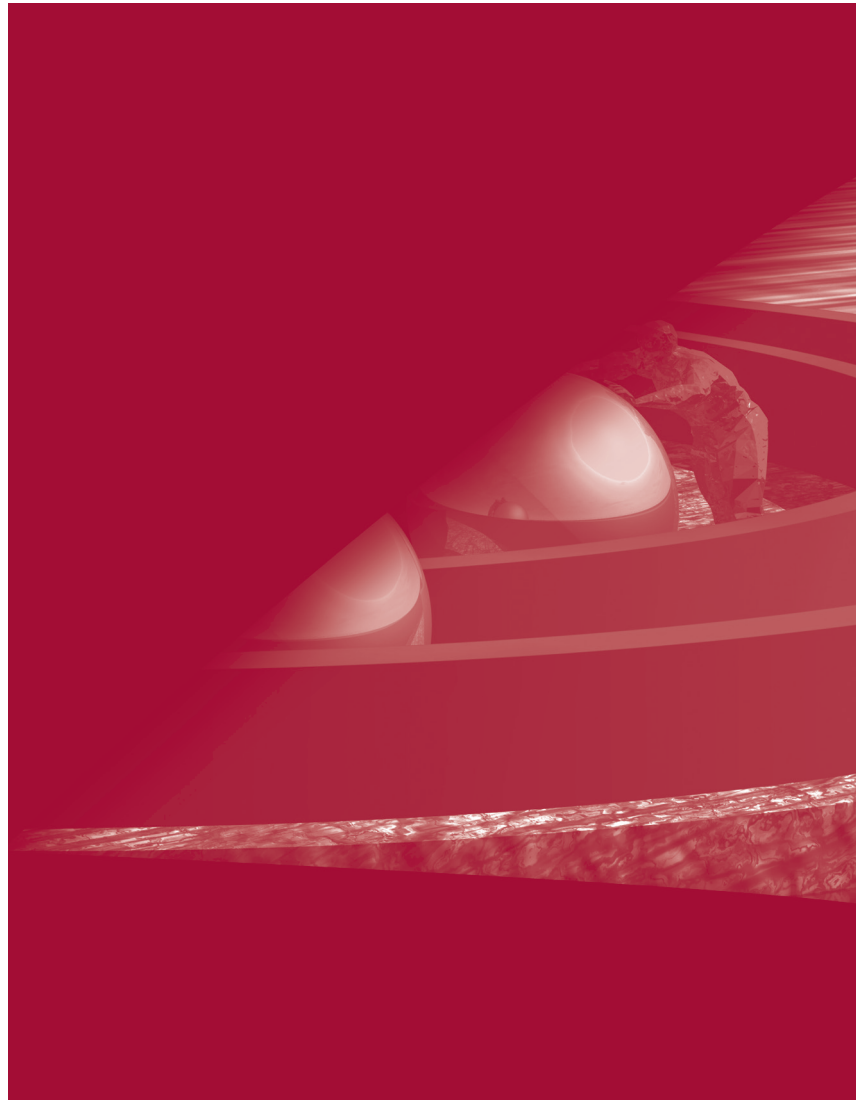
VI. CONCLUSIONES

99. En este informe, el Comité Internacional de Bioética (CIB) ha discutido varias cuestiones específicas y generales que representan una amenaza a la capacidad de cumplir con los objetivos de responsabilidad social y salud. Asimismo, se ha esforzado en abordar la responsabilidad de personas, agentes sociales y Estados de seguir apoyando y mejorando los intereses legítimos de todas las personas en relación con el acceso a atención médica de calidad y al grado máximo de salud que se pueda lograr.

100. En reconocimiento de la importancia de nuestras responsabilidades mutuas, es importante admitir que el logro de estos objetivos requiere no sólo un gran esfuerzo por mejorar la salud y la prestación sanitaria, sino también la aceptación de la responsabilidad de minimizar o erradicar el riesgo evitable de amenazas para la salud y el bienestar. La injusticia, la discriminación, la intolerancia, la violencia, los accidentes y los conflictos suponen riesgos en igual medida para los valores respaldados en el presente informe. También representa un riesgo la no consecución de los objetivos de atención médica y su prestación.

101. Cumplir con las aspiraciones subrayadas en este informe requiere la aceptación activa y sincera de nuestra interconexión. La responsabilidad social es un principio que define y celebra nuestra humanidad común y nuestro compromiso mutuo por mejorar la salud de las personas y comunidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



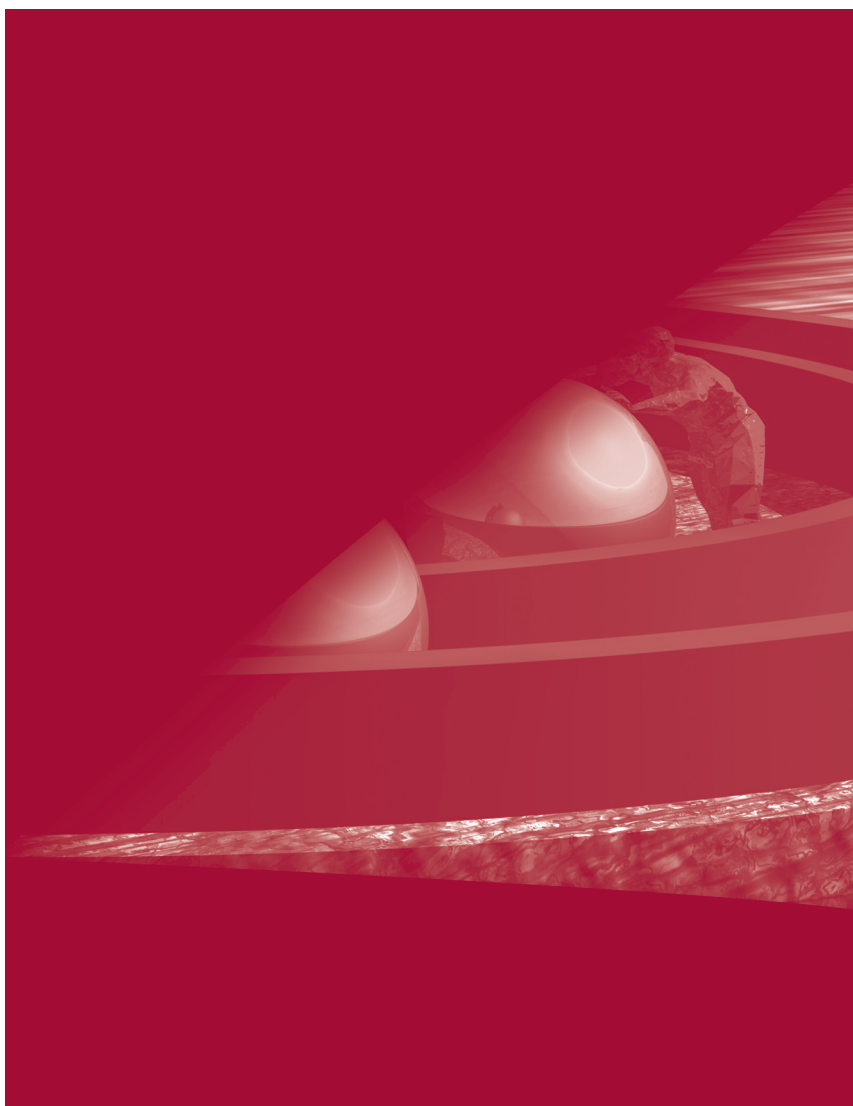
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comisión Europea. **Libro Blanco. Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)**. Bruselas, 2007
- Comisión de Investigaciones Sanitarias para el Desarrollo. **Health Research: Essential Link to Development**. Oxford University Press. Nueva York, 1990
- Foro Mundial para la Investigación de la Salud. **Monitoring Financial Flows for Health Research**. Ginebra, 2008
- Foro Ministerial Mundial sobre Investigaciones para la Salud. **The Bamako Call to Action on Research for Health**. 2008
- **Institutos Nacionales de la Salud, Biblioteca Nacional de Medicina y Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos**. En: Selden, C.R.; Zorn, M.; Ratzan, S.; et al.; eds. Health Literacy, January 1990 Through 1999. NLM Pub. No. CBM 2000-1. Bethesda, M.D.: NLM, febrero de 2000, vi
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). **Informe anual del ONUSIDA 2008**. Towards universal access. Ginebra, 2009
- UNESCO. **Informe de la Reunión de expertos sobre el derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones**. Ámsterdam, 2007
- UNESCO. **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos**. París, 2005
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. **Observación general n° 14 (200) sobre el derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr**. Ginebra, 2000
- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. **El derecho de toda persona al disfrute del grado máximo de salud física y mental que se pueda lograr**. Nueva York, 2003
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas**. 1966

- **Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas**, 2001
- OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. **Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra, 2008
- OMS. **Resolución WHA62.14. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud**. Ginebra, 2009
- OMS. **Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica**. Documentos de debate. Ginebra, 2008
- OMS. **Cambio climático y salud humana - Riesgos y respuestas**. Ginebra, 2003
- OMS. **Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?** Ginebra, 2008
- OMS. **Fact Sheet n° 288. Immunization against diseases of public health importance**. Ginebra, 2005
- OMS. **Promoción de la salud: hacia una mayor equidad**. Ciudad de México, 2000
- OMS. **Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI**. Yakarta 1997
- OMS. **Report from the Ministerial Summit on Health Research**. Ciudad de México, 2004
- OMS. **Review of Ethical Issues in Medical Genetics**. Ginebra, 2003.
- OMS. **Scaling up the Response to Infectious Diseases**. Ginebra, 2002
- OMS. **Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado**. Bangkok, 2005
- OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2005: Cada madre y cada niño contarán**. Ginebra, 2005
- OMS. **Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud**. Ginebra, 2006

- OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008. **La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca.** Ginebra, 2008
- OMS. **Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009.** Ginebra, 2009
- Banco Mundial. **Llegar a los pobres con servicios de salud, nutrición y población.** Washington, 2005

ANEXOS



SÍNTESIS HISTÓRICA DE LAS INICIATIVAS INTERNACIONALES EN LA PROMOCIÓN DEL PRINCIPIO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

INICIATIVAS EMPRENDIDAS EN EL SENO DE LAS NU

El contexto internacional en materia de salud y responsabilidad social se remonta a los numerosos instrumentos, declaraciones, acuerdos e iniciativas internacionales, que hacen referencia explícita a la salud y el bienestar de los seres humanos.

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La célebre Constitución de la OMS define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» y afirma que «el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

Declaración Universal de Derechos Humanos

La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948) se refiere a la salud y el bienestar de los seres humanos en el artículo 25, que establece que: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...», y sigue:

- (2.) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El artículo 15 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) establece que «toda persona tiene derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones».

El artículo 12 establece:

1. «Los Estados Partes en el Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental»
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el presente Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de 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) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

En el año 2000, se añadieron en la Observación General N° 14 cuestiones de fondo surgidas durante la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Salud para Todos en el Año 2000

En 1977, la 30ª Asamblea Mundial de la Salud acordó que el principal objetivo social de los Gobiernos y la OMS en las décadas siguientes sería que todas las personas del mundo gozasen de un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva en el año 2000. Este objetivo se conoce comúnmente como Salud para Todos en el año 2000 (Resolución de la OMS 30.43).

