



## Asamblea General

Distr. general  
12 de septiembre de 2005  
Español  
Original: inglés

### Sexagésimo período de sesiones

Tema 73 b) del programa provisional\*

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

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

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

El Secretario General tiene el honor de transmitir a los miembros de la Asamblea General el informe del Sr. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de conformidad con la resolución 2005/24 de la Comisión.

### *Resumen*

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) no sólo requiere el acceso a una atención sanitaria oportuna y adecuada sino también a las condiciones que determinan la salud, como servicios de saneamiento adecuados, agua potable, alimentación, nutrición y vivienda. La Asamblea Mundial de la Salud estableció recientemente, por un período de tres años, una importante comisión, la Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud, para que estudiase las dimensiones sociales de la salud. En la sección II del presente informe se señala la congruencia entre el mandato de la Comisión y la dimensión de los factores determinantes de la salud inherente al derecho a la salud. El Relator Especial espera con interés la interacción con la Comisión para saber cómo se propone integrar el derecho a la salud en su labor.

\* A/60/150.

\*\* Este informe se presenta con retraso a fin de reflejar la mayor cantidad de información actualizada posible.



Los profesionales de la salud pueden desempeñar un papel esencial en la promoción y protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. En la sección III del informe se examina la importancia de la educación de los profesionales de la salud en materia de derechos humanos y se observa que no se presta la debida atención al derecho a la salud y otros derechos humanos en los programas de estudios de las escuelas de medicina y enfermería de todo el mundo. En sus misiones a los países, el Relator Especial seguirá examinando hasta qué punto los profesionales de la salud reciben formación en materia de derechos humanos así como el apoyo que reciben de los Estados y las asociaciones de profesionales de la salud en esta esfera.

La sección más sustantiva del informe versa sobre la migración de los profesionales de la salud, lo que en ocasiones se denomina “éxodo intelectual” o “éxodo de profesionales”. Como el Relator Especial subrayó en su último informe a la Asamblea General (A/59/422), la salud ocupa un lugar destacado en los objetivos de desarrollo del Milenio. Si la comunidad internacional se propone seriamente lograr dichos objetivos, debe tomar debidamente en cuenta el fortalecimiento de los sistemas de salud y hacer frente a las condiciones precarias de los profesionales de la salud y al éxodo intelectual. En el mundo actual existe una terrible desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud. El éxodo de intelectuales debe evaluarse en el contexto de la alarmante desigualdad en materia de salud que existe en el plano mundial.

En el informe se esboza el alcance de la migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados y se analizan los factores de atracción y expulsión que contribuyen al éxodo de profesionales. Hay tres grupos de derechos humanos que son particularmente relevantes para el éxodo de profesionales: la libertad de circulación; los derechos laborales; y el derecho a la salud, que engloba el derecho a un sistema de atención eficaz, incluyente y de buena calidad. El informe se centra en el análisis del derecho a la salud, incluso en lo que atañe a la participación, la asistencia, la cooperación internacional y la rendición de cuentas. En especial, se examina el derecho a la salud en relación con los países exportadores de profesionales de la salud.

Tras consignarse una serie de principios rectores, se concluye la sección destacando que si se incorporan los derechos humanos en las políticas nacionales e internacionales teniendo en cuenta el éxodo intelectual es probable que dichas políticas resulten más eficaces, sólidas, equitativas, inclusivas y significativas para las personas que viven sumidas en la pobreza. En la conclusión se analizan brevemente tres posibles respuestas de política al éxodo de profesionales: el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países de origen; la aplicación de prácticas de contratación ética por los países de destino; y la indemnización o reparación. Se sugiere que los países desarrollados establezcan oficinas nacionales independientes para vigilar sus prácticas de cooperación internacional en materia de salud, incluidas las políticas relacionadas con el éxodo intelectual.

## Índice

	<i>Párrafos</i>	<i>Página</i>
I. Introducción.....	1–4	4
II. Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud.....	5–7	5
III. Los profesionales de la salud y la educación en materia de derechos humanos..	8–17	6
IV. El éxodo intelectual: la migración de los profesionales de la salud .....	18–89	9
A. Reconocimiento creciente de que el éxodo intelectual es un problema mundial .....	23–24	9
B. Los objetivos de desarrollo del Milenio, los sistemas de salud y los profesionales de la salud .....	25–30	10
C. El problema .....	31–35	11
D. Causas del éxodo intelectual: factores de atracción y de expulsión .....	36–40	12
E. El éxodo intelectual, los derechos humanos y el derecho a la salud.....	41–72	13
F. Algunos principios rectores .....	73–74	19
G. Conclusión.....	75–89	20
V. Conclusión.....	90	23

## I. Introducción

1. El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (“el derecho a la salud”) presentó su informe anual (E/CN.4/2005/51 y Add.1 a 4) a la Comisión de Derechos Humanos en su 61° período de sesiones, de conformidad con el mandato establecido en la resolución 2004/27 de la Comisión. En su resolución 2005/24, la Comisión acogió con satisfacción el informe y pidió de nuevo al Relator Especial que le presentase un informe anual, así como un informe provisional a la Asamblea General, sobre las actividades realizadas en el marco de su mandato. Este informe se presenta en cumplimiento de lo dispuesto en la resolución 2005/24 de la Comisión.

2. Desde que presentó su informe anual a la Comisión en febrero de 2005, el Relator Especial ha llevado a cabo una misión a Uganda (15 a 25 de marzo), por invitación del Gobierno y con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para abordar la cuestión de las enfermedades desatendidas y el derecho a la salud. El informe sobre esta misión se presentará a la Comisión en su 62° período de sesiones. El Relator Especial también ha hecho varios llamamientos urgentes y ha enviado comunicaciones a diversos gobiernos, además de formular declaraciones y publicar comunicados de prensa sobre cuestiones que van desde el derecho a la salud sexual y reproductiva a las repercusiones de los acuerdos comerciales en el acceso a los medicamentos. El Relator Especial informará de esas comunicaciones en su próximo informe anual a la Comisión.

3. El Relator Especial también participó en varias reuniones, incluida la reunión anual de los procedimientos especiales, organizada por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos; ha hecho varias consultas con la OMS, incluso con sus directores regionales; asistió a una reunión en Berlín, patrocinada por la OMS y la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica, sobre un mayor control de las enfermedades tropicales; y participó en una mesa redonda sobre enfermedades desatendidas, celebrada durante la Asamblea Mundial de la Salud. En febrero asistió a una reunión en Nueva York, organizada por la Ethical Globalization Initiative, para debatir el papel de las empresas farmacéuticas en relación con el derecho a la salud. En abril, el Relator Especial fue el orador principal en una conferencia sobre las enseñanzas extraídas de los enfoques de la cuestión de la salud basados en los derechos humanos, organizada por el Instituto de Derechos Humanos de la Universidad Emory de Atlanta (Estados Unidos de América), en colaboración con la OMS, CARE USA, la oficina de derechos humanos del Centro Carter, los centros de los Estados Unidos de control y prevención de las enfermedades, y Doctores para la Salud Global (DGH). En julio, el Relator Especial se reunió con varios delegados de países en desarrollo ante la Organización Mundial del Comercio (OMC) y otros interlocutores para tratar cuestiones relacionadas con el Modo 4 del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS) y la migración de profesionales de la salud. También presidió una reunión celebrada en el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex (Reino Unido), con el patrocinio de la Federación Internacional de Organizaciones de Defensa de la Salud y los Derechos Humanos, para examinar las estrategias y prioridades que habría de tener en el futuro el mandato relativo al derecho a la salud.

4. Para facilitar las consultas, todos los informes del Relator Especial a la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos, así como sus comunicados de prensa y una selección de sus discursos e intervenciones sobre el derecho a la salud,

se encuentran en el sitio en la Web del Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex, [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm). Todos los documentos de las Naciones Unidas relacionados con la labor del Relator Especial, incluidos sus comunicados de prensa e informes a la Asamblea General y la Comisión de Derechos Humanos, pueden consultarse en el sitio en la Web de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>.

## II. Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud

5. De conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, la realización del derecho a la salud no sólo requiere el acceso a servicios de salud oportunos y apropiados, sino también a las condiciones esenciales que determinan la salud<sup>1</sup>, entre ellas los factores que influyen sobre la salud, como el agua potable y la alimentación, una vivienda y unos servicios de saneamiento adecuados, un medio ambiente y unas condiciones de trabajo saludables, etc. Desde el comienzo de su mandato, y a lo largo de él, el Relator Especial se ha ocupado de estas cuestiones, incluso en el curso de sus misiones a los países<sup>2</sup>.

6. Reconociendo la importancia vital de los factores condicionantes de la salud, la Asamblea Mundial de la Salud estableció recientemente, por un período de tres años, una importante comisión integrada por políticos y profesionales destacados para estudiar las dimensiones sociales de la salud. La Comisión sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud se propone traducir los conocimientos sobre salud pública en programas de política nacionales y mundiales prácticos a fin de mejorar la salud y el acceso a la atención sanitaria. En el sitio de la OMS en la Web [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/) se puede obtener información sobre la Comisión. En resumen, la labor de la Comisión consiste, entre otras cosas, en reunir y analizar pruebas científicas de los mecanismos sociales que condicionan la salud y las desigualdades en materia de salud; formular recomendaciones de política para fortalecer el sistema de salud y promover la equidad en este ámbito mediante la adopción de medidas relacionadas con los factores sociales; y fomentar la aplicación de las recomendaciones en los países.