El compromiso con los adelantos mundiales en salud, en especial para los pueblos más desfavorecidos, fue revisado en 1998 por la Asamblea Mundial de la Salud. Esto llevó al desarrollo de las políticas y programas «Salud para Todos en el siglo XXI», dentro de las cuales se reafirma el compromiso con la atención primaria. En el informe de la 51ª Asamblea Mundial de la Salud, se indica:

En los dos últimos decenios, la atención primaria de salud actuó como piedra angular de la salud para todos. Sin embargo, pese a los frutos recogidos, los progresos se han visto obstaculizados por varias razones, entre ellas un compromiso político insuficiente para llevar a efecto la salud para todos, el lento desarrollo socioeconómico, las dificultades para lograr una acción intersectorial en pro de la salud, la insuficiente financiación del sector sanitario, los rápidos cambios demográficos y epidemiológicos y los desastres naturales y provocados por el hombre. Además, la pobreza ha aumentado en todo el mundo. Donde la salud ha resultado más perjudicada es en los países que no han sido capaces de garantizar ingresos suficientes para todos.

El informe también señala que los planteamientos de las políticas de atención primaria deberían reforzar los siguientes puntos:

- convertir la salud en elemento central del desarrollo y mejorar las perspectivas de acción intersectorial;
- luchar contra la pobreza, como un reflejo de la preocupación de la atención primaria de salud por la justicia social;
- fomentar la igualdad de acceso a la atención sanitaria;
- establecer vínculos de asociación que incluyan a las familias, las comunidades y sus organizaciones;
- reorientar los sistemas de salud hacia el fomento de la salud y la prevención de enfermedades.

El compromiso y el programa de salud para todos se reforzaron en una serie de conferencias mundiales sobre promoción de la salud que se inició en Ottawa en 1986, que dio como resultado la firma de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Tras esta primera conferencia se celebraron las de Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), Ciudad de México (2000) y Bangkok (2005).

Declaración de Alma-Ata

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), celebrada en Alma-Ata (Kazajstán) en 1978 subraya que la mejora de la salud requiere un enfoque integral que considere la atención primaria de salud como «la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos en el futuro próximo como parte del desarrollo social y dentro del espíritu de la justicia social». La Conferencia aprobó la Declaración de Alma-Ata, que reafirmó que «la salud (...) es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud». La Conferencia pidió la transformación de los sistemas sanitarios tradicionales, una amplia colaboración intersectorial y mayor organización comunitaria.

Carta de Liubliana

La Carta de Liubliana abordó el asunto de la reforma sanitaria en el contexto específico de Europa. Fue adoptada por los Ministros de Salud y los representantes ministeriales de los Estados europeos Miembros de la OMS en la Conferencia de la OMS sobre Reformas Sanitarias en Europa, que tuvo lugar en Liubliana (Eslovenia) en junio de 1996. El objetivo de esta Carta fue articular un conjunto de principios que son una parte integral de los sistemas sanitarios actuales o que podrían mejorar la asistencia sanitaria en todos los Estados Miembros de la OMS en Europa. Estos principios emanaron de la experiencia de países que han aplicado reformas sanitarias y de los objetivos europeos de salud para todos, en especial los relacionados con los sistemas de atención médica. Recientemente, los Estados europeos Miembros de la OMS adoptaron la Carta de Tallin (junio de 2008), que los compromete a mejorar la salud de las personas mediante el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, al tiempo que reconoce la diversidad social, cultural y económica.

Declaración de Yakarta

La promoción de la responsabilidad social para la salud se estableció por primera vez como prioritaria en la 4ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era. Llevar la promoción de la salud al siglo XXI, organizada en Yakarta (Indonesia) en julio de 1997.

En la declaración final, la Conferencia, la primera que se celebra en un país en desarrollo y en dar participación al sector privado en el apoyo a la promoción de la salud, insta a las instancias decisorias a «comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social» y a que los sectores público y privado «promuevan la salud

siguiendo políticas y prácticas que:

- eviten perjudicar la salud de otras personas;
- protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos;
- restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud;
- protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo;
- incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas».

Carta de Bangkok

Más recientemente, en la Carta de Bangkok, adoptada en la 6ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Tailandia en agosto de 2005, se establecieron las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. Por tanto, se emitió la recomendación siguiente: «los Gobiernos, a todos los niveles, deben afrontar de forma apremiante los problemas de salud y las desigualdades, pues la salud determina en buena medida el desarrollo social, económico y político». Sus cuatro compromisos clave eran lograr que la promoción de la salud sea:

- un componente primordial de la agenda de desarrollo mundial: se precisan acuerdos intergubernamentales sólidos que favorezcan la salud y la seguridad sanitaria colectiva, y se requieren mecanismos eficaces de gobernanza mundial en materia de salud;
- una responsabilidad esencial de todo el Gobierno: los Gobiernos, a todos los niveles, deben afrontar de forma apremiante los determinantes de la salud;
- un objetivo fundamental de las comunidades y la sociedad civil: las comunidades bien organizadas y empoderadas determinan muy eficazmente su nivel de salud, y pueden pedir a los Gobiernos y al sector privado que rindan cuentas sobre las repercusiones sanitarias de sus políticas y prácticas;
- un requisito de las buenas prácticas empresariales: el sector privado tiene la responsabilidad de velar por la salud y la seguridad en el lugar de trabajo; de promocionar la salud y el bienestar de sus empleados, sus familias y sus comunidades, y de contribuir a reducir los efectos de más alcance en la salud mundial.

Objetivos de Desarrollo del Milenio de las NU

La movilización mundial para mejorar las condiciones de vida de los más pobres, incluida la mejora de la salud, fue plasmada en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) recogidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2000. Los ODM abordan la salud desde una perspectiva social y mundial. De hecho, en los objetivos de desarrollo se incluyen la reducción de la mortalidad infantil (Objetivo 4), la mejora de la salud materna (Objetivo

5) y la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (Objetivo 6). Por añadidura, una de las siete maneras fijadas para lograr el Objetivo 8: «Fomentar una alianza mundial para el desarrollo» es proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo en colaboración con las empresas farmacéuticas.

Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) fue creada por la OMS en 2005 a fin de apoyar a países y socios mundiales en materia de salud frente a los factores sociales que dañan la salud y producen desigualdades. Se creó a fin de acopiar, cotejar y sintetizar datos científicos de todo el mundo acerca de los determinantes sociales de la salud y sus repercusiones sobre la inequidad sanitaria, además de proponer medidas para abordar las desigualdades. La Comisión funcionó como una red global integrada por cientos de investigadores y profesionales pertenecientes a instancias normativas, instituciones investigadoras, organizaciones internacionales y miembros de la sociedad civil.

El informe final publicado por la Comisión en 2008 (*Subsanar las desigualdades en una generación*) define los ámbitos esenciales —de las condiciones de vida y de los factores estructurales subyacentes que influyen en ellas— en los que es preciso intervenir. Asimismo, analiza los determinantes sociales de la salud y brinda ejemplos concretos de intervenciones que resultaron eficaces a la hora de mejorar la salud y la equidad sanitaria en países que están en distinto grado de desarrollo socioeconómico.

INICIATIVAS EMPRENDIDAS POR OTRAS ORGANIZACIONES

Fuera del marco de las Naciones Unidas, se han establecido una serie de alianzas entre organizaciones públicas, privadas, no gubernamentales e internacionales y sociedad civil con el objetivo de abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud. A continuación, se detallan las iniciativas recientes a modo de ejemplo.

Foro Mundial para la Investigación en Salud. En las últimas reuniones paralelas del Foro 8, más de 1.400 responsables políticos, ministros de salud, investigadores y autoridades, agencias para el desarrollo e instancias investigadoras examinaron la cuestión de cómo la investigación podría mejorar las estrategias y ayudar a alcanzar los ODM. El Foro 8 fue organizado por el Foro Mundial para la Investigación en Salud y la Cumbre Ministerial para la Investigación en Salud, y se celebró en la Ciudad de México en noviembre de 2004. Una de las conclusiones, tanto del Foro como de la Cumbre, fue que el logro de los ODM supondrá abordar la salud y sus factores determinantes de una manera integral. Para ello se necesitará más investigación sanitaria de alta calidad, que se ocupe de las necesidades de los países en desarrollo y de los grupos de población vulnerables. Se debe prestar una atención sistemática a las cuestiones transversales de la pobreza y la equidad, teniendo en cuenta las desigualdades basadas en el sexo, la capacidad, la etnia y la clase social, entre otras. La misma atención se prestará a las necesidades

de las personas mayores, de la generación de jóvenes de 0 a 19 años más numerosa de la historia, y de otros grupos especialmente desfavorecidos, como los emigrantes, los refugiados y las personas expuestas a los conflictos armados. Como conclusión, todos los participantes asumieron la responsabilidad compartida de aumentar el volumen y el ritmo de la investigación en salud centrada en la mejora de la esperanza de vida y la salud de las personas en todo el mundo. Se prestó especial atención al aumento de la financiación destinada a la investigación en los sistemas sanitarios, ya que esta actividad de investigación puede tener el mayor impacto en la mejora de la salud.

En una reunión de 2008 celebrada en Bamako, representantes ministeriales y ministros de salud, ciencia y tecnología, educación, exteriores y cooperación internacional de 53 países reconocieron que la investigación y la innovación han sido y serán cada vez más importantes a la hora de encontrar soluciones a los problemas de salud, luchar contra amenazas previsibles e imprevisibles para la seguridad humana, aliviar la pobreza y acelerar el desarrollo. Se hizo un llamamiento a la acción a todos los Estados participantes.

Grandes Retos en Salud Mundial. Esta iniciativa es una alianza dedicada a apoyar la investigación científica y técnica con el fin de resolver los problemas sanitarios críticos del mundo en desarrollo. La asociación está formada por la Fundación Gates, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud, la Fundación para los Institutos Nacionales de Salud y el Wellcome Trust. Un gran reto es el de orientar a los investigadores hacia el logro de un adelanto científico o técnico concreto que permita superar los obstáculos presentes en el camino que conduce a la solución de un problema de salud significativo o, preferiblemente, de varios. Por tanto, un gran reto se concibe como algo más complejo que la mera enunciación de los principales problemas de salud mundial, como la malnutrición o la falta de acceso a la atención médica. La iniciativa ha identificado y apoyado siete metas a largo plazo para mejorar la salud en el mundo en desarrollo:

- la mejora de la vacunación infantil;
- a creación de nuevas vacunas;
- el control de los insectos que transmiten enfermedades;
- la mejora de la alimentación para promover la salud;
- la mejora de los fármacos para el tratamiento de enfermedades infecciosas;
- el remedio para las infecciones latentes y crónicas;
- la medición precisa de las condiciones sanitarias y de su aspecto económico.

Programa orientado a los pobres (RPP por sus siglas en inglés). Se trata de una iniciativa que pretende encontrar mejores formas de garantizar que los beneficios de los programas de salud, nutrición y población (HNP por sus siglas en inglés) lleguen a los grupos de población desfavorecidos. La emprendió el Banco Mundial, en colaboración con la Fundación Gates y los Gobiernos holandés y sueco. Con el fin de aumentar el impacto de los programas HNP en las personas desfavorecidas, el programa RPP pretende:

- averiguar qué programas HNP llegan a los grupos desfavorecidos de manera efectiva y cuáles no. La información resultante, generada mediante la aplicación de técnicas cuantitativas desarrolladas recientemente para evaluar el rendimiento distributivo de los programas, pretende orientar a los responsables políticos

acerca de los enfoques que conviene adoptar o rechazar en el desarrollo de iniciativas en favor de los pobres;

- alentar a otros a tomar decisiones similares a la del programa HNP para aumentar la efectividad de la ayuda a los pobres. Una aplicación más amplia de las técnicas antes mencionadas, derivadas del enfoque basado en la repercusión de los beneficios, que se utiliza para determinar quién se beneficia más del gasto gubernamental, permitiría a los responsables políticos evaluar y mejorar los resultados del esfuerzo por llegar a los pobres de manera continua.

El programa considera que las políticas sanitarias deben ser equitativas: «Aunque la mayoría de servicios de salud, nutrición y población agravan las desigualdades entre pobres y ricos, ya que ofrecen una cobertura mucho menor a los desfavorecidos que a los acomodados, existen muchas excepciones importantes e instructivas. Esto demuestra que es factible llegar a los pobres de una manera mucho más eficaz que en la actualidad. Asimismo, sugieren estrategias prometedoras para conseguirlo».

PANORAMA GENERAL DE LAS CONDICIONES SANITARIAS

(Este anexo incluye principalmente datos de la Organización Mundial de la Salud, con fines ilustrativos. Las referencias pertinentes se recogen en la sección de Referencias bibliográficas)

En 2006, la OMS resumió el panorama general de las condiciones sanitarias: «En esta primera década del siglo XXI, enormes avances en el bienestar humano coexisten con privaciones extremas. En la salud mundial somos testigos de los beneficios que están aportando los nuevos medicamentos y tecnologías. Sin embargo, hay reverses sin precedentes. En zonas del África subsahariana y en más de una docena de ‘Estados desestructurados’, la esperanza de vida ha caído a la mitad respecto a los países más ricos a causa de los estragos del VIH/SIDA. Estos retrocesos han ido acompañados, tanto en los países ricos como en los pobres, de un temor creciente a nuevas amenazas infecciosas, como el SRAS y la gripe aviar, y de problemas comportamentales ‘ocultos’, como trastornos mentales y violencia doméstica. La comunidad internacional cuenta con tecnologías y recursos económicos suficientes para hacer frente a la mayoría de estos desafíos sanitarios, pero hoy en día muchos sistemas de salud nacionales son endeble, indiferentes a las necesidades, no equitativos e incluso inseguros. Lo que se necesita ahora es voluntad política para poner en marcha planes nacionales, junto con medidas de cooperación internacional para coordinar recursos, aprovechar los conocimientos y desarrollar sistemas sanitarios robustos que traten y prevengan las enfermedades y promuevan la salud de la población». Más recientemente, entre 2000 y 2015, un análisis de la OMS muestra indicios alentadores de progreso, sobre todo en materia de salud infantil. Es necesario mantener los avances en algunas enfermedades, en especial el SIDA, la tuberculosis y la malaria. En otras áreas no ha habido avances o han sido mínimos, como en materia de salud materna y neonatal. Además, los problemas que plantean los sistemas de salud deficientes, la transición sanitaria y la aparición de nuevas amenazas para la salud serán cada vez más importantes en el futuro cercano.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

A pesar de los adelantos en los campos de la medicina y la salud, aún perduran los principales problemas de salud pública y las desigualdades en la atención sanitaria entre el Norte y Sur. En la actualidad, 800 millones de personas padecen hambre y malnutrición, y más de 1.000 millones de personas no tienen acceso a agua potable, educación básica ni atención sanitaria. En la era de la información actual, en la que

supuestamente el desarrollo futuro debe basarse en el conocimiento, 2.000 millones de personas carecen de conexión a la red eléctrica y más de 4.500 millones – el 80% de la población mundial – no tienen acceso a tecnología básica de telecomunicaciones.

Mortalidad materna

Cada año mueren unas 536.000 mujeres como consecuencia de complicaciones durante el embarazo o el parto, el 99% de ellas en países en desarrollo. La tasa de mortalidad materna mundial en 2005, que apenas ha variado desde 1990, es de 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2005. La mayoría de las muertes maternas se producen en África, donde la tasa de mortalidad materna es de 900 por cada 100.000 nacidos vivos. No se registró descenso entre 1990 y 2005. El progreso en la reducción de la mortalidad y morbilidad materna depende de la ampliación del acceso a servicios de salud materna y reproductiva de calidad, y de la generalización de su uso. El promedio de mujeres embarazadas en el mundo en desarrollo que recibieron asistencia prenatal al menos una vez aumentó de poco más de la mitad a principios de la década de 1990 a casi tres cuartas partes una década después. Durante el período 2000-2008, el 65% de los nacimientos a nivel mundial fueron atendidos por personal sanitario cualificado, un 4% más que en el período 1990-1999.

Mortalidad infantil

La desnutrición es una causa subyacente en más de un tercio de las muertes infantiles. En 2007, se estima que hubo nueve millones de muertes infantiles y una tasa de mortalidad de menores de cinco años de 67 fallecidos por cada 1.000 nacidos vivos, un número considerablemente inferior al cálculo de 12,5 millones en 1990, lo que supone una disminución del 27% en el período 1990-2007. Reducir la mortalidad infantil depende cada vez más de acabar con la mortalidad neonatal a nivel mundial. Se estima que el 37% de las muertes de niños menores de cinco años a nivel mundial se producen en el primer mes de vida, la mayoría en la primera semana. Los países que avanzan más lentamente son, en general, aquellos donde la incidencia del VIH/SIDA, las dificultades económicas o la violencia son mayores. Se pueden atribuir muchos de los avances en la reducción de la mortalidad infantil a la expansión de la cobertura de inmunización; al uso de terapias de rehidratación oral durante los episodios de diarrea y de mosquiteros tratados con insecticida; al acceso a terapias combinadas a base de artemisinina; a las medidas para eliminar la enfermedad causada por la bacteria *Haemophilus influenzae* tipo b, y a la reducción de la incidencia de enfermedades debido a la mejor calidad del agua y el saneamiento. Sin embargo, debido a la disponibilidad y uso escasos de intervenciones de eficacia probada a nivel comunitario, 3,8 millones de niños menores de cinco años mueren cada año a causa de la neumonía y la diarrea.

Enfermedades infecciosas

Las enfermedades infecciosas siguen siendo una pesada carga en todo el mundo, tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados. Las infecciones

pueden ser causa de enfermedad, discapacidad y muerte en las personas, y tienen la capacidad de desestabilizar economías, Gobiernos y países enteros. Las enfermedades transmisibles constituyen la principal causa de muerte en los países más pobres: estas enfermedades son la causa del 59% de muertes en los 20 países más pobres, en comparación con el 8% en los 20 países más ricos. La OMS calcula que en 2002 unos 11 millones de personas murieron a causa de enfermedades infecciosas y parasitarias, el 52% de ellas en África, el 26% en Asia Sudoriental y el 3% en América Latina. Las enfermedades transmisibles que causan más muertes al año son las infecciones respiratorias (4 millones), el VIH/SIDA (2,8 millones), la tuberculosis (1,5 millones), la diarrea (1,8 millones) y la malaria (1,3 millones).

Personas, bienes, alimentos y capitales se mueven más rápido y en mayor cantidad que nunca y, junto a ellos, también viajan innumerables microorganismos patógenos. El problema de un país se convierte en seguida en un problema para todos los países, ya que las fronteras nacionales suponen una barrera insignificante ante tales amenazas, en especial en la «aldea global» de nuestro tiempo, extremadamente interconectada y fácil de atravesar. Algunos ejemplos de los profundos efectos de las fuerzas de la globalización en la aparición, distribución y propagación de enfermedades infecciosas son la reaparición a escala mundial de la fiebre del dengue, la llegada del virus del Nilo occidental a la ciudad de Nueva York en 1999, la rápida propagación de la infección por el VIH en Rusia, y la expansión mundial de la tuberculosis multirresistente. Ningún país es inmune a la creciente amenaza a escala mundial que puede suponer un brote aislado de una enfermedad infecciosa en un lugar aparentemente remoto del mundo. Además de las enfermedades conocidas, han aparecido nuevas epidemias, como el SRAG, que infectó a unas 8.000 personas en 30 países en 2003, y la gripe aviar, que provocó la masacre de millones de animales en tres continentes. Los expertos temen una posible mutación del virus que desencadene una pandemia de gripe humana. La OMS publicó en 2005 la segunda edición del Reglamento Sanitario Internacional, que especifica las medidas que los Estados deben adoptar y dedica especial atención a la cuestión de viajeros y equipajes, carga e inspección de mercancías.

El VIH/SIDA es una de las amenazas más urgentes para la salud pública a escala mundial. La mayoría de las infecciones y las muertes por VIH podrían evitarse si las personas tuvieran acceso a servicios adecuados de prevención y tratamiento de la infección por VIH a escala mundial. Las nuevas estimaciones indican que 2,7 millones de personas contrajeron el VIH en el año 2007 y que hubo dos millones de muertes relacionadas con el SIDA, con lo que el número total de personas que viven con el VIH ascendió a 33 millones. El porcentaje de adultos que viven con el VIH en el mundo ha permanecido estable desde el año 2000. El uso de tratamiento antirretroviral ha aumentado. En 2007, alrededor de un millón más de personas que viven con el VIH recibieron tratamiento antirretroviral. Sin embargo, a pesar de ello, se calcula que sólo 3 millones de personas recibían las medicinas, mientras que aproximadamente 9,7 millones de personas necesitan tratamiento en los países en desarrollo. Ha habido avances en la prevención, pero a finales de 2007 sólo el 33% de las mujeres que viven con el VIH había recibido

fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo.

En 2006, se estima que 3.300 millones de personas estaban en riesgo de contraer malaria. De ellas, unos 1.200 millones se encontraban en la categoría de alto riesgo (personas que viven en áreas donde se diagnostica más de un caso de malaria al año por cada 1.000 habitantes). Aunque todavía es demasiado pronto para registrar cambios en la incidencia a escala mundial, se han reducido hasta en un 50% los casos de enfermedad y/o muertes causadas por ella hasta en un 50% entre 1990 y 2006 en 27 países (entre ellos, cinco en África). La cobertura de las intervenciones para la prevención y tratamiento de la malaria ha aumentado. Ha habido un crecimiento significativo en la producción y el uso de mosquiteros tratados con insecticida, aunque todavía no se han alcanzado los objetivos a escala mundial. Para junio de 2008, todos los países y territorios, a excepción de cuatro, donde la incidencia de la enfermedad es alta habían adoptado la terapia combinada a base de artemisinina como tratamiento de primera línea contra la cepa, y aumentado el uso de terapias combinadas.

El ODM cuya meta consiste en haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la tuberculosis se alcanzó a escala mundial en 2004. Desde entonces, la tasa ha ido disminuyendo poco a poco. La tasa de incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes se redujo de 296 en 1990 a 206 en 2007, mientras que la tasa de mortalidad disminuyó de 28 en 1990 a 25 en 2006. A nivel mundial, la tasa de detección de casos de tuberculosis en el marco del tratamiento breve bajo observación directa (DOT, por sus siglas en inglés) aumentó de aproximadamente el 11% en 1995 al 63% en 2007. La tasa de mejora de la detección se desaceleró después de 2004, en gran medida como resultado de los éxitos previos acontecidos en los países con el mayor número de casos. Los datos relativos a la tasa de tratamiento satisfactorio en el marco del DOT indican una mejora constante, con un aumento del 79% en 1990 al 85% en 2006. La tuberculosis multirresistente y la tuberculosis asociada al VIH plantean especiales dificultades en algunas regiones.