7. Existe una notable congruencia entre el mandato de la Comisión y la dimensión de los factores determinantes de la salud inherentes al derecho a la salud, así como otros derechos humanos relacionados entre sí, como el derecho a tener una vivienda adecuada, alimentación y agua. En otras palabras, el derecho internacional y nacional relativo a los derechos humanos es la base del mandato de la Comisión y, al mismo tiempo, lo fortalece. En una reunión oficiosa preliminar con varios miembros de la secretaría de la Comisión, el Relator Especial expresó su firme apoyo al importante y ambicioso mandato. Espera con interés nuevos encuentros con la Comisión para saber cómo se propone integrar el derecho a la salud en su labor. Si la Comisión así lo desea, el Relator Especial ofrecerá gustoso todo el apoyo que permitan sus muy limitados recursos.

### III. Los profesionales de la salud y la educación en materia de derechos humanos

8. La labor de los profesionales de la salud influye sobremanera en la promoción y protección de los derechos humanos, en particular el derecho a la salud. En tanto que proveedores de servicios de atención sanitaria, los profesionales de la salud desempeñan una función esencial en la realización del derecho a la salud. Con frecuencia también han desempeñado una función decisiva para ayudar a documentar y reparar violaciones de los derechos humanos, como la violencia y la tortura.

9. Aunque la gran mayoría de los profesionales de la salud han realizado valiosas contribuciones en la esfera de los derechos humanos, algunos han sido cómplices, consciente o inconscientemente, de violaciones de los derechos humanos. Las presiones políticas, legales, económicas, sociales o culturales que pueden estar reñidas con los derechos humanos les obligan en ocasiones a adoptar decisiones en su quehacer diario que tienen graves consecuencias para los derechos humanos. Las opiniones personales de los profesionales de la salud también pueden influir en su labor: a veces, sus opiniones pueden ser incompatibles con los derechos de los pacientes. Por ejemplo, en algunos países, los profesionales de la salud se ven sometidos a presiones institucionales o sociales o adoptan decisiones basadas en sus propias opiniones o creencias para denegar atención a grupos marginados, como los inmigrantes; revelar historiales médicos confidenciales; o no facilitar información sobre salud sexual y reproductiva a mujeres o adolescentes. En ocasiones, los profesionales de la salud también han sufrido presiones para participar en violaciones de los derechos humanos que han incluido la tortura, la esterilización forzosa y la mutilación genital femenina. Las decisiones que adoptan los profesionales de la salud pueden determinar la diferencia entre la protección o la violación de los derechos humanos.

10. En su informe preliminar a la Comisión de Derechos Humanos, el Relator Especial señaló su intención de examinar la función y la responsabilidad de los profesionales de la salud en relación con el derecho a la salud, así como las dificultades a que se enfrentan en este sentido (E/CN.4/2003/58, párrs. 95 a 98). En este capítulo se hacen algunas observaciones preliminares sobre apenas una sola cuestión relacionada con los profesionales de la salud, a saber, la importancia de su educación en materia de derechos humanos.

11. El cumplimiento inadecuado de las normas sobre derechos humanos por los profesionales de la salud suele ser el resultado de circunstancias complejas e interrelacionadas, en particular las presiones políticas y las influencias sociales. Sin embargo, a menudo puede atribuirse en parte a una inadecuada o inexistente formación en materia de derechos humanos<sup>3</sup>. La educación en materia de derechos humanos es un punto de partida fundamental para dotar a los profesionales de la salud de los conocimientos e instrumentos que les permitan promover y proteger los derechos humanos. Al tiempo que les capacita para defender los derechos de sus pacientes, la educación en materia de derechos humanos también desempeña una importante función para ayudar a los profesionales de la salud a defender sus propios derechos humanos.

12. La importancia de educar a los profesionales de la salud en materia de derechos humanos ha sido ampliamente reconocida por los Estados y las organizaciones que trabajan en la esfera de la salud y los derechos humanos en todo el mundo. En la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial

de Derechos Humanos en junio de 1993, los Estados reconocieron la importancia que revestía para los profesionales de la salud la educación especial en materia de derechos humanos y derecho humanitario. La Asociación Médica Mundial recomienda encarecidamente que las escuelas de medicina incluyan cursos obligatorios sobre la ética médica y los derechos humanos en sus programas de estudios<sup>4</sup>. El Consejo Internacional de Enfermeras, en su declaración de posición sobre las enfermeras y los derechos humanos aprobada en 1998, aboga por la inclusión de las cuestiones de derechos humanos y de la función de las enfermeras en todos los niveles de los programas de formación de enfermería<sup>5</sup>. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que los gobiernos velen “por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores de la salud incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género”<sup>6</sup>.

13. En los últimos años se han elaborado excelentes manuales de capacitación y cursos en materia de derechos humanos para profesionales de la salud, algunos de carácter general y otros centrados en cuestiones de derechos humanos relacionadas con la salud en el marco de circunstancias específicas en las que hay un riesgo mayor para los derechos humanos, como es el caso de las cárceles y los servicios de atención de la salud reproductiva, o en las cuestiones de derechos humanos relacionadas con la salud de grupos vulnerables, como los refugiados<sup>7</sup>. Las últimas investigaciones realizadas por la Asociación Médica Británica y la Asociación Médica Mundial también ponen de manifiesto que existe una demanda por parte de los estudiantes de medicina de todo el mundo para aprender más sobre los derechos humanos y la ética durante su formación<sup>8</sup>. El Relator Especial se siente sumamente alentado por estos acontecimientos. Sin embargo, al mismo tiempo le preocupa sobremanera que no se preste atención suficiente al derecho a la salud y otros derechos humanos en los programas de estudios y los libros de texto de las escuelas de medicina y enfermería de todo el mundo. Muchos profesionales de la salud sencillamente no reciben ninguna educación en materia de derechos humanos.

14. Si bien, por lo general, las cuestiones de derechos humanos lamentablemente no están incluidas en la educación que se imparte en las escuelas de medicina y enfermería, muchas escuelas y libros de texto incluyen la enseñanza de la bioética. La bioética y los derechos humanos se basan en valores fundamentales similares. Para su desempeño, los profesionales de la salud encuentran en los marcos bioéticos valiosas directrices morales que, a menudo, son compatibles con los derechos humanos. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la formación en la bioética. Sin embargo, la educación en materia de derechos humanos también es importante si se desea que los profesionales de la salud estén plenamente equipados para defender los derechos humanos como una tarea importante de su labor profesional. Los derechos humanos están firmemente consagrados en instrumentos jurídicos internacionales y están sujetos a varios mecanismos de vigilancia que prestan especial atención a lo que atañe a la responsabilidad y la no discriminación, así como a la protección de los miembros más vulnerables de la sociedad. Por tanto, los derechos humanos proporcionan a los profesionales de la salud instrumentos de suma utilidad para promover y proteger los derechos y el bienestar de sus pacientes, así como sus propios derechos humanos.

15. En cierta medida, lo que los profesionales de la salud necesitan saber dependerá del país en que trabajen, así como de su especialización profesional. Como mínimo, todos los profesionales de la salud deberían recibir formación sobre los derechos

humanos de los pacientes, incluido su derecho a la salud; los derechos humanos relacionados con la salud de los grupos vulnerables, como las mujeres, los niños y los discapacitados; y sus propios derechos humanos en lo que respecta a su labor profesional. En la educación en materia de derechos humanos también se deberían incluir en todo momento una serie de consejos prácticos sobre cómo aplicar un enfoque de derechos humanos en la práctica clínica, entre otras cosas, cómo mantener el respeto a la dignidad inherente de todos los pacientes, cómo resistir la presión institucional o social para cometer violaciones, cómo identificar violaciones, cómo facultar a los pacientes o los colegas para defender sus derechos humanos, cómo promover la rendición de cuentas en relación con infracciones presuntas o conocidas y cómo minimizar los riesgos de represalias. Debería proporcionarse educación más especializada en materia de derechos humanos a los profesionales de la salud que trabajen en circunstancias en las que es más probable que se produzcan violaciones de los derechos humanos, o familiarizárseles con los elementos de prueba de infracciones, en particular en servicios de medicina forense, cárceles, servicios de salud mental, servicios de planificación de la familia, situaciones de conflictos armados, o en los contextos de trabajo con comunidades vulnerables.

16. De conformidad con el derecho internacional de derechos humanos, los Estados tienen la obligación primordial de asegurar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Por tanto, el Relator Especial subraya que es esencial que los Estados establezcan un entorno propicio para que la comunidad de profesionales de la salud adopte enfoques basados en los derechos humanos. Es particularmente importante que los Estados no coloquen a los profesionales de la salud en situaciones en las que puedan verse obligados a utilizar sus conocimientos para cometer aún peores violaciones de los derechos humanos de sus pacientes, y que establezcan mecanismos de rendición de cuentas para reparar o prevenir violaciones de los derechos humanos en el marco de la práctica clínica. Sin embargo, hay otros actores que también desempeñan una función importante. Las escuelas de medicina y enfermería y otros órganos de formación de los profesionales de la salud deberían integrar la educación y la capacitación en materia de derechos humanos a todos los niveles profesionales. Aprovechando los ejemplos existentes de prácticas eficientes, las asociaciones nacionales de profesionales de la salud deberían concienciar aún más a sus miembros acerca de los derechos humanos y estimular su demanda de educación en esta materia, así como asistir a los profesionales de la salud que se dedican a defender los derechos humanos prestándoles asesoramiento especializado y apoyo institucional. Aunque este capítulo en particular se centra en la educación de los profesionales de la salud en materia de derechos humanos, el Relator Especial desea señalar al mismo tiempo que las facultades de derecho y otras instituciones de formación en derechos humanos deberían incluir en sus programas de estudios el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados con la salud.

17. En sus misiones a los países, el Relator Especial recaba, y seguirá recabando, información para determinar si los profesionales de la salud reciben educación en materia de derechos humanos y hasta qué punto los Estados y las asociaciones nacionales de profesionales de la salud les prestan apoyo para promover y proteger los derechos humanos.



## **IV. El éxodo intelectual: la migración de los profesionales de la salud**

18. La migración de profesionales de la salud, en particular de médicos y personal de enfermería pero también de parteras, farmacéuticos, dentistas, técnicos y otros, plantea graves problemas en relación con el derecho a la salud.

19. El movimiento de los profesionales de la salud no se produce en una sola dirección, sino en varias. En términos generales, sin embargo, la migración neta ocurre de zonas rurales a zonas urbanas, del sector público al sector privado, de países en desarrollo más pobres a países en desarrollo más ricos, de Estados con situaciones inestables a Estados con situaciones más estables, de países en desarrollo a países desarrollados y de países desarrollados con peores condiciones de empleo en el sector de la salud a países desarrollados con mejores condiciones de empleo en ese sector. A menudo se califica este fenómeno de “éxodo de profesionales” o “éxodo intelectual”.

20. Este capítulo se centra en la dimensión internacional del éxodo intelectual, en particular la migración de profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados<sup>9</sup>. El Relator Especial reconoce, sin embargo, la existencia en muchos países de crisis interrelacionadas de migración de zonas rurales a zonas urbanas y del sector público al sector privado que privan a poblaciones rurales pobres de muy necesarios servicios de salud.

21. Aun cuando es bien sabido que el éxodo intelectual plantea problemas en materia de derechos humanos como la libertad de circulación y los derechos laborales de los trabajadores de la salud, la cuestión de cómo repercute este éxodo en el disfrute del derecho a la salud en los países en desarrollo de origen pocas veces recibe la atención debida. El presente capítulo se centra fundamentalmente en este aspecto del éxodo intelectual.

22. En el mundo de hoy existe una alarmante desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud. El éxodo intelectual —el empleo por países desarrollados de profesionales de la salud capacitados a expensas de los países en desarrollo que tanta necesidad tienen de ellos— hace más profunda esta desigualdad en materia de salud a nivel mundial. Las políticas orientadas a contener el éxodo intelectual deben tratar de resolver, de manera sistemática y coordinada, el problema de la desigualdad en materia de salud a nivel mundial<sup>10</sup>.

### **A. Reconocimiento creciente de que el éxodo intelectual es un problema mundial**

23. En la actualidad se reconoce ampliamente la necesidad de buscar soluciones al problema del éxodo intelectual. En 2004 y 2005, por ejemplo, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó sendas resoluciones en las que se reconocía que la migración y la contratación de personal de la salud de los países en desarrollo en los países desarrollados significaba un gran reto para los sistemas de salud de los países en desarrollo<sup>11</sup>. Además, existe una amplia y creciente bibliografía sobre las causas y consecuencias del éxodo intelectual en el sector de la salud<sup>12</sup>.

24. Por otro lado, el éxodo intelectual está comenzando a generar interés en los medios de difusión y preocupación en el público. Con anterioridad a la celebración de la Cumbre del Grupo de los Ocho (G-8) en Gleneagles (Escocia), en julio de 2005, por ejemplo, apareció en el *Financial Times* de Londres un gran anuncio bajo el titular “How Long Will the Poorest Countries Train Health Workers for the Richest?” (¿Hasta cuándo capacitarán los países más pobres a personal de la salud para los países más ricos?)<sup>13</sup>. En la Cumbre, los líderes del Grupo de los Ocho se comprometieron a invertir en la mejora de los sistemas de salud en colaboración con los gobiernos africanos, en particular, ayudando a los países de África a capacitar y retener a profesionales de la salud<sup>14</sup>. Esos compromisos se deben llevar a la práctica, ampliar y supervisar, tema sobre el que se vuelve en la conclusión de este capítulo.

## **B. Los objetivos de desarrollo del Milenio, los sistemas de salud y los profesionales de la salud**

25. En el informe presentado a la Asamblea General en su quincuagésimo noveno período de sesiones (A/59/422), el Relator Especial subrayó la importancia que se daba a la salud en los objetivos de desarrollo del Milenio. En el informe se indicaba de qué manera el derecho a la salud reforzaba los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud y podía contribuir a su consecución.

26. El derecho a la salud requiere el desarrollo de sistemas de salud de buena calidad que sean eficaces e inclusivos, precisamente lo que se necesita para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Por su parte, el Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas subraya constantemente la importancia de crear sistemas de salud que provean acceso universal a los servicios básicos de salud —por ejemplo, *Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los objetivos de desarrollo del Milenio*, así como el persuasivo informe del equipo de tareas *Who’s Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*.

27. Fundamentalmente, la eficacia de los sistemas de salud depende de los profesionales de la salud. Sin embargo, muchos sistemas de salud enfrentan una crisis de recursos humanos. En numerosos países, los trabajadores de la salud se encuentran en “una precaria situación”<sup>15</sup>. La epidemia del VIH/SIDA aumenta la carga de trabajo, causando la enfermedad y la muerte de los trabajadores de la salud y estigmatizando a quienes cuidan de los pacientes. Muchos sistemas de salud han sido descuidados y sufren de más de dos décadas de subinversión. El éxodo intelectual afecta con particular intensidad a muchos países en desarrollo, sobre todo del África al sur del Sáhara.

28. Por esas y otras razones, existe “un déficit masivo de trabajadores de la salud a nivel mundial”, equivalente a unos 4 millones de profesionales de ese sector<sup>16</sup>. A juicio de los expertos, para que los países al sur del Sáhara se acerquen a las metas planteadas en los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud, deberán triplicar su actual fuerza de trabajo en el sector de la salud mediante la incorporación de 1 millón de profesionales<sup>17</sup>. En pocas palabras, si de verdad se quiere lograr los objetivos, la comunidad internacional debe ocuparse seriamente de los sistemas de salud, los profesionales de la salud y del éxodo intelectual.

29. La dimensión del éxodo intelectual de que trata fundamentalmente este informe, a saber la migración de los profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados, es un asunto a la vez complejo y multifacético. Se trata de un

fenómeno que adopta formas diferentes en cada país; además, puede variar la forma en que se manifiesta en diferentes regiones del mismo país. El Relator Especial reconoce que la migración de los profesionales de la salud de países en desarrollo a países desarrollados puede tener efectos positivos, no sólo para los propios migrantes sino también para los países en desarrollo. En caso de regresar, por ejemplo, los migrantes pueden usar la experiencia profesional que han adquirido en el extranjero para hacer una mejor contribución a los sistemas de salud de sus países de origen. En algunos casos, las remesas de los migrantes contribuyen de manera fundamental a la economía de los países de origen, aunque es de destacar que ello no significa que se inviertan esos fondos en los sistemas de salud de esos países.

30. Se han sugerido, y a veces aplicado, numerosas medidas normativas en respuesta a los efectos negativos del éxodo de personal capacitado. El objetivo de este capítulo no es examinar en detalle esas opciones normativas, si bien se examinan brevemente algunas de ellas. En lugar de ello, el objetivo del capítulo es más modesto: presentar una breve introducción al tema del éxodo intelectual desde el punto de vista del derecho a la salud y poner de relieve que dicho éxodo es una grave amenaza al derecho a la salud, particularmente para quienes viven en la pobreza en sus países de origen<sup>18</sup>.

### C. El problema

31. Los profesionales de la salud tienden a migrar de regiones o países más pobres a regiones o países más ricos. Los países de origen de la migración internacional son en su mayoría países de África, el Caribe, Asia sudoriental y Asia meridional, cuyos trabajadores migran con destino a Australia, los Estados Unidos de América, el Reino Unido, el Canadá, Francia y Bélgica<sup>19</sup>.