Se estima que 1.200 millones de personas se ven afectadas por las enfermedades tropicales desatendidas, que son infecciones crónicas incapacitantes que prosperan en condiciones de empobrecimiento y en lugares donde los sistemas sanitarios son precarios. En 2007, 546 millones de personas recibieron tratamiento para prevenir la transmisión de la filariasis linfática. Sólo se registraron 9.585 casos de dracunculosis (enfermedad de la lombriz de Guinea) en los cinco países donde la enfermedad es endémica, en comparación con los 3,5 millones de casos en 1985 en 20 de esos países. A nivel mundial, la incidencia de la lepra a principios de 2008 fue de 212.802 casos diagnosticados, frente a 5,2 millones de casos en 1985.

Enfermedades crónicas

Las cardiopatías, el accidente cerebrovascular, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son, con mucho, la principal causa de mortalidad en el mundo, y representan el 60% de todas las muertes. De los 35 millones de personas que murieron de enfermedad crónica en el año 2005, la mitad eran menores de 70 años y la mitad

eran mujeres. La discapacidad visual y la ceguera, la discapacidad auditiva y la sordera, las enfermedades orales y los trastornos genéticos son otras enfermedades crónicas que representan una parte sustancial de la incidencia de las enfermedades crónicas en todo el mundo.

Según la OMS, hace medio siglo, un niño nacido en Europa tenía una esperanza de vida de unos 66 años al nacer, la más alta de todas las regiones del mundo, a excepción de América del Norte. Por el contrario, la esperanza media de vida al nacer hace 50 años era de 38 años en el África subsahariana, 41 años en Asia, 45 años en el Oriente Medio, 51 años en América Latina y el Caribe, y 60 años en Oceanía. Durante los siguientes 50 años, la esperanza media de vida al nacer ha mejorado en todo el mundo, aumentando en casi 27 años en Asia, 23 años en el Oriente Medio, 21 años en América Latina, 14 años en Oceanía, y 11 años en el África subsahariana. El menor aumento se dio en Europa, donde la esperanza de vida creció sólo 8 años, probablemente debido a la lentitud de los cambios en algunas zonas del continente europeo.

En los próximos 25 años, a medida que la población envejece en los países de rentas medias y bajas, la proporción de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará significativamente. A nivel mundial, las muertes por cáncer aumentarán de 7,4 millones en 2004 a 11,8 millones en 2030, y las muertes por enfermedades cardiovasculares aumentarán de 17,1 millones a 23,4 millones en el mismo período. Las muertes causadas por accidentes de tráfico aumentarán de 1,3 millones en 2004 a 2,4 millones en 2030, debido principalmente al incremento de la propiedad y el uso de vehículos de motor asociados al crecimiento económico en los países de rentas medias y bajas. Para el año 2030, las muertes por cáncer, enfermedades cardiovasculares y accidentes de tráfico en conjunto sumarán el 56% de los 67 millones de muertes previstas por todo tipo de causa. Este aumento en las muertes por enfermedades no transmisibles vendrá acompañado de descensos acusados en la mortalidad causada por las principales enfermedades infecciosas (incluidas la infección por el VIH, la tuberculosis y la malaria), afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales. Sin embargo, se espera que el número de muertes por VIH/SIDA en el mundo aumente de 2,2 millones en 2008 a un máximo de 2,4 millones en 2012, antes de disminuir a 1,2 millones en 2030.

Se prevé que las cuatro causas principales de muerte en el mundo en 2030 sean la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular (derrame cerebral), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las infecciones de las vías respiratorias inferiores (principalmente la neumonía). Gran parte del aumento en la EPOC se relaciona con la previsión de que aumente el consumo de tabaco. Por otra parte, los accidentes de tráfico pasarán a ser la quinta causa de muerte en 2030, mientras que en 2004 ocupaban la novena posición. Aunque se prevé que las muertes causadas por el VIH/SIDA disminuyan para el 2030, seguirá siendo la décima causa de muerte en el mundo. Se prevé que las muertes causadas por otras enfermedades transmisibles disminuyan a un ritmo más rápido: la tuberculosis caerá a la posición número 20, mientras que las enfermedades diarreicas descenderán al número 23 de la lista de las principales causas de muerte.

El tabaco es la principal causa de muerte evitable en la actualidad, pues constituye

un factor de riesgo en seis de las ocho causas principales de muerte. El tabaco mata a entre un tercio y la mitad de las personas que lo consumen. Cada consumidor de tabaco pierde 15 años de vida de media. Se prevé que el total de muertes imputables al tabaco por cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (derrame cerebral), enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras afecciones aumente de 5,4 millones en 2004 a 8,3 millones en 2030, casi el 10% del número total de muertes en el mundo. Más del 80% de estas muertes se producirán en los países en desarrollo.

Se prevé que las muertes por enfermedades infecciosas, afecciones maternas y perinatales y carencias nutricionales en conjunto se reduzcan un 3% en los próximos 10 años. En el mismo período, se prevé que las muertes debidas a enfermedades crónicas aumenten un 17%. En otras palabras, se prevé que, de los 64 millones de personas que morirán en 2015, 41 millones morirán por enfermedad crónica a menos que se tomen medidas urgentes. Contrariamente a la creencia generalizada, el 80% de las muertes por enfermedades crónicas se producen en países de rentas medias y bajas. Del total previsto de 58 millones de muertes por todo tipo de causa en el año 2005, se estima que las enfermedades crónicas serán responsables de 35 millones, es decir, el doble del total de muertes causadas por las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las afecciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales en conjunto. Se prevé que el total de muertes por enfermedades crónicas aumente un 17% en los próximos 10 años. Por contra, está previsto que disminuyan las muertes por enfermedades infecciosas, las afecciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales en conjunto.

La amenaza no deja de crecer: cada vez más personas, familias y comunidades se ven afectadas. Esta amenaza creciente es una causa de pobreza cuya importancia se subestima y que obstaculiza el desarrollo económico de muchos países. Existe una serie de factores de riesgo comunes modificables que subyacen a las principales enfermedades crónicas. Estos factores de riesgo explican la gran mayoría de las muertes por enfermedades crónicas en todas las edades, en hombres y mujeres, y en todas partes del mundo. Entre ellos se incluyen la dieta poco saludable, el sedentarismo y el consumo de tabaco. La carga que suponen las enfermedades crónicas perjudica gravemente la calidad de vida de las personas afectadas, son causa de muerte prematura y tienen importantes consecuencias económicas adversas, cuya importancia se subestima, para las familias, las comunidades y las sociedades en general.

A pesar de los éxitos a nivel mundial, los esfuerzos internacionales en materia de salud y desarrollo han desatendido las enfermedades crónicas por regla general. Por añadidura, estas enfermedades no fueron incluidas en las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las enfermedades crónicas obstaculizan el crecimiento económico y reducen la capacidad de desarrollo de los países. Esto ocurre sobre todo en los países que experimentan un rápido crecimiento económico, como China e India. Sin embargo, es importante abordar la prevención en el contexto de los esfuerzos internacionales en materia de salud y desarrollo incluso en los países menos desarrollados, que ya están experimentando un aumento en el riesgo de enfermedades crónicas y muertes por esta causa.

Malnutrición

La malnutrición sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, como demuestran los bajos índices de nutrición en muchos países del Sur y, sobre todo, en el África oriental y occidental (0,46 y 0,50, respectivamente). Asimismo, se estima que más de 800 millones de personas no tienen acceso a alimentos de buena calidad en cantidad suficiente y que más de 2.000 millones sufren carencia de micronutrientes como vitamina A, yodo y hierro. Cada año, aproximadamente 11 millones de niños menores de cinco años mueren y casi todas estas muertes se producen en países en desarrollo. Tres cuartas partes tienen lugar en el África subsahariana y el sur de Asia, dos regiones que también registran la mayor incidencia de problemas relacionados con el hambre y la malnutrición. En general, a pesar de que estos niños no mueren de hambre, sino de afecciones neonatales y varias enfermedades infecciosas curables, principalmente diarrea, neumonía, malaria y sarampión, la mayoría de estos niños no morirían si sus sistemas inmunológicos no estuvieran debilitados por la malnutrición. Por último, el hambre y la desnutrición constituyen las principales causas de miseria y pobreza extrema, que provocan criminalidad y violencia.

Los niños que padecen hambre empiezan tarde a asistir a la escuela (en caso de llegar a ser escolarizados). Igualmente, terminan sus estudios antes y aprenden menos, lo que impide el progreso hacia la universalización de las enseñanzas primaria y secundaria. La desnutrición de las mujeres es uno de los efectos más destructivos de la desigualdad de género, ya que reduce sus oportunidades educativas y laborales e impide el progreso hacia la igualdad de género y la autonomía de las mujeres. El hambre y la malnutrición aumentan la tasa de incidencia y mortalidad de los problemas de salud que causan la mayoría de las muertes durante el embarazo y el parto. El hambre y la pobreza destruyen el sistema inmunológico de los grupos de población, los obligan a adoptar estrategias de supervivencia de riesgo y aumentan considerablemente el riesgo de infección y muerte por VIH/SIDA, malaria, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

En todo el mundo, las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios, se enferman y mueren antes que las personas de posición social más privilegiada. La mayor parte de los problemas de salud se debe a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que se conocen como los determinantes sociales de la salud. Una buena atención médica es esencial para el bienestar de las comunidades, pero el mejoramiento de la atención clínica no basta para superar las desigualdades en materia de salud y solucionar los principales problemas sanitarios actuales.

De no actuar sobre los determinantes sociales, los países más necesitados no cumplirán con los ODM relacionados con la salud ni alcanzarán los objetivos mundiales de reducción de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el

cáncer y la diabetes. Los problemas son especialmente urgentes en los países en desarrollo, donde la carga de las enfermedades crónicas crece rápidamente y se suma a la carga que suponen las epidemias infecciosas sin resolver.

Las condiciones sanitarias, por tanto, deben ser motivo de preocupación para los responsables políticos en todos los sectores y no sólo para los responsables de la política sanitaria. Para reducir las desigualdades en materia de salud a escala mundial es necesario realizar un esfuerzo importante en la adopción de medidas sobre los determinantes sociales de la salud, como complemento al desarrollo de los sistemas sanitarios y el alivio de la pobreza. Estas medidas incluirán el alivio de la pobreza, además de abarcar el objetivo más amplio de la mejora de las condiciones en las que las personas viven y trabajan. Se trata, por tanto, de abordar las principales enfermedades infecciosas relacionadas con la pobreza, las enfermedades no transmisibles físicas y mentales y las muertes violentas, que suponen la mayor carga de enfermedad y muerte en todas las regiones del mundo fuera de África y que contribuyen sustancialmente a la carga de las enfermedades transmisibles en el África subsahariana. Si los principales determinantes de la salud son sociales, también deben serlo las soluciones. El tratamiento de las enfermedades existentes es una necesidad urgente y siempre prioritaria, pero no debe suponer la desatención de las medidas sobre los determinantes sociales de la salud. Tanto el control de enfermedades, debidamente planificado y dirigido, como el desarrollo social y económico han dado buenos resultados en la lucha contra las principales enfermedades y en la mejora de la salud pública. Ampliar la política social será crucial para la reducción de las desigualdades sanitarias.