32. El problema es más agudo para los países de origen con una baja densidad de profesionales de la salud, o con sectores de la salud que no cuentan con personal suficiente, en particular los países del África al sur del Sáhara. En Malawi, solamente han sido cubiertas 1.842 de las 6.620 plazas existentes para personal de enfermería<sup>20</sup>. Treinta y cuatro países, en su mayoría del África al sur del Sáhara, cuentan con menos de diez médicos por cada 100.000 habitantes<sup>21</sup>. Esto contrasta con densidades mucho más altas en países de altos ingresos. Los países de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos tienen una media de unos 222 médicos por cada 100.000 habitantes<sup>22</sup>. En el África al sur del Sáhara hay una décima parte del personal de enfermería y los médicos que hay en los países de Europa<sup>23</sup>.

33. Las diferencias son enormes también entre las zonas rurales y urbanas. En Ghana, por ejemplo, más del 85% de los médicos generalistas trabajan en zonas urbanas, a pesar de que el 66% de la población vive en zonas rurales. En Bangladesh, en los centros metropolitanos vive sólo el 15% de la población, pero allí se concentra el 35% de los médicos y el 30% del personal de enfermería<sup>24</sup>.

34. Aun así, los profesionales de la salud de los países en desarrollo, incluidos los países del África al sur del Sáhara, migran en número cada vez mayor en busca de empleo en los países en desarrollo. La Asociación de Médicos Sudafricana estima que al menos 5.000 médicos de ese país se han establecido en el extranjero, principalmente en los Estados Unidos, el Canadá, el Reino Unido y Australia<sup>25</sup>. Se estima que cada año entre el 30% y el 50% de los graduados de las escuelas de medicina abandonan Sudáfrica para marcharse a los Estados Unidos y el Reino

Unido. En 1999, Ghana perdió más personal de enfermería del que había capacitado. Entre 1998-1999 y 2001-2002 se produjo en el Reino Unido un aumento espectacular del número de enfermeros registrados de Zimbabwe (de 52 a 368) y de Malawi (de 1 a 75)<sup>26</sup>. También se han visto afectados otros países. Por ejemplo, durante el decenio de 1990, dos tercios del personal de enfermería de Jamaica se marchó del país en forma definitiva<sup>27</sup>.

35. La pérdida de profesionales de la salud es particularmente aguda en los países de habla inglesa. En Francia (país cuya lengua también es de amplio uso en la formación del personal médico) sólo el 5% de los médicos en ejercicio se titularon en el extranjero<sup>28</sup>. En el Canadá, los Estados Unidos y Australia, más del 20% de los médicos obtuvieron su título en el extranjero, mientras que en el Reino Unido y Nueva Zelandia la cifra asciende a más del 30%<sup>29</sup>.

#### **D. Causas del éxodo intelectual: factores de atracción y de expulsión**

36. Las complejas y diversas causas de la migración de los profesionales de la salud a menudo se relacionan con los llamados factores atracción y de expulsión. Muchos de esos factores están estrechamente vinculados con las desigualdades existentes entre los países y dentro de cada país.

37. Entre los factores de expulsión a menudo figuran las condiciones de empleo, como una remuneración baja; estructuras de sueldos injustos; largas jornadas de trabajo; ambientes de trabajo con riesgos; mala gestión del personal de la salud, así como sistemas de salud frágiles en que los profesionales del sector a menudo carecen de medicamentos, equipo y suministros que les permitan ayudar a los pacientes. En muchos países, particularmente del África al sur del Sáhara, el VIH/SIDA es una pesada carga para la fuerza de trabajo que aumenta el número de pacientes, disminuyendo los recursos humanos donde el personal de la salud ha fallecido o se ha enfermado a causa del VIH/SIDA y crea responsabilidades adicionales para los profesionales de la salud que deben cuidar de sus familiares. La escasez de profesionales de la salud aumenta las presiones sobre el personal. La falta de capacitación y de oportunidades profesionales también da lugar a la migración de los trabajadores de la salud. Muchos de estos problemas golpean con particular severidad a los sistemas de salud que no disponen de suficientes recursos.

38. Entre otros factores de expulsión, en su mayor parte ajenos al sistema de salud, se cuentan los abusos de los derechos civiles y políticos, la falta de seguridad, así como la pobre atención educativa y los bajos niveles de vida.

39. Los factores de atracción son de naturaleza opuesta a la de muchos de los factores de expulsión: mejores sueldos; mejores perspectivas profesionales o educacionales; mejores condiciones de trabajo y una situación política y económica estable en los países de destino. Algunos profesionales de la salud que han emigrado manifiestan que las restricciones inmigratorias dificultan viajar entre sus países de origen y de destino. Un importante factor de atracción es la demanda en los países desarrollados en los que el número de trabajadores de la salud no alcanza para satisfacer las necesidades de atención a la salud que se derivan de las bajas tasas de retención, la escasez de profesionales de la salud que reciben capacitación y una demanda creciente de servicios de atención. Se estima que para 2020 los Estados Unidos tendrán un déficit de entre 85,000 y 200,000 médicos y posiblemente de más de

800,000 enfermeros<sup>30</sup>. Se estima asimismo que para 2008, Gran Bretaña necesitará 25,000 doctores y 250,000 enfermeros más que en 1997<sup>31</sup>.

40. Las corrientes migratorias obedecen también a muchos otros factores. La integración internacional y la comercialización de los servicios de salud han dado nuevas oportunidades a los trabajadores de la salud para buscar empleo fuera de sus países de origen y en el sector privado<sup>32</sup>. Los avances registrados en las telecomunicaciones han permitido a los profesionales de la salud cobrar mayor conciencia de oportunidades que se les ofrecen en el extranjero. Otro factor importante es el trabajo de las agencias que contratan personal en gran escala (por ejemplo, grupos de 20, 50 y 100 enfermeros a la vez) en los países en desarrollo y a menudo facilitan el proceso de migración<sup>33</sup>. La obtención de préstamos, que facilita el proceso de migración también está cada vez más al alcance de los migrantes. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios puede facilitar o conducir a un incremento de la migración de los profesionales de la salud en el futuro<sup>34</sup>.

## **E. El éxodo intelectual, los derechos humanos y el derecho a la salud**

41. En términos generales, hay tres grupos de derechos humanos que revisten particular importancia para el aspecto del éxodo intelectual en que se centra este capítulo, a saber, la migración de profesionales de la salud de los países en desarrollo a los países desarrollados:

- a) El derecho de todas las personas a la libertad de circulación, así como a la libertad de salir de cualquier país, incluso del propio;
- b) Los derechos laborales, es decir, el derecho al trabajo y los derechos en el trabajo;
- c) El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, que incluye el derecho a acceder a un sistema de salud de buena calidad que sea eficaz e inclusivo.

42. En el contexto del presente análisis, a) y b) revisten particular importancia para los profesionales de la salud. Es importante destacar que c) tiene una especial relevancia para los individuos y las comunidades en los países de origen y de destino.

43. El código internacional de derechos humanos, se refiere a algunas características fundamentales que son parte integrante de uno o más de estos grupos de derechos humanos: la no discriminación, la participación, la asistencia y la cooperación internacionales y la rendición de cuentas. Además, existen otros derechos que son importantes para el éxodo intelectual, como el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a la educación.

44. Por diversas razones, una de las principales de las cuales es el ámbito del mandato del Relator Especial, el siguiente análisis se centra en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (véase c) más arriba), además de abarcar aspectos generales fundamentales de los derechos humanos, como la no discriminación, la participación, la asistencia y la cooperación internacionales y la rendición de cuentas<sup>35</sup>.

45. Como se señaló anteriormente, el éxodo intelectual repercute en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud tanto en los países de origen como en los países de destino. En el contexto que se examina, sin embargo, el Relator

Especial destaca la manera en que repercute el éxodo intelectual en el derecho a la salud en los países en desarrollo de origen. De acuerdo con su experiencia, en esos países es menos probable que se escuchen las voces de individuos y comunidades, cuyos derechos humanos son muy a menudo ignorados. Por consiguiente, prestará especial atención al derecho a la salud de individuos y comunidades en los países en desarrollo de origen.

### **1. Libertad de circulación**

46. Las normas internacionales en materia de derechos humanos reconocen el derecho de todas las personas a la libertad de circulación, así como el derecho a salir de cualquier país, incluso del propio<sup>36</sup>. En otras palabras, los profesionales de la salud tienen derecho a salir de su país si así lo desean. Muchos profesionales de la salud ejercen este derecho con miras a vivir y trabajar en un entorno que les permita disfrutar de sus otros derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.

### **2. Derechos laborales**

47. La existencia de condiciones de empleo deficientes es una de las principales causas de la migración de profesionales de la salud. Sin embargo, si bien a menudo la migración ayuda a los profesionales de la salud a mejorar sus condiciones de empleo y a disfrutar de otros derechos humanos, a veces la migración repercute de manera negativa en los derechos laborales de algunos migrantes.