Pobreza. Son de sobra conocidos los vínculos entre la pobreza, el aumento de población, el deterioro del medio ambiente, los problemas de salud, los movimientos migratorios y los conflictos. Todos son, a la vez, causa y consecuencia de los demás. En la actualidad, existe una inmensa cantidad de datos que permite afirmar que los problemas de salud de los pobres difieren significativamente de los ricos, dentro del mismo país y entre países. Las políticas comerciales y económicas actuales (la libre circulación de mercancías y capitales) en todo el mundo han traído crecimiento económico a los más privilegiados de las economías más grandes y fuertes, pero también han contribuido a empeorar las desigualdades en la riqueza y la salud dentro del mismo país y entre países. Se necesita una estrategia de desarrollo que garantice que el crecimiento económico se traduce en desarrollo humano, a fin de conseguir un desarrollo respetuoso con el medio ambiente, económicamente productivo, socialmente responsable y conductualmente factible. Sólo así podrá ser sostenible. Cada año, 150 millones de personas enfrentan gastos de atención médica catastróficos. En los 89 países incluidos en un estudio de la OMS, cada año un promedio del 2,3% de los hogares sufre una catástrofe económica debido a los gastos sanitarios, el equivalente a más de 150 millones de personas en todo el mundo. Más de 100 millones de personas son pobres porque tienen que pagar la atención médica. Los gastos de atención médica catastróficos tienen lugar en países de cualquier nivel de desarrollo. Sin embargo, el problema es más frecuente y más grave en los países de rentas medias y bajas.

Sobrepoblación. Históricamente, las altas tasas de fecundidad se han relacionado estrechamente con la pobreza, las altas tasas de mortalidad infantil, el estatus y nivel educativo bajos de las mujeres, las deficiencias en los servicios de salud reproductiva y la falta de disponibilidad y aceptación de los anticonceptivos. Pobreza y población están tan estrechamente vinculadas que su solución debe ir de la mano. Por el momento los países pobres no están en disposición de aportar los recursos totales necesarios para este fin. A excepción del África subsahariana, gran parte del mundo en desarrollo se encuentra en una transición, pasando de tasas altas de fecundidad y mortalidad a tasas bajas. Por tanto, el mundo es, al mismo tiempo, más joven y más viejo que nunca. A nivel mundial, la tasa de utilización de anticonceptivos aumentó del 59% en el periodo 1990-1995 al 63% en el periodo 2000-2006. No obstante, en algunas regiones sigue siendo muy complicado resolver el grave problema pendiente de la planificación familiar y las altas tasas de fecundidad de las adolescentes. A nivel mundial, hubo 48 nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años en 2006, lo que supuso sólo un pequeño descenso con respecto a los 51 por 1.000 del año 2000. Hoy en día, la mitad de la población en los países en desarrollo tiene menos de 23 años de edad. En consecuencia, se estima que 800 millones de personas (el 15% de la población mundial) está en su adolescencia. Esto da lugar a un «impulso demográfico» que implica que, aunque la tasa de fecundidad caiga por debajo del nivel de reemplazo, la población seguirá aumentando durante varias décadas. La duplicación del número de personas mayores en los países en desarrollo en los próximos 25 años supondrá «una revolución demográfica sin precedentes». El envejecimiento de la población se suma al grupo de enfermedades debilitantes crónicas, como las afecciones cardíacas y cerebrovasculares, la artritis degenerativa, la osteoporosis, la demencia, la enfermedad de Parkinson, el cáncer, etc., que contribuyen al ya de por sí creciente gasto sanitario.

Malnutrición. En general, parece que resulta difícil conseguir un equilibrio entre el número de habitantes del planeta y la cantidad de alimentos disponible a escala mundial. Los grupos de población más pobres se encuentran en desventaja, ya que los precios están subiendo. Existe un consenso amplio en cuanto a que la población mundial superará los 8.000 millones en 2025, lo que equivale a un aumento del 30% en 25 años. Para abastecer a todas estas personas, será necesario incrementar el suministro de alimentos. Esto se conseguirá, preferiblemente, mediante el aumento de los rendimientos biológicos, en lugar de ampliar las áreas de cultivo y los sistemas de riego a gran escala. Se trata de un reto mundial tanto en el ámbito político como en el tecnológico. El desafío de carácter tecnológico es enorme: es necesario desarrollar nuevos sistemas de producción que sean altamente productivos, más nutritivos y ecológicamente sostenibles. Algunas de las nuevas tecnologías ya disponibles, como los organismos modificados genéticamente (OMG), las tecnologías posteriores a la cosecha, el control de plagas y el almacenamiento de alimentos, pueden ayudar a superar algunos de estos retos. La desnutrición provoca diversos problemas de salud, como el retraso en el crecimiento, la propensión a las infecciones y, lo que es peor, el retraso mental y el deterioro cognitivo.

Las circunstancias socioeconómicas adversas en la etapa fetal y en la infancia temprana también influyen específicamente sobre la mortalidad por accidente cerebrovascular y cáncer de estómago en la edad adulta, que no se debe a la permanencia de la desventaja social durante toda la vida. La pobreza durante la niñez incide en el riesgo de mortalidad por enfermedad coronaria en la edad adulta, si bien estos casos se ven agravados por las circunstancias de la vida adulta.

Estilos de vida. Algunos datos sugieren que existe un conjunto de factores que son responsables del nuevo perfil de morbilidad y mortalidad ya dominante en muchos países desarrollados: los modernos estilos de vida sedentarios; el consumo excesivo de alimentos relacionado con la prosperidad económica; el estrés asociado a los ideales de «hacerse rico rápidamente» o de un «mundo extremadamente competitivo»; los excesos en el consumo de alimentos y bebidas poco saludables, tabaco y drogas recreativas; la promiscuidad sexual, y la ruptura de los modelos de familia unida tradicionales. La obesidad, la diabetes, la hipertensión, las afecciones cardio y cerebrovasculares y los trastornos mentales son ya responsables del aumento del coste sanitario a nivel mundial. Se prevé que el número de personas que sufren de diabetes en el mundo aumente a más del doble, de 135 millones en la actualidad a casi 300 millones en 2025. A nivel mundial, la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles está aumentando a un ritmo alarmante. Aproximadamente 18 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, cuyos principales factores de riesgo son la diabetes y la hipertensión. La incidencia creciente del sobrepeso y la obesidad está detrás del aumento de los casos de diabetes e hipertensión. En la última década, se unieron a la falta de peso, la malnutrición y las enfermedades infecciosas como principales problemas de salud en el mundo en desarrollo. El principal culpable es la existencia de un entorno que fomenta los hábitos que causan la obesidad.

La falta de acceso a atención médica. La atención médica desempeña un papel limitado, pero no desdeñable, como determinante de la salud. Se calcula que, del aumento de 30 años en la esperanza de vida, cinco años se deben a la mejora de los servicios sanitarios. De estos 5 años, se calcula que los servicios curativos contribuyeron a alrededor de 3,5 años y los servicios clínicos preventivos, a 1,5 años aproximadamente. La mayor parte del aumento en la esperanza de vida gracias a la atención médica se puede atribuir al diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía coronaria, que aporta de 1 a 2 de estos años adicionales de vida. Es importante que la referencia de calidad la establezcan las necesidades de la población, en la medida de lo posible, y no su nivel de riqueza. El derecho al acceso a la atención médica no es exclusivo de los países desarrollados, como demuestra, por ejemplo, el Centro Salam de Cirugía Cardíaca de Jartum, que proporciona atención médica gratuita a pacientes procedentes de muchos países africanos. Aunque casi todos los países en desarrollo publican una lista de medicamentos esenciales, a menudo hay escasez de medicamentos en los servicios de salud pública. Las encuestas realizadas en unos 30 países en desarrollo indican que la disponibilidad de determinados medicamentos en los centros de salud era de sólo el 35% en el sector público y del 63% en el sector privado. La falta de medicamentos en el sector

público obliga a los pacientes a comprarlos a título privado. Por contra, en el sector privado los medicamentos genéricos suelen costar varias veces el precio internacional de referencia. Las marcas originales suelen ser aún más caras.

Entorno físico. El entorno físico afecta a la salud y la enfermedad de diferentes maneras. La disponibilidad de agua potable y aire limpio y la existencia de lugares de trabajo saludables, así como de viviendas, comunidades y carreteras seguras, todo ello contribuye a una buena salud. Algunos factores negativos son la exposición a sustancias tóxicas, que producen enfermedades pulmonares o cáncer; la seguridad en el trabajo, que influye en las tasas de lesiones; las viviendas precarias y el hacinamiento, que aumentan la posibilidad de violencia; la transmisión de enfermedades infecciosas y los problemas de salud mental, y las diferencias en los índices de cáncer entre la ciudad y el campo. La presencia de peligros naturales o derivados de la acción del hombre es una fuente de enfermedades medioambientales, que pueden ser el indicio visible y clínico de la existencia de un entorno inapropiado. Algunos ámbitos esenciales de actuación pueden ser los contaminantes del aire exterior e interior, el ruido, las condiciones de la vivienda y el entorno interior, la contaminación del agua, la radiación y la exposición a sustancias químicas. El impacto de estos factores se suma a los problemas de audición; los trastornos del sueño; el estrés, que produce hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares; el cáncer de piel y otros tipos de cáncer, el asma, y las anomalías congénitas.

Dotación genética. Existe la creencia de que los factores genéticos tienen una influencia significativa en la salud, que será importante comprender con más profundidad. Los determinantes genéticos son factores constitutivos importantes de la salud individual. No obstante, están fuera del alcance de las intervenciones de salud pública actuales. El campo de la genética va a ser cada vez más importante en los próximos años a medida que casi todas las enfermedades presenten componentes genéticos constitutivos y/o adquiridos. La identificación de los genes de susceptibilidad, junto con la identificación de las mutaciones somáticas adquiridas subyacentes a una enfermedad específica (por ejemplo, el cáncer), puede aportar abundante información nueva y esencial para comprender más en profundidad muchas enfermedades comunes. Esta información puede servir para determinar los métodos de diagnóstico de las enfermedades, y de identificación de nuevos tratamientos o de objetivos más concretos para los medicamentos. En su mayoría, los factores genéticos se entienden actualmente como un elemento que contribuye a aumentar o disminuir el riesgo de alcanzar los resultados sanitarios, pero no los deciden con certeza. Además, los factores genéticos influyen en la salud y la enfermedad junto con los factores sociales y medioambientales. Será importante comprender estas interacciones para saber por qué ciertos individuos que están sometidos a condiciones ambientales similares desarrollan enfermedades, mientras que otros no.

Viajes y movimientos migratorios. El mundo actual se caracteriza por el aumento de la movilidad de las poblaciones e individuos. Los medios modernos de transporte permiten desplazarse con gran rapidez y de distintas maneras. El número de personas que viajan a un país extranjero cada año asciende a casi 1.000 millones. La inmensa

mayoría de los viajes son de corta estancia, ya sean viajes de negocios o de ocio. Sin embargo, aproximadamente 150 millones de emigrantes viajan con un billete sólo de ida y, por lo general, de países pobres a países ricos. Con frecuencia, el viaje se realiza en circunstancias difíciles y las condiciones de vida en el nuevo país son precarias debido al acceso restringido a los servicios médicos. Algunos (refugiados) se ven obligados a abandonar su país por las situaciones de inseguridad y las guerras. Los viajes y la emigración favorecen la transmisión de enfermedades conocidas y de nueva aparición, como el SRAG, la gripe aviar, el VIH/SIDA y la tuberculosis.