48. Las agencias de contratación de personal pueden aprovecharse de las expectativas poco realistas de los profesionales de la salud en relación con el alcance y la naturaleza de las oportunidades de trabajo en el extranjero<sup>37</sup>, y también pueden reforzar esas expectativas. En ocasiones hay empleadores inescrupulosos que retienen o confiscan los documentos de identidad de los migrantes. Existen pruebas de discriminación contra los trabajadores de la salud migrantes en relación con sus oportunidades profesionales<sup>38</sup>. Muchos de los profesionales de la salud que migran son mujeres que deben hacer frente a la discriminación por motivo de género, así como de origen nacional, raza, origen étnico y situación migratoria.

49. Los derechos de los migrantes al trabajo están firmemente consagrados en numerosos convenios internacionales en materia laboral, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familias y otros instrumentos internacionales.

### **3. El derecho a la salud**

50. El alcance del derecho a la salud se estudia ampliamente en el derecho internacional y nacional. En sus diversos informes, el Relator Especial ha comenzado a examinar ese derecho en sus dos ámbitos y la práctica correspondiente. No reiterará ese examen en el presente informe, pero se referirá brevemente al derecho a la salud para facilitar la consulta.

51. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aprobada en 1946, reconoce el derecho fundamental de toda persona a la salud. Dos años más tarde, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, se sentaron las bases del marco jurídico internacional del derecho a la salud. Desde entonces, este derecho se

ha codificado en muchos tratados de derechos humanos vinculantes, internacionales y regionales. En la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los Estados excepto dos, se ha hecho el análisis más extenso de este derecho que figura en un tratado. Además, esos tratados vinculantes están comenzando a generar jurisprudencia y doctrina que aclaran el contenido del derecho a la salud que, a su vez, está consagrado en numerosas constituciones nacionales: más de 100 disposiciones constitucionales incluyen el derecho a la salud y a la atención de la salud, o derechos conexos como el derecho a un ambiente saludable. Por otro lado, en algunas jurisdicciones las disposiciones constitucionales sobre el derecho a la salud han generado una importante jurisprudencia, como la causa judicial entablada ante el Tribunal Constitucional de Sudáfrica por el Ministro de Salud y otros contra la Campaña de tratamiento y otros<sup>39</sup>.

52. Como se ha mencionado antes, el derecho a la salud incluye el derecho a la atención de la salud y, aún más, abarca el agua potable, el saneamiento adecuado y el acceso a información relacionada con la salud, incluso sobre salud sexual y reproductiva. Incluye libertades también, por ejemplo, la libertad de la esterilización involuntaria y de la discriminación en los programas y servicios de salud. Incluye igualmente otros aspectos, como el derecho a un sistema de protección de la salud. El derecho a la salud comprende numerosos elementos, como la salud infantil, la salud materna y el acceso a los medicamentos esenciales. Como otros derechos humanos, se aplica especialmente a las personas desfavorecidas, vulnerables y que viven en la pobreza, y requiere un sistema de atención eficaz e inclusivo de buena calidad.

53. Aunque el disfrute del derecho a la salud se alcanza gradualmente y depende de la disponibilidad de recursos, impone ciertas obligaciones de efecto inmediato, como la no discriminación. Se requieren indicadores y puntos de referencia para vigilar la realización progresiva del derecho. También es esencial la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de las decisiones que afecten a su salud. En el derecho internacional relativo a los derechos humanos se establecen algunas responsabilidades de los Estados desarrollados en relación con el disfrute del derecho a la salud en los países pobres. Como este derecho origina otros derechos y obligaciones, se requieren mecanismos eficaces de rendición de cuentas.

54. Evidentemente, es imposible realizar una dimensión esencial del derecho a la salud —establecer un sistema de salud eficaz e incluyente de buena calidad— si no se cuenta con un número mínimo de profesionales de la salud.

55. Algunos hechos y cifras importantes ya se han mencionado y no van a repetirse aquí. En algunas zonas de determinados países, apenas funciona la forma más rudimentaria posible del sistema de salud y en los lugares donde funcionan, algunos sistemas, en realidad son inaccesibles para millones de personas que viven en la pobreza. No obstante, en algunos de esos países los profesionales de la salud reciben capacitación a expensas de un gasto público considerable, y luego se van a trabajar a países que gozan ya de los mejores sistemas de salud del mundo. En otras palabras, en algunos países el éxodo intelectual contribuye a convertir una crisis de salud en una catástrofe sanitaria.

56. En sus informes anteriores, el Relator Especial ha descrito los elementos del derecho a la salud de la misma manera a fin de hacerlos más comprensibles. Ha aplicado ese planteamiento común al derecho a la salud sexual y reproductiva (véase E/CN.4/2004/49) y a la discapacidad mental (véase E/CN.4/2005/51). Por ejemplo,

una parte del planteamiento común es considerar el derecho a la salud como un conjunto de bienes, instalaciones y servicios sanitarios que deben estar disponibles en un país y ser asequibles, aceptables y de buena calidad. La aplicación de ese aspecto del planteamiento al éxodo intelectual, significa que un Estado debe garantizar que haya un número suficiente de profesionales de la salud en el país, que sus servicios sean asequibles para todos, incluso los que viven en la pobreza en las zonas rurales, y que se presten servicios de buena calidad y de manera aceptable desde el punto de vista cultural.

**a) Participación**

57. La participación es un rasgo integrante del derecho a la salud. Entraña la participación activa y con conocimiento de causa de las personas y las comunidades en la adopción de decisiones que les afecten, incluidas las relativas a la salud, como las que repercuten en el éxodo intelectual. En otras palabras, en el contexto del derecho a la salud no sólo reviste importancia lograr objetivos relacionados con la salud, sino también tener en cuenta los procesos por los que éstos se logran.

58. En relación con la formulación de políticas que afectan al éxodo intelectual, hay que tratar de conseguir la participación de todos los interesados, incluidos los profesionales de la salud (por ejemplo, los que han migrado, los que pueden migrar y los que se quedan), así como los usuarios del sistema de salud en los países de origen. Dicha participación probablemente dependa de las organizaciones que representan a los interesados, como las asociaciones de los profesionales de la salud y los grupos de pacientes.

**b) Asistencia y cooperación internacionales**

59. Además de las obligaciones en el plano nacional, los Estados tienen la responsabilidad, que dimana, entre otras cosas, de lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de adoptar medidas de asistencia y cooperación internacionales para la realización de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. Esa responsabilidad, que incumbe especialmente a los países desarrollados, se hace patente también en el contexto de los compromisos contraídos en las últimas conferencias mundiales, incluida la Cumbre del Milenio, y en el objetivo de desarrollo del Milenio 8 (véase A/59/422).

60. Al igual que sucede con otros derechos humanos y responsabilidades, aún no se han establecido claramente los parámetros de la asistencia y cooperación internacionales. Sin embargo, como se pone de manifiesto en los párrafos siguientes, dicha asistencia y cooperación no significan únicamente que los países desarrollados pongan fondos a disposición de los países en desarrollo. En el contexto del derecho a la salud y el éxodo intelectual, la responsabilidad en materia de derechos humanos de prestar asistencia y cooperación internacionales conlleva distintas dimensiones, que se describen a continuación.

61. En primer lugar, los países desarrollados deberían respetar el derecho a la salud de los países en desarrollo. Por ejemplo, deberían garantizar que sus políticas de recursos humanos no ponen en peligro el derecho a la salud de éstos. Si un país desarrollado contrata sistemáticamente profesionales de la salud de un país en desarrollo donde hay escasez de dichos profesionales de modo que esa contratación



reduce la capacidad del país en desarrollo de cumplir las obligaciones relativas al derecho a la salud que tiene con respecto a sus ciudadanos, hay indicios suficientes para considerar que el país desarrollado está incumpliendo su responsabilidad en materia de derechos humanos de prestar asistencia y cooperación internacionales en el contexto del derecho a la salud. Algunos países han formulado políticas en las que se refleja ese principio<sup>40</sup>.

62. En segundo lugar, los Estados deberían adoptar todas las medidas razonables para impedir a terceros que pongan en peligro el disfrute del derecho a la salud en otros países, en la medida en que puedan influir sobre esos terceros por medios jurídicos o políticos<sup>41</sup>. Por ejemplo, los Estados deberían regular las actividades de las empresas privadas de contratación que funcionan en el plano internacional a fin de que las contrataciones no reduzcan la capacidad de los países en desarrollo de cumplir las obligaciones que tienen con respecto al derecho a la salud para quienes viven en su jurisdicción.

63. En tercer lugar, los Estados deberían asegurar que se preste la debida atención al derecho a la salud cuando se elaboren y apliquen acuerdos internacionales, por ejemplo, al negociar los compromisos previstos en el modo 4 del marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (que se refiere, entre otras cosas, a los profesionales de la salud que van temporalmente a otro país para prestar servicios sanitarios). En un informe anterior, el Relator Especial observaba que, si el aumento del comercio de servicios diera lugar a instalaciones, bienes y servicios sanitarios de calidad inferior a la norma, ello constituiría indicio suficiente de una actitud inconsecuente con el derecho a la salud (E/CN.4/2004/49/Add.1, párr. 49). Si un Estado opta por la liberación del comercio, incluso en relación con los servicios, debe seleccionar el modo, el ritmo y el orden de dicha liberalización a fin de facilitar al máximo la realización gradual del derecho de todos a la salud, incluso los que viven en la pobreza y otros grupos desfavorecidos (ibíd., párr. 30 y 46 a 56). La forma, el ritmo y el orden de la liberalización deberían seleccionarse en función de la evaluación que se haga de sus consecuencias sobre el derecho a la salud. De ese modo podría revisarse, en caso necesario, un proyecto de compromiso en virtud del modo 4, de manera que no redundara en perjuicio del derecho de todos a la salud. De conformidad con su responsabilidad de prestar asistencia y cooperación internacionales, los Estados desarrollados no deberían presionar indebidamente a los países en desarrollo para que contrajeran compromisos en virtud del modo 4 que fueran incompatibles con las obligaciones que éstos tienen con respecto al derecho a la salud.

64. En cuarto lugar, en función de la disponibilidad de recursos, los Estados deberían prestar ayuda a los países en desarrollo para facilitar el acceso a instalaciones, bienes y servicios sanitarios esenciales, especialmente de las personas que viven en la pobreza y otros grupos desfavorecidos. Las políticas de ayuda deberían incluir apoyo a los recursos humanos en el sector de la salud.

65. No obstante, la idea central es que resulta engañoso que los países desarrollados presten asistencia para el desarrollo, el alivio de la deuda y otras formas de asistencia y cooperación internacionales a los países en desarrollo si, al mismo tiempo, contratan a profesionales de la salud que se han formado a expensas de los países en desarrollo de donde proceden y en los que son extremadamente necesarios. ¿Qué sentido tiene dar con una mano y quitar con la otra?

**c) Rendición de cuentas**

66. Los instrumentos internacionales de derechos humanos potencian la capacidad de las personas y las comunidades otorgándoles derechos e imponiendo obligaciones jurídicas a otras partes. Es fundamental que los derechos y las obligaciones conlleven la rendición de cuentas: si no van acompañados de un sistema de rendición de cuentas, podrían convertirse en meras apariencias. En consecuencia, el enfoque del derecho a la salud basado en los derechos humanos pone de relieve las obligaciones y exige que todos los que las tienen rindan cuenta de su conducta.

67. Con demasiada frecuencia, la expresión “rendición de cuentas” se utiliza en el sentido de culpa y castigo<sup>42</sup>. Pero esta interpretación del término es muy limitada. Un mecanismo de rendición de cuentas respecto del derecho a la salud establece qué políticas e instituciones de salud están dando buenos resultados y cuáles no, y por qué, y tiene por objeto mejorar la realización del derecho a la salud. Un mecanismo de rendición de cuentas de esa índole debe ser eficaz, transparente y accesible<sup>43</sup>.

68. En el ámbito del éxodo intelectual, se necesitan mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales acerca del cumplimiento de las diversas obligaciones en materia de derechos humanos que tienen los diversos actores. Por ejemplo, debería haber mecanismos nacionales que supervisaran la realización de los derechos humanos de los profesionales de la salud en sus países de origen. En los países de destino debería haber mecanismos nacionales que vigilaran la realización de los derechos humanos de los profesionales de la salud, incluidos los migrantes. Además, los mecanismos de rendición de cuentas internacionales, como los órganos creados en virtud de tratados, deberían examinar la situación de los derechos humanos de los profesionales de la salud en los países de origen y de destino.

69. No obstante, esos mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales no sólo deberían abarcar los derechos humanos de los profesionales de la salud, sino que deberían analizar también las consecuencias del éxodo intelectual para los sistemas de salud correspondientes. En otras palabras, los mecanismos deberían examinar las consecuencias de dicho éxodo para el disfrute del derecho a la salud de las personas y las comunidades tanto en los países de origen como en los de destino. Es necesario elaborar indicadores y referencias para seguir de cerca las dimensiones del derecho a la salud que entraña el éxodo intelectual, incluidas las responsabilidades de los países de origen y de destino (en relación con el planteamiento de esa cuestión por el Relator Especial, véanse A/58/427 y A/59/422).

70. Sobre este particular, hay que destacar un punto importante. Desde hace mucho tiempo los países en desarrollo tienen la impresión de que los acuerdos en materia de rendición de cuentas no son equilibrados y se aplican principalmente a ellos, en tanto que los países desarrollados escapan a ese examen cuando incumplen sus promesas y compromisos internacionales, que son fundamentales para los países en desarrollo<sup>44</sup>.

71. Con respecto a la responsabilidad que tienen los países desarrollados de prestar asistencia y cooperación internacionales, no cabe duda de que los mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales siguen siendo frágiles. Por ejemplo, hay pocos mecanismos nacionales o internacionales (en caso de haber alguno) que presten atención suficiente a las repercusiones que tienen las políticas de un país desarrollado en el éxodo intelectual y sus efectos en el disfrute del derecho a la salud en los países de origen. Esa situación es inaceptable, porque los derechos

humanos requieren mecanismos de rendición de cuentas eficaces, transparentes y accesibles con respecto a la responsabilidad de todos los actores en ese ámbito.

72. En la conclusión del presente capítulo, el Relator Especial plantea una propuesta modesta —la creación de una oficina nacional encargada de supervisar la cooperación internacional en materia de salud— a fin de solucionar esa laguna en la promoción y protección del derecho a la salud.

## F. Algunos principios rectores

73. Médicos pro Derechos Humanos, una organización no gubernamental, ha publicado recientemente un libro blanco titulado *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*<sup>45</sup> (Un plan de acción para impedir el éxodo intelectual: creación de sistemas de salud equitativos en África). La mayor parte del texto es un plan de acción detallado para hacer frente al éxodo intelectual de África, basado en un conjunto de principios que reflejan el derecho relativo a los derechos humanos y problemas pragmáticos<sup>46</sup>. Esos principios rectores y las observaciones que se hacen sobre ellos son amplios, pero los autores proporcionan un resumen de aquellos, que se ofrece en el siguiente párrafo.

74. Los principios rectores representan una contribución importante al debate sobre el éxodo intelectual. En opinión del Relator Especial, si bien los principios no son definitivos ni exhaustivos (por ejemplo, tendrían mayor fuerza si se incluyeran los principios relativos a la supervisión y la rendición de cuentas, así como el importante papel de los trabajadores de la salud a nivel comunitario), vale la pena que se les preste particular atención<sup>47</sup>. Los principios establecidos por Médicos pro Derechos Humanos son los siguientes:

- La principal respuesta al éxodo intelectual debe ser corregir los sistemas de salud de segunda clase, que ponen de manifiesto violaciones generalizadas del derecho a la salud y de otros derechos.
- La respuesta debe incluir un aumento considerable de la financiación del sector de la salud con fondos de fuentes nacionales e internacionales, incluido el alivio de la deuda.
- La respuesta al éxodo intelectual debe incorporar una labor de mayor alcance, tendiente a corregir la distribución desigual de profesionales de la salud dentro de los países, incluida la escasez especialmente grave en las zonas rurales.
- Los países ricos a los que emigran profesionales de la salud procedentes de países con bajos ingresos deberían reembolsar a estas naciones.
- Las soluciones al éxodo intelectual deben determinarse en el plano local, con la participación de representantes de las comunidades pobres y rurales, los trabajadores que prestan servicios de salud y la sociedad civil.
- La asistencia extranjera debe estructurarse de manera de promover y favorecer políticas racionales sobre los recursos humanos para la salud.
- Deben respetarse los derechos de los profesionales de la salud y su deseo de tratar de conseguir una vida mejor, dadas las limitaciones y las demandas de la crisis de la salud pública mundial.

- Los países deben respetar los principios de la contratación ética, especialmente evitando contratar a profesionales de países en desarrollo cuando no hayan concertado un acuerdo con éstos.
- Los países con altos ingresos deben solucionar sus propios problemas de insuficiente producción de profesionales de la salud y de su retención.
- Las medidas para promover políticas macroeconómicas deben tener en cuenta la realización de los derechos humanos.
- Además de lograr una mayor retención de los trabajadores de la salud capacitados, deben contratarse y capacitarse más profesionales en ese ámbito.
- Debe darse prioridad a la creación de capacidad para la gestión de los recursos humanos del sector de la salud.
- Los profesionales de la salud de países en desarrollo que han emigrado pueden contribuir considerablemente a la atención de la salud en esos países.

## G. Conclusión

75. Como se ha mencionado, hay muchas respuestas de índole normativa a los efectos negativos del éxodo intelectual, incluido el mejoramiento de los sistemas de salud en los países de origen y el fortalecimiento de la propia base de recursos humanos que ha recibido capacitación en los países de destino. Lamentablemente, la falta de espacio impide que el Relator Especial las examine exhaustivamente en el presente capítulo.