La falta de acceso a agua potable produce 8 millones de muertes cada año como consecuencia de las enfermedades transmitidas por el agua (cólera, fiebre tifoidea, diarrea). La mitad son niños. En la actualidad, 1.400 millones de personas carecen de acceso a agua potable y 2.600 millones, es decir, el 42% de la población mundial, no disponen de sistemas de saneamiento básico (recogida y tratamiento de aguas residuales). Las Naciones Unidas estiman que aproximadamente 1,6 millones de vidas podrían salvarse cada año si se extiende el acceso a agua potable y a servicios de saneamiento e higiene. Por añadidura, los desastres naturales son cada vez más frecuentes y el 90% de ellos están relacionados con el agua. Son el resultado de un uso incorrecto de la tierra. El lago Chad, en África, constituye un ejemplo notable, ya que ha perdido casi el 90% de su superficie desde la década de 1960, principalmente a causa del pastoreo excesivo, la deforestación y los grandes proyectos de riego no sostenibles. La falta de agua potable y el saneamiento deficiente son importantes factores de riesgo que aumentan la mortalidad y la morbilidad, pues favorecen la aparición de las enfermedades diarreicas, el cólera, la hepatitis y las infestaciones parasitarias. A nivel mundial, la proporción de la población con acceso a fuentes mejoradas de agua potable aumentó del 76% al 86% entre 1990 y 2006. Desde 1990, el número de personas en las regiones en desarrollo que utilizan instalaciones de saneamiento mejoradas se ha incrementado en 1.100 millones. Sin embargo, en 2006, los datos apuntaban a que menos de la mitad de la población tenía acceso a servicios de saneamiento mejorados en 54 países.

Consecuencias medioambientales del desarrollo. En el mejor de los casos, el desarrollo tiene algunos efectos negativos sobre la salud al afectar tanto al medio ambiente como al estilo de vida. Estos efectos se agravan aún más cuando el contexto sociopolítico exige un rápido desarrollo económico («desarrollo a toda costa») sin pensar en el entorno sociocultural y administrativo, como sucede en muchos países en desarrollo. La verdad ineludible, comúnmente aceptada, es que la aparición de nuevas tecnologías necesarias para el desarrollo acarrea consecuencias sociales, ecológicas y sanitarias irreversibles, que en determinadas circunstancias pueden ser perjudiciales. La proliferación de masas de agua para riego aumenta el número de zonas donde se reproducen los vectores de enfermedades, como los mosquitos que transmiten la reaparecida malaria, el dengue y la encefalitis japonesa. La deforestación y la erosión del suelo amplían el hábitat de las moscas de la arena, que transmiten la leishmaniasis. Se estima que el aumento del uso de pesticidas con fines agrícolas es responsable de más de 2 millones de casos de intoxicación en humanos cada año, 20.000 de los cuales terminan en

muerte. Algunas señales de la amenaza a la sostenibilidad de nuestro ecosistema son las siguientes: el calentamiento global; la destrucción de la capa de ozono; la lluvia ácida, la deforestación y la pérdida de la biodiversidad; la disminución de la disponibilidad de tierra cultivable; la contaminación del aire, el agua y la tierra; la reducción de los recursos hídricos; la notable reducción de las reservas mundiales de alimentos; el agotamiento progresivo de las fuentes de energía no renovables; los movimientos migratorios a gran escala dentro de un país (del campo a la ciudad) y entre países, en busca de sustento; la creciente amenaza que suponen los barrios pobres urbanos; los niveles inaceptables de desempleo en la mayoría de los países, y el aumento de las desigualdades en la distribución de la riqueza entre «los que tienen» y «los que no tienen» a escala nacional e internacional, que provoca lucha social, criminalidad y guerras.

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS¹

La Conferencia General,

Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que dé expresión a principios éticos,

Teniendo en cuenta los rápidos adelantos de la ciencia y la tecnología, que afectan cada vez más a nuestra concepción de la vida y a la vida propiamente dicha, y que han traído consigo una fuerte demanda para que se dé una respuesta universal a los problemas éticos que plantean esos adelantos,

Reconociendo que los problemas éticos suscitados por los rápidos adelantos de la ciencia y de sus aplicaciones tecnológicas deben examinarse teniendo en cuenta no sólo el respeto debido a la dignidad de la persona humana, sino también el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Resolviendo que es necesario y conveniente que la comunidad internacional establezca principios universales que sirvan de fundamento para una respuesta de la humanidad a los dilemas y controversias cada vez numerosos que la ciencia y la tecnología plantean a la especie humana y al medio ambiente,

Recordando la Declaración Universal de Derechos Humanos del 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 11 de noviembre de 1997 y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 16 de octubre de 2003,

Tomando nota del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos adoptados el 16 de diciembre de 1966, la Convención Internacional de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial del 21 de diciembre de 1965, la Convención de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer del 18 de diciembre de 1979, la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño del 20 de noviembre de 1989, el Convenio de las Naciones Unidas sobre la Diversidad Biológica del 5 de junio de 1992, las Normas uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad aprobadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993, la Recomendación de la UNESCO relativa a la situación de los investigadores científicos del 20 de noviembre de 1974, la Declaración de la UNESCO sobre la Raza y los Prejuicios

(1) Aprobada por aclamación el 19 de octubre de 2005 por la 33ª reunión de la Conferencia General de la UNESCO.

Raciales del 27 de noviembre de 1978, la Declaración de la UNESCO sobre las Responsabilidades de las Generaciones Actuales para con las Generaciones Futuras del 12 de noviembre de 1997, la Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural del 2 de noviembre de 2001, el Convenio de la OIT (N° 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes del 27 de junio de 1989, el Tratado Internacional sobre los Recursos Fitogenéticos para la Alimentación y la Agricultura aprobado por la Conferencia de la FAO el 3 de noviembre de 2001 y vigente desde el 29 de junio de 2004, el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) anexo al Acuerdo de Marrakech por el que se establece la Organización Mundial del Comercio y vigente desde el 1 de enero de 1995, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública del 14 de noviembre de 2001 y los demás instrumentos internacionales aprobados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados, en particular la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS),

Tomando nota asimismo de los instrumentos internacionales y regionales relativos a la bioética, comprendida la Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a la aplicación de la medicina y la biología: Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina del Consejo de Europa, aprobada en 1997 y vigente desde 1999, junto con sus protocolos adicionales, así como las legislaciones y reglamentaciones nacionales en materia de bioética, los códigos de conducta, directrices y otros textos internacionales y regionales sobre bioética, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial relativa a los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos, aprobada en 1964 y enmendada sucesivamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000, y las Guías éticas internacionales para investigación biomédica que involucra a seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, aprobadas en 1982 y enmendadas en 1993 y 2002,

Reconociendo que esta Declaración se habrá de entender de modo compatible con el derecho internacional y las legislaciones nacionales de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos,

Recordando la Constitución de la UNESCO aprobada el 16 de noviembre de 1945, *Considerando* que la UNESCO ha de desempeñar un papel en la definición de principios universales basados en valores éticos comunes que orienten los adelantos científicos y el desarrollo tecnológico y la transformación social, a fin de determinar los desafíos que surgen en el ámbito de la ciencia y la tecnología teniendo en cuenta la responsabilidad de las generaciones actuales para con las generaciones venideras, y que las cuestiones de bioética, que forzosamente tienen una dimensión internacional, se deben tratar como un todo, basándose en los principios ya establecidos en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, y teniendo en cuenta no sólo el contexto científico actual, sino también su evolución futura,

Consciente de que los seres humanos forman parte integrante de la biosfera y de que desempeñan un importante papel en la protección del prójimo y de otras formas de vida, en particular los animales,

Reconociendo que, gracias a la libertad de la ciencia y la investigación, los adelantos científicos y tecnológicos han reportado, y pueden reportar, grandes beneficios a la especie humana, por ejemplo aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida, y destacando que esos adelantos deben procurar siempre promover el bienestar de cada individuo, familia, grupo o comunidad y de la especie humana en su conjunto, en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana y en el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Reconociendo que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales,

Reconociendo asimismo que las decisiones relativas a las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas pueden tener repercusiones en los individuos, familias, grupos o comunidades y en la especie humana en su conjunto,

Teniendo presente que la diversidad cultural, fuente de intercambios, innovación y creatividad, es necesaria para la especie humana y, en este sentido, constituye un patrimonio común de la humanidad, pero destacando a la vez que no se debe invocar a expensas de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Teniendo presente también que la identidad de una persona comprende dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales,

Reconociendo que la conducta científica y tecnológica poco ética ha tenido repercusiones especiales en las comunidades indígenas y locales,

Convencida de que la sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y de que la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante los problemas que suscita ese desarrollo,

Considerando que es conveniente elaborar nuevos enfoques de la responsabilidad social para garantizar que el progreso de la ciencia y la tecnología contribuye a la justicia y la equidad y sirve el interés de la humanidad,

Reconociendo que una manera importante de evaluar las realidades sociales y lograr la equidad es prestando atención a la situación de la mujer,

Destacando la necesidad de reforzar la cooperación internacional en el ámbito de la bioética, teniendo en cuenta en particular las necesidades específicas de los países en desarrollo, las comunidades indígenas y las poblaciones vulnerables,

Considerando que todos los seres humanos, sin distinción alguna, deberían disfrutar de las mismas normas éticas elevadas en la investigación relativa a la medicina y las ciencias de la vida,

Proclama los siguientes principios y aprueba la presente Declaración.

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1 – Alcance

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los Estados. Imparte también orientación, cuando procede, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas.

Artículo 2 – Objetivos

Los objetivos de la presente Declaración son:

- (a) proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética;
- (b) orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas;
- (c) promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;
- (d) reconocer la importancia de la libertad de investigación científica y las repercusiones beneficiosas del desarrollo científico y tecnológico, destacando al mismo tiempo la necesidad de que esa investigación y los consiguientes adelantos se realicen en el marco de los principios éticos enunciados en esta Declaración y respeten la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales;
- (e) fomentar un diálogo multidisciplinario y pluralista sobre las cuestiones de bioética entre todas las partes interesadas y dentro de la sociedad en su conjunto;
- (f) promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;
- (g) salvaguardar y promover los intereses de las generaciones presentes y venideras;
- (h) destacar la importancia de la biodiversidad y su conservación como preocupación común de la especie humana.

PRINCIPIOS

En el ámbito de la presente Declaración, tratándose de decisiones adoptadas o de prácticas ejecutadas por aquellos a quienes va dirigida, se habrán de respetar los principios siguientes.

Artículo 3 – Dignidad humana y derechos humanos

1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales.
2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.

Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas.

Artículo 5 – Autonomía y responsabilidad individual

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

Artículo 6 – Consentimiento

1. Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.
2. La investigación científica sólo se debería llevar a cabo previo consentimiento libre, expreso e informado de la persona interesada. La información debería ser adecuada, facilitarse de forma comprensible e incluir las modalidades para la revocación del consentimiento. La persona interesada podrá revocar su consentimiento en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno. Las excepciones a este principio deberían hacerse únicamente de conformidad con las normas éticas y jurídicas aprobadas por los Estados, de forma compatible con los principios y disposiciones enunciados en la presente Declaración, en particular en el Artículo 27, y con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

3. En los casos correspondientes a investigaciones llevadas a cabo en un grupo de personas o una comunidad, se podrá pedir además el acuerdo de los representantes legales del grupo o la comunidad en cuestión. El acuerdo colectivo de una comunidad o el consentimiento de un dirigente comunitario u otra autoridad no deberían sustituir en caso alguno el consentimiento informado de una persona.