76. *Integrar los derechos humanos en todas las políticas relativas al éxodo intelectual.* Como ha expresado repetidamente el Relator Especial desde el primer informe que presentó a la Comisión de Derechos Humanos, debería integrarse el derecho a la salud —y otros derechos humanos— en la formulación de todas las políticas nacionales e internacionales pertinentes. Las políticas que se conforman a los derechos humanos tienen más probabilidades de ser eficaces, sólidas, equitativas, inclusivas y significativas para las personas que viven en la pobreza. En consecuencia, los derechos humanos deberían incorporarse a todas las políticas del sector de la salud, incluso las relativas al éxodo intelectual. La consideración del derecho a la salud de las personas y las comunidades de los países en desarrollo, así como de los derechos humanos de los profesionales de la salud, contribuirá a afrontar las dimensiones negativas del éxodo intelectual.

77. *Fortalecer los sistemas de salud en los países de origen.* Teniendo presente el derecho a la salud, una respuesta normativa esencial al éxodo intelectual es fortalecer los sistemas de salud de los países en desarrollo de donde proceden<sup>48</sup>. Debe concederse mayor prioridad a los recursos humanos de los sectores de la salud de los países de origen, incluso mejorando las condiciones de trabajo, el desarrollo profesional, la planificación, la gestión y los incentivos para trabajar en las zonas rurales. Se necesitan más profesionales de la salud, lo que conlleva la necesidad de más recursos para la capacitación. Se deben reforzar los sistemas de salud integrados para los distritos, además de mejorarse su infraestructura y ampliarse la función de los trabajadores de salud comunitarios. Hay que prestar particular atención a la gobernanza, incluida la participación pública, y a la eficacia en el sector de la salud. En el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países en desarrollo de donde

proceden los profesionales que emigran, los donantes y los asociados para el desarrollo desempeñan un papel indispensable, como ha quedado plasmado en numerosos compromisos internacionales, incluida la responsabilidad en el ámbito de los derechos humanos de asistencia y cooperación internacionales.

78. *Prácticas de contratación ética por los países de destino*<sup>49</sup>. Desde 1999, el Departamento de Salud del Reino Unido ha estado perfeccionando gradualmente un código de prácticas de contratación internacional de profesionales de la atención de la salud<sup>50</sup>. Según ha podido saber el Relator Especial, varias organizaciones internacionales y de profesionales<sup>51</sup> han promovido códigos de prácticas éticas, y el Reino Unido, ha ido más lejos que ningún otro país desarrollado en su intento por aplicar un código ético. Cabe reconocer que el Gobierno del Reino Unido, en su código reconoce y trata de corregir el efecto negativo de su intensa contratación de profesionales que se han capacitado y trabajan en los países en desarrollo de los que proceden.

79. En virtud de lo dispuesto en el código, el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido no puede contratar en países en desarrollo a no ser que exista un acuerdo entre los gobiernos que permita una contratación con fines concretos en el otro país. En el código se afirman los derechos inherentes al empleo de los trabajadores de la salud procedentes de otros países, como la no discriminación. El cumplimiento del código por los empleadores del Servicio Nacional de Salud no es obligatorio, pero se recomienda sobremanera.

80. Aunque se trata de una iniciativa acogida favorablemente, desde el punto de vista de los derechos humanos el código contiene imperfecciones. Por ejemplo, carece de un mecanismo independiente de vigilancia y no abarca el sector privado. Algunos observadores opinan que discrimina indirectamente por motivos de raza, ya que concierne principalmente a los profesionales de la salud de África y el Caribe<sup>52</sup>. Fundamentalmente, hay escasas pruebas de que el código tenga un efecto sostenido sobre la tasa de contratación de profesionales de la salud procedentes de países con escasez de personal idóneo<sup>53</sup>.

81. En opinión del Relator Especial, las políticas y los códigos de contratación éticos basados en los derechos pueden tener repercusiones en el éxodo intelectual, pero no proporcionan una respuesta suficiente y deben complementarse con otras medidas, como las que fortalecen los sistemas de salud en los países en desarrollo de donde proceden los profesionales.

82. *Indemnización*. La migración a países desarrollados de profesionales de la salud procedentes de países en desarrollo en los que hay escasez de ese personal representa un importante costo económico y social para los países de origen y ahorra importantes sumas por concepto de capacitación a los servicios de salud de los países desarrollados. Este proceso es conocido en el ámbito de la economía como “subsidio”. El subsidio produce efectos negativos, ya que va de los países pobres a los ricos, lo que empeora las desigualdades existentes en el mundo en lo atinente a la atención y la protección de la salud. Ese proceso ha recibido, entre otros, los nombres de “subsidio aberrante”, “subsidio injusto” y “ayuda externa inversa”<sup>54</sup>.

83. Además de ser indefendible desde el punto de vista ético, esa corriente de recursos de los países pobres a los ricos se contradice con la responsabilidad en materia de derechos humanos de asistencia y cooperación internacionales que incumbe a los países desarrollados, así como con otros compromisos internacionales, incluidos la Declaración del Milenio y el objetivo 8 (fomentar una asociación mundial para el

desarrollo) (véanse los párrafos 59 a 65). Es indispensable poner fin a ese subsidio aberrante mediante el pago de una indemnización, restitución o reparación a los países en desarrollo de los que proceden los profesionales, cuyo éxodo reduce la capacidad de esos países de cumplir las obligaciones relativas al derecho a la salud que tienen con respecto a sus ciudadanos.

84. El pedido de una indemnización da lugar a diversas objeciones y dificultades a las que debe prestarse especial atención. No obstante, si hay un auténtico compromiso político, probablemente no sean insuperables. La indemnización podría pagarse creando un fondo de restitución que se administrara y utilizara apropiadamente con fines concretos relativos a la salud y acordados por todas las partes, como por ejemplo el apoyo al personal del ámbito de la salud que se quedara o volviera al país de que se tratase.

85. El Relator Especial recomienda firmemente que, cuando el éxodo intelectual represente un subsidio aberrante, se estudie seriamente y de manera solidaria la respuesta de la compensación.

86. *Una oficina nacional encargada de vigilar la cooperación internacional en materia de salud.* Cada país desarrollado debería establecer una oficina nacional independiente para vigilar el efecto que tienen las políticas gubernamentales de los países en desarrollo en el disfrute del derecho a la salud. De modo similar a un ombudsman, la oficina debería presentar informes anuales al poder legislativo nacional y debería tener la potestad de realizar investigaciones e indagaciones, así como vigilar el cumplimiento de los compromisos y las promesas del Gobierno en materia de salud. La responsabilidad por el cumplimiento de esos compromisos internacionales en materia de salud se reparte frecuentemente entre distintos ministerios —salud, economía, relaciones exteriores, comercio, desarrollo internacional, etc.—, lo que complica tanto la coordinación como la rendición de cuenta<sup>55</sup>.

87. Una de las cuestiones relacionadas con la salud que debería vigilar la oficina es el éxodo intelectual. En muchos países los datos fiables a ese respecto son escasos, por lo que una de las tareas de la oficina sería asegurar que el Gobierno reúna los datos necesarios. ¿Cuál es el alcance del éxodo intelectual en el país de que se trate? ¿Qué políticas nacionales inciden en dicho éxodo? ¿Cuáles son las repercusiones del éxodo intelectual, especialmente en los países de origen? ¿Cómo pueden revisarse las políticas nacionales para armonizarlas con las responsabilidades del Gobierno en materia de derechos humanos, incluidas la asistencia y la cooperación internacionales para la salud? Una oficina similar a la del ombudsman que plantee ese tipo de preguntas complementaría y fortalecería los mecanismos de rendición de cuentas existentes, como los subcomités parlamentarios.

88. La oficina podría servir también de organismo de control de los códigos de conducta nacionales sobre la contratación ética, como el que ha adoptado el Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, así como para la aplicación nacional de códigos internacionales comparables, como el Código de Conducta del Commonwealth para la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, aprobado por la Secretaría del Commonwealth en 2003.

89. *Una respuesta pluridimensional.* Debido a su complejidad, la migración internacional de profesionales de la salud exige una respuesta pluridimensional, algunos de cuyos elementos se señalan en el presente capítulo. No obstante, el éxodo

intelectual debe contemplarse en el contexto de la alarmante desigualdad en los niveles de atención y protección de la salud que existe en el mundo contemporáneo.