Artículo 7 – Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento

De conformidad con la legislación nacional, se habrá de conceder protección especial a las personas que carecen de la capacidad de dar su consentimiento:

- (a) la autorización para proceder a investigaciones y prácticas médicas debería obtenerse conforme a los intereses de la persona interesada y de conformidad con la legislación nacional. Sin embargo, la persona interesada debería estar asociada en la mayor medida posible al proceso de adopción de la decisión de consentimiento, así como al de su revocación;
- (b) se deberían llevar a cabo únicamente actividades de investigación que redunden directamente en provecho de la salud de la persona interesada, una vez obtenida la autorización y reunidas las condiciones de protección prescritas por la ley, y si no existe una alternativa de investigación de eficacia comparable con participantes en la investigación capaces de dar su consentimiento. Las actividades de investigación que no entrañen un posible beneficio directo para la salud se deberían llevar a cabo únicamente de modo excepcional, con las mayores restricciones, exponiendo a la persona únicamente a un riesgo y una coerción mínimos y, si se espera que la investigación redunde en provecho de la salud de otras personas de la misma categoría, a reserva de las condiciones prescritas por la ley y de forma compatible con la protección de los derechos humanos de la persona. Se debería respetar la negativa de esas personas a tomar parte en actividades de investigación.

Artículo 8 – Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal

Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.

Artículo 9 – Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Artículo 10 – Igualdad, justicia y equidad

Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad.

Artículo 11 – No discriminación y no estigmatización

Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.

Artículo 12 – Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo

Se debería tener debidamente en cuenta la importancia de la diversidad cultural y del pluralismo. No obstante, estas consideraciones no habrán de invocarse para atentar contra la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales o los principios enunciados en la presente Declaración, ni tampoco para limitar su alcance.

Artículo 13 – Solidaridad y cooperación

Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto.

Artículo 14 – Responsabilidad social y salud

1. La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los Gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.
2. Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:
 - (a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
 - (b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
 - (c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
 - (d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y
 - (e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Artículo 15 – Aprovechamiento compartido de los beneficios

1. Los beneficios resultantes de toda investigación científica y sus aplicaciones deberían compartirse con la sociedad en su conjunto y en el seno de la comunidad internacional, en particular con los países en desarrollo. Los beneficios que se deriven de la aplicación de este principio podrán revestir las siguientes formas:

- (a) asistencia especial y duradera a las personas y los grupos que hayan tomado parte en la actividad de investigación y reconocimiento de los mismos;
 - (b) acceso a una atención médica de calidad;
 - (c) suministro de nuevas modalidades o productos de diagnóstico y terapia obtenidos gracias a la investigación;
 - (d) apoyo a los servicios de salud;
 - (e) acceso a los conocimientos científicos y tecnológicos;
 - (f) instalaciones y servicios destinados a crear capacidades en materia de investigación;
 - (g) otras formas de beneficio compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.
2. Los beneficios no deberían constituir incentivos indebidos para participar en actividades de investigación.

Artículo 16 – Protección de las generaciones futuras

Se deberían tener debidamente en cuenta las repercusiones de las ciencias de la vida en las generaciones futuras, en particular en su constitución genética.

Artículo 17 – Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Se habrán de tener debidamente en cuenta la interconexión entre los seres humanos y las demás formas de vida, la importancia de un acceso apropiado a los recursos biológicos y genéticos y su utilización, el respeto del saber tradicional y el papel de los seres humanos en la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS

Artículo 18 – Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas

1. Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.
2. Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.
3. Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

Artículo 19 – Comités de ética

Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- (a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
- (b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
- (c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
- (d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Artículo 20 – Evaluación y gestión de riesgos

Se deberían promover una evaluación y una gestión apropiadas de los riesgos relacionados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas

Artículo 21 – Prácticas transnacionales

1. Los Estados, las instituciones públicas y privadas y los profesionales asociados a actividades transnacionales deberían procurar velar por que sea conforme a los principios enunciados en la presente Declaración toda actividad que entre en el ámbito de esta y haya sido realizada, financiada o llevada a cabo de cualquier otra manera, en su totalidad o en parte, en distintos Estados.

2. Cuando una actividad de investigación se realice o se lleve a cabo de cualquier otra manera en un Estado o en varios (el Estado anfitrión o los Estados anfitriones) y sea financiada por una fuente ubicada en otro Estado, esa actividad debería someterse a un nivel apropiado de examen ético en el Estado anfitrión o los Estados anfitriones, así como en el Estado donde esté ubicada la fuente de financiación. Ese examen debería basarse en normas éticas y jurídicas que sean compatibles con los principios enunciados en la presente Declaración.

3. Las actividades de investigación transnacionales en materia de salud deberían responder a las necesidades de los países anfitriones y se debería reconocer que es importante que la investigación contribuya a la paliación de los problemas urgentes de salud a escala mundial.

4. Al negociar un acuerdo de investigación, se deberían establecer las condiciones de colaboración y el acuerdo sobre los beneficios de la investigación con la participación equitativa de las partes en la negociación.

5. Los Estados deberían tomar las medidas adecuadas en los planos nacional e internacional para luchar contra el bioterrorismo, así como contra el tráfico ilícito de órganos, tejidos, muestras, recursos genéticos y materiales relacionados con la genética.

PROMOCIÓN DE LA DECLARACIÓN

Artículo 22 – Función de los Estados

1. Los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, tanto de carácter legislativo como administrativo o de otra índole, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos. Esas medidas deberían ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.
2. Los Estados deberían alentar la creación de comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas, tal como se dispone en el Artículo 19.

Artículo 23 – Educación, formación e información en materia de bioética

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.
2. Los Estados deberían alentar a las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

Artículo 24 – Cooperación internacional

1. Los Estados deberían fomentar la difusión de información científica a nivel internacional y estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.
2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberían promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.
3. Los Estados deberían respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y deberían también promoverla con y entre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 24 – Cooperación internacional

1. Los Estados deberían fomentar la difusión de información científica a nivel internacional y estimular la libre circulación y el aprovechamiento compartido de los conocimientos científicos y tecnológicos.

2. En el contexto de la cooperación internacional, los Estados deberían promover la cooperación científica y cultural y llegar a acuerdos bilaterales y multilaterales que permitan a los países en desarrollo crear las capacidades necesarias para participar en la creación y el intercambio de conocimientos científicos y de las correspondientes competencias técnicas, así como en el aprovechamiento compartido de sus beneficios.

3. Los Estados deberían respetar y fomentar la solidaridad entre ellos y deberían también promoverla con y entre individuos, familias, grupos y comunidades, en particular con los que son más vulnerables a causa de enfermedades, discapacidades u otros factores personales, sociales o ambientales, y con los que poseen recursos más limitados.

Artículo 25 – Actividades de seguimiento de la UNESCO

1. La UNESCO deberá promover y difundir los principios enunciados en la presente Declaración. Para ello, la UNESCO solicitará la ayuda y la asistencia del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y del Comité Internacional de Bioética (CIB).

2. La UNESCO deberá reiterar su voluntad de tratar la bioética y de promover la colaboración entre el CIGB y el CIB.

V. DISPOSICIONES FINALES

Artículo 26 – Interrelación y complementariedad de los principios

La presente Declaración debe entenderse como un todo y los principios deben entenderse como complementarios y relacionados unos con otros. Cada principio debe considerarse en el contexto de los demás principios, según proceda y corresponda a las circunstancias.

Artículo 27 – Limitaciones a la aplicación de los principios

Si se han de imponer limitaciones a la aplicación de los principios enunciados en la presente Declaración, se debería hacer por ley, en particular las leyes relativas a la seguridad pública para investigar, descubrir y enjuiciar delitos, proteger la salud pública y salvaguardar los derechos y libertades de los demás. Dicha ley deberá ser compatible con el derecho internacional relativo a los derechos humanos.

Artículo 28 – Salvedad en cuanto a la interpretación: actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana

Ninguna disposición de la presente Declaración podrá interpretarse como si confiriera a un Estado, grupo o individuo derecho alguno a emprender actividades o realizar actos que vayan en contra de los derechos humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana.

COMPOSICIÓN DEL COMITÉ INTERNACIONAL DE BIOÉTICA (CIB) (2008 - 2009)

NOMBRE

MANDATO

AMIRASLANOV Prof. (Sr.) Ahliman (Azerbaiyán)**2006-2009**

Rector de la Universidad Médica de Azerbaiyán

Jefe de la Clínica Universitaria de Oncología en el City Cancer Center

Miembro de la Academia de Ciencias de Azerbaiyán

BOUSTANY Prof. (Sr.) Fouad (Líbano)**2008-2011**

Profesor en la Escuela de Medicina de Beirut

Secretario General, Comité Asesor de Ética del Líbano para Salud y Ciencias de la Vida

Miembro del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas

Ex Presidente de la Orden de médicos del Líbano

CHANDRA Prof. (Sr.) Sharat H. (India)**2008-2011**

Profesor Emérito, Departamento de Microbiología y Biología Celular, Instituto Indio de Ciencia, Bangalore

Profesor Honorario, Centro Jawaharlal Nehru de Investigación Científica Avanzada, Bangalore

Director del Centro de Genética Humana, Bangalore

Miembro del Comité Nacional de Bioética

DAAR Prof. (Sr.) Abdallah (Omán)**2008-2011**

Profesor de Ciencias de la Salud Pública y Profesor de Cirugía, Universidad de Toronto, Canadá

Codirector, Programa de Ciencias de la Vida, Ética y Política, Centro McLaughlin-Rotman para la Salud Global, Red de Salud Universitaria y Universidad de Toronto Científico Principal y Director de Ética y Política, Centro McLaughlin de Medicina Molecular, Universidad de Toronto

Miembro de la Academia de Ciencias del Tercer Mundo (TWAS) Premio UNESCO Avicena de Ética en Ciencias, 2005

DRUML Dra. (Sra.) Christiane (Austria)

2008-2011

Doctora en Derecho

Directora Gerente del Comité de Ética de la Universidad de Medicina de Viena y del Hospital General de Viena

Presidente de la Comisión de Bioética, Cancillería Federal de Austria

D'EMPAIRE Prof. (Sr.) Gabriel (Venezuela)

2004-2011

Profesor de Bioética, Universidad Central de Venezuela

Director de la Unidad de Cuidados Intensivos y Coronarios, Hospital Clínicas Caracas

Presidente de la Asociación de Bioética Clínica de Venezuela

Miembro Invitado de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela

EVANS Prof. (Sr.) Donald (Nueva Zelanda)

2004-2011

Profesor de Filosofía

Director del Centro de Bioética, Universidad de Otago

Ex Miembro del Comité Nacional Asesor de Ética de Nueva Zelanda

GEFENAS Prof. (Sr.) Eugenijus (Lituania)

2002-2009

Profesor Asociado y Director del Departamento de Historia Médica y Ética, Universidad de Vilnius

Profesor Adjunto en el Centro de Bioética y Liderazgo Clínico, Graduate College, Union University (Estados Unidos de América)

Presidente del Comité Nacional de Bioética de Lituania

GRACIA Prof. (Sr.) Diego (España)

2008-2011

Profesor de Historia de la Medicina y la Bioética, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Director, Instituto de Bioética de la Fundación para las Ciencias de la Salud, Madrid

Profesor Honorario en la Universidad de Chile, Universidad de Lima, Perú, y Universidad de Córdoba, Argentina

Miembro de la Real Academia Nacional de Medicina de España

HU Prof. (Sr.) Ching-li (China)

2006-2009

Profesor Emérito de Medicina y Asesor Principal, Facultad de Medicina de la Universidad de Shanghai Jiaotong
Director Adjunto, Centro de Investigación de Ética Biomédica, Facultad de Medicina de la Universidad Jiaotong de Shanghai
Ex Director General Adjunto (1988-1997) y Ex Subdirector General (1995-1997) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

HURIET Prof. (Sr.) Claude (Francia)

2004-2011

Profesor Emérito de Medicina, Facultad de Medicina, Nancy
Presidente del Instituto Curie
Senador Honorario
Ex Miembro del Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud

IJALAYE Prof. (Sr.) David Adedayo (Nigeria)

2002-2009

Profesor Emérito de Derecho Internacional, Universidad Obafemi Awolowo
Abogado Principal en la Corte Suprema de Nigeria
Miembro de la Sociedad Nigeriana de Derecho Internacional
Miembro del Instituto Nigeriano de Estudios de Derecho Avanzados

KOLLEK Prof. (Sra.) Regine (Alemania)

2002-2009

Profesora de Evaluación de Tecnología de la Salud, Universidad de Hamburgo
Miembro y ex Vicepresidente del Consejo Nacional de Ética de Alemania
Ex Presidente del Consejo Asesor sobre Ética, Ministerio Federal de Salud

KUBAR Prof. (Sra.) Olga (Federación Rusa)

2008-2011

Jefa del Departamento Clínico, Instituto Pasteur de San Petersburgo
Ex Presidente del Foro de Comités de Ética en la Comunidad de Estados Independientes

LA ROSA RODRIGUEZ Dr (Sr.) Emilio (Perú)

2006-2009

Cirujano

Doctor en Antropología y Ecología Humana

Miembro de la Sociedad Peruana de Bioética

Ex Director del Centro de Investigación y Estudio de Salud y Sociedad (CRESS), Francia

Ex Vicepresidente del Comité Intergubernamental de Bioética de la UNESCO (CIGB)

LEVY-LAHAD Prof. (Sra.) (Israel)

2006-2009

Profesora Asociada en Medicina Interna y Genética Médica y Directora de la Unidad de Genética Médica de la Universidad Hebrea

Miembro del Comité Asesor de Bioética, Academia de Ciencias y Humanidades de Israel

Miembro del Comité Nacional de Helsinki para la Investigación Genética en Humanos

LOLAS Prof. (Sr.) Fernando Stepke (Chile)

2008-2011

Psiquiatra

Profesor de la Facultad de Medicina y Director del Centro Interdisciplinario de Estudios Bioéticos, Universidad de Chile

Director del Programa de Bioética, Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Miembro de la Real Academia Española

Ex Director de la Clínica Psiquiátrica y ex Vicerrector de la Universidad de Chile

LUNA OROSCO Dr (Sr.) Javier (Bolivia)

2006-2009

Doctor en Medicina

Jefe de la Unidad de Cirujanos del Hospital Universitario de La Paz

Coordinador del Comité Nacional de Bioética

MAIMETS Prof. (Sr.) Toivo (Estonia)

2004-2011

Profesor en el Instituto de Biología Molecular y Celular de la Universidad de Tartu

Director del Centro Nacional de Excelencia en Tecnologías Genéticas y Ambientales

Ex Ministro de Educación e Investigación

Ex Vicerrector de la Universidad de Tartu

MARTIN Dr (Sr.) Jean (Suiza)

2006-2009

Médico

Miembro de la Comisión Nacional de Ética para la Medicina Humana

Ex Oficial Médico Jefe del Cantón de Vaud

Ex consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Fondos de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

MARTÍNEZ PALOMO Prof. (Sr.) Adolfo (México)

2002-2009

Presidente del CIB

Profesor Emérito, Centro de Investigación y Estudios Avanzados (CINVESTAV)

Coordinador del Consejo de Ciencia y Tecnología de la Presidencia de México

Miembro del Consejo Nacional de Bioética

Miembro de la Academia de Ciencias del Tercer Mundo

Ex Director General del CINVESTAV

Ex Presidente de la Academia Mexicana de Ciencias

MASSOUGBODJI Prof. (Sr.) Achille (Benín)

2008-2011

Médico Superior, Laboratorio de Microbiología, Hospital Nacional y Centro Universitario de Cotonú (CNHU)

Miembro fundador del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud, Cotonú

Miembro fundador de la Iniciativa Panafricana de Bioética (PABIN)

Presidente de la Asociación Beninesa de Lucha contra el SIDA

MC LEAN Prof. (Sra.) Sheila (Reino Unido)

2006-2009

Profesora de la Asociación Internacional de Abogados de Derecho y Ética de la Medicina

Directora del Instituto de Derecho y Ética en Medicina de la Universidad de Glasgow

Miembro del Panel de Ética Biomédica de Wellcome Trust

MENG Prof. (Sr.) Kwang-ho (República de Corea)

2006-2009

Profesor de Medicina Preventiva

Ex Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad Católica de Corea

Presidente de la Sociedad Coreana de Educación Médica

Ex Vicepresidente de la Sociedad Coreana de Ética Biomédica

MORISAKI Prof. (Sr.) Takayuki (Japón)

2004-2011

Profesor de Fisiopatología Molecular, Universidad de Osaka

Director del Departamento de Biociencias, Instituto Nacional de Investigación del Centro Cardiovascular

Miembro de la Comisión de Bioética y Bioseguridad, Consejo de Ciencia y Tecnología de Japón

ÖZGÜC Prof. (Sra.) Meral (Turquía)

2004-2011

Profesora y Directora del Departamento de Biología Médica de la Universidad de Hacettepe

Directora del Consejo de Investigación Científica y Técnica de Turquía (TUBITAK) DNA / Cell Bank

Presidenta del Comité de Bioética de la Comisión Nacional Turca para la UNESCO

Miembro de la Sociedad Europea de Genética Humana

PERALTA-CORNEILLE Prof. (Sr.) Andrés (República Dominicana) 2006-2009

Doctor en Medicina

Profesor de Bioética, Universidad Tecnológica de Santiago Miembro de la Junta Ejecutiva de la UNESCO-REDBIOETICA para América Latina y el Caribe

Miembro de la Asociación Internacional de Bioética

Miembro fundador y Ex Presidente del Comité Nacional de Bioética

ROGNE Prof. (Sra.) Sissel (Noruega)

2006-2009

Profesora de Biotecnología, Facultad de Medicina, Universidad de Bergen

Directora General del Consejo Asesor de Biotecnología de Noruega

Presidente del grupo ad hoc sobre bioética de la Comisión Nacional Noruega para la UNESCO

Miembro del Comité de ética en NORFUND Biotech Investment Fund, India

SALEH Prof. (Sr.) Fawaz (República Árabe Siria)

2004-2011

Profesor de Derecho, Universidad de Damasco

Profesor y Secretario General del Instituto Superior de Administración de Empresas

Jefe de Asuntos Legales, Universidad de Damasco

Miembro y Secretario General del Comité de Bioética de Siria

SASTROWIJOTO Prof. (Sr.) Soenarto (Indonesia)**2008-2011**

Doctor en Medicina

Profesor Emérito, Departamento de Cirugía de Oído, Nariz, Garganta, Cabeza y Cuello, Facultad de Medicina, Universidad Gadjah Mada, Yogyakarta

Director del Centro de Bioética y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Gadjah Mada, Yogyakarta

Miembro del Comité Nacional de Bioética

Miembro del Comité Nacional de Ética de la Investigación en Ciencias de la Salud
Ex Vicepresidente del Comité Intergubernamental de Bioética de la UNESCO (CIGB)

SEMPlici Prof. (Sr.) Stefano (Italia)**2008-2011**

Profesor de Ética Social, Facultad de Filosofía, Universidad de Roma Tor Vergata
Editor de la revista internacional Archives of Philosophy

Director Científico, Lamaro Pozzani College, Roma

Miembro del Consejo Científico, Instituto de Ética General y Aplicada, Colegio Borromeo, Pavía

SEROUR Prof. (Sr.) Gamal Ibrahim Abou (Egipto)**2006-2009**

Profesor de Obstetricia y Ginecología

Director del Centro Islámico Internacional de Estudios e Investigación de la Población
Miembro del Comité Nacional de Bioética de Egipto

Secretario General de la Federación Internacional de Sociedades de Fertilidad

Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Alazhar

Ex Presidente del Comité FIGO sobre aspectos éticos de la reproducción humana y la salud de la mujer

SNEAD Prof. (Sr.) Carter IV (Estados Unidos de América)**2008-2011**

Profesor Asociado, Notre Dame Law School, Indiana

Observador Permanente de los Estados Unidos en el Comité Directivo del Consejo de Europa sobre Bioética

Ex Asesor General del Consejo Presidencial de Bioética

STIENNON Prof. (Sra.) Jeanine-Anne (Bélgica) 2006-2009

Profesora emérita de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mons-Hainaut
Vicepresidenta y ex presidenta del Comité Nacional de Bioética
Decana Honoraria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mons-Hainaut
Miembro de la Real Academia de Medicina de Bélgica

TOURE Dr (Sra.) Aïssatou (Senegal) 2006-2009

Inmunóloga e Investigadora, Instituto Pasteur, Dakar
Miembro del Consejo Nacional de Investigación en Salud

WASUNNA Dr (Sra.) Monique K. Ajilong (Kenia) 2008-2011

Consultora Médica y Especialista en Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas
Directora en funciones del Instituto de Investigación Médica de Kenia (KEMRI)
Directora de Investigación en Medicina Tropical y Enfermedades Infecciosas (KEMRI)
Miembro del Comité Asesor Científico de la Organización Mundial de la Salud sobre
Diagnósticos accesibles y de calidad garantizada
Miembro del Comité Científico y Ético de la Universidad de Nairobi y del Hospital
Kenyatta Miembro de la Junta de la Universidad de Nairobi, Instituto de Medicina
Tropical y Enfermedades Infecciosas



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Sector de Ciencias Sociales y Humanas

El Sector de Ciencias Sociales y Humanas refleja la prioridad que la UNESCO asigna a la promoción de la ética de la ciencia y de la tecnología, con énfasis en la bioética.

Parte de las actividades del Sector consisten en prestar el apoyo necesario a los Estados Miembros de la UNESCO que planean desarrollar actividades en el campo de la ética de la ciencia y de la tecnología.

El Sector también funciona como la secretaría ejecutiva de tres órganos internacionales de ética, a saber: la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST), el Comité Internacional de Bioética (CIB) y el Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB).

CONTACTO

Secretaría del Comité Internacional de Bioética
Sector de Ciencias Sociales y Humanas
UNESCO

7, Place de Fontenoy - 75352 Paris 07 - SP Francia

E-mail: ibc@unesco.org

Sitio web: <http://www.unesco.org/shs/bioethics>