## V. Conclusión

90. **Un tema recurrente a lo largo del presente informe es el papel indispensable que desempeñan los profesionales de la salud en la promoción y la protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. La educación en materia de derechos humanos contribuye a que los profesionales de la salud defiendan los derechos de sus pacientes, así como sus propios derechos humanos. El éxodo intelectual —el hecho de que los países desarrollados empleen a profesionales de la salud capacitados a expensas de países en desarrollo, donde son absolutamente necesarios— menoscaba el disfrute del derecho a la salud en los países de origen y agrava la desigualdad mundial en materia de salud. Para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio y establecer sistemas de salud eficaces, inclusivos y de buena calidad, es indispensable que se preste urgente atención a la situación de los profesionales de la salud, en particular al éxodo intelectual.**

### Notas

- <sup>1</sup> Por ejemplo, véase el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el apartado c) del párrafo 2 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- <sup>2</sup> Véanse, por ejemplo, los informes del Relator Especial sobre sus misiones al Perú (E/CN.4/2005/51/Add.3) y Rumania (E/CN.4/2005/51/Add.4).
- <sup>3</sup> Véase *A Training Manual of Ethics and Human Rights Standards for Health Care Professionals, 1999* en Commonwealth Medical Trust (Commat).
- <sup>4</sup> Resolución sobre la inclusión de la ética médica y los derechos humanos en los programas de estudios de las escuelas de medicina en todo el mundo, aprobada en la 51ª Asamblea General anual de la Asociación Médica Mundial (octubre de 1999).
- <sup>5</sup> Véase <http://www.icn.ch/pshumrightsp.htm>.
- <sup>6</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general No. 24 sobre la mujer y la salud, 1999, apartado f) del párrafo 31.
- <sup>7</sup> Véase, por ejemplo, Commat, op. cit., *Training Manual on Ethical and Human Rights Standards for Health Care Professionals, 1999*; Fundación Johannes Wier, *Health and Human Rights: A Course for Doctors, Nurses, and Paramedics (in Training)*, 1996; J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, Commat/AAAS, 2004; Asociación Médica Noruega, *Doctors working in Prisons: Human Rights and Ethical Dilemmas, A Course for Prison Doctors* (<http://lupin-nma.net>); Médicos pro Derechos Humanos del Reino Unido, *Medicine and Human Rights Study Module* (<http://phruk.shared-inter.net/module/index.php>). Véanse también los trabajos de las academias internacionales de derechos humanos sobre el derecho a la salud, bajo la organización de la Federación Internacional de Organizaciones para la Salud y los Derechos Humanos y otras organizaciones en 2004 y 2005, y el curso intensivo anual sobre salud y derechos humanos organizado por el Centro François-Xavier Bagnoud de Salud y Derechos Humanos de la Universidad de Harvard, y otros.
- <sup>8</sup> Véase Asociación Médica Británica, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001, pág. 490.

- <sup>9</sup> En este informe, el Relator Especial se basó especialmente en las investigaciones sobre el éxodo intelectual en determinados países y regiones, en particular el África al sur del Sáhara, el Reino Unido y los Estados Unidos. En el informe se destaca, sin embargo, que el éxodo intelectual es un problema mundial que no se limita a estas regiones y países de origen y destino.
- <sup>10</sup> K. Mensah, M. Mackintosh y L. Henry: “The ‘Skills Drain’ of Health Professionals from the Developing World: A Framework for Policy Formulation”, Medact, 2005, pág. 5.
- <sup>11</sup> Resoluciones WHA57.19 y WHA58.17, International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries.
- <sup>12</sup> Véase, por ejemplo, O. Adams and B. Stilwell, Health Professionals and Migration. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 8, agosto de 2004, pág. 560; L. Chen et al. Human Resources for Health: Overcoming the Crisis, *The Lancet*, vol. 364, 27 de noviembre de 2004, págs. 1984-1990; EQUINET, Health Systems Trust and Medact, Health Personnel in Southern Africa: Confronting Maldistribution and Brain Drain, 2003; Joint Learning Initiative (JLI), Human Resources for Health: Overcoming the Crisis, 2004; Menash, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10; Physicians for Human Rights (PHR) (Médicos pro Derechos Humanos), An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa, 2004; A. Willets y T. Martineau, Ethical International Recruitment of Health Professionals: Will Codes of Conduct Protect Developing Country Health Systems? 2004; J. Bueno de Mesquita y M. Gordon, The International Migration of Health Workers: A Human Rights Analysis, Medact, 2005; OMS, International Migration, Health and Human Rights, 2003.
- <sup>13</sup> Anuncio patrocinado por Médicos en pro de los Derechos Humanos. Véase también “Medical staff quit for the West, leaving Africa’s health services in crisis”, *The Independent*, 27 de mayo de 2005.
- <sup>14</sup> Cumbre del Grupo de los Ocho (G-8), “Statement on Africa (Africa: A Historic Opportunity)”, Gleneagles (Escocia), 8 de julio de 2005.
- <sup>15</sup> Médicos pro Derechos Humanos, op. cit. en la nota 12, pág. vii. En su informe *Who's Got the Power?*, págs. 120-123, el Equipo del Proyecto del Milenio sobre la salud de los niños y las madres hace un análisis similar.
- <sup>16</sup> Chen et al., op. cit. en la nota 12, pág. 1985.
- <sup>17</sup> *Ibid.*
- <sup>18</sup> Para un examen más detallado de la cuestión del éxodo intelectual desde el punto de vista de los derechos humanos, véanse en particular Bueno de Mesquita y Gordon, Médicos pro Derechos Humanos y OMS, op. cit. en la nota 12.
- <sup>19</sup> JLI, op. cit. en la nota 12.
- <sup>20</sup> J.-M. Aitken y J. Kemp, HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa, EQUINET and Oxfam, 2003, pág. 20.
- <sup>21</sup> WHO Global Health Atlas, <http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>. Datos de 2004.
- <sup>22</sup> Médicos pro Derechos Humanos, op. cit. en la nota 12.
- <sup>23</sup> Chen et al., op. cit. en la nota 12.
- <sup>24</sup> JLI, op. cit. en la nota 12.
- <sup>25</sup> South Africa: Government wakes up to flight of health workers, IRIN, 14 de mayo de 2002.
- <sup>26</sup> Médicos pro Derechos Humanos, op. cit. en la nota 12.
- <sup>27</sup> Bueno de Mesquita y Gordon, op. cit. en la nota 12.
- <sup>28</sup> J. Eastwood et al., “Loss of health professionals from sub-Saharan Africa: the pivotal role of the UK”, *The Lancet*, vol. 365, número 9474, 28 de mayo de 2005.
- <sup>29</sup> JLI, op. cit. en la nota 12.



- <sup>30</sup> Véase “Medical miscalculation creates doctor shortage”, *USA Today*, 3 de febrero de 2005; United States Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis, *Projected Supply, Demand, and Shortage of Registered Nurses: 2000-2020*, 2002.
- <sup>31</sup> Addressing Africa’s Health Workforce Crisis: An Avenue for Action, documento de antecedentes presentado en el segundo Foro de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, Abuja, 2 a 3 de diciembre de 2004.
- <sup>32</sup> Mensah, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10.
- <sup>33</sup> Médicos pro Derechos Humanos, op. cit. en la nota 12.
- <sup>34</sup> Cabe señalar que el modo 4 en el marco del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios tiene como objetivo facilitar la migración temporal. Eastwood et al., op. cit. en la nota 28.
- <sup>35</sup> Todos estos aspectos generales fundamentales se examinan por separado más adelante, excepto la discriminación, cuyo análisis se hace a lo largo del texto.
- <sup>36</sup> Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 12.
- <sup>37</sup> “Abused, threatened and trapped: Britain’s foreign ‘slave nurses’”, *The Guardian*, 29 de mayo de 2001; Foreign Doctors, BBC News Online, United Kingdom edition, 8 de septiembre de 2004.
- <sup>38</sup> K. Decker, Overseas Doctors: Past and Present, en *Racism in Medicine: An Agenda for Change*, N. Coker (ed.), King’s Fund, 2001; D. Singh, “Racism rife in the medical profession; BMA reports says”, *British Medical Journal*, vol. 326, 28 de junio de 2003, pág. 1418.
- <sup>39</sup> Tribunal Constitucional de Sudáfrica, caso CCT 8/02, fallo dictado el 5 de julio de 2002.
- <sup>40</sup> Véase, por ejemplo, el Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales de la salud del Departamento de Salud del Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, 2004; para un examen del Código, véanse párrs. 78 a 80 *infra*.
- <sup>41</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general número 14, párr. 39.
- <sup>42</sup> Véase L. P. Freedman, “Human Rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary”, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82, 2003, págs. 111 a 114.
- <sup>43</sup> El mecanismo de rendición de cuentas debe dejar claro quién tiene la responsabilidad de hacer qué, y si lo ha hecho. En caso negativo, debe examinar por qué, a fin de asegurar que se haga correctamente la próxima vez. Para más información sobre la rendición de cuentas, véase A/59/422, párr. 38.
- <sup>44</sup> Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, *Is MDG8 on track as a global deal for human development?* preparado por J. Vandenmoortele, K. Malhotra y J. A. Lim, 2003.
- <sup>45</sup> Physicians for Human Rights (PHR), op. cit. en la nota 12.
- <sup>46</sup> *Ibid.*, pág. 29.
- <sup>47</sup> El Relator Especial no ha querido revisar las directrices, excepto para cambiar “fuga de cerebros” por “éxodo intelectual” y ampliar la última directriz a todos los países en desarrollo, no sólo de África.
- <sup>48</sup> *Who’s Got the Power?*; PHR y Bueno de Mesquita y Gordon, op. cit. en la nota 12.
- <sup>49</sup> Willets y Martineau, op. cit. en la nota 12; Mensah, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10; Bueno de Mesquita y Gordon, op. cit. en la nota 12.
- <sup>50</sup> Departamento de Salud, op. cit. en la nota 42.
- <sup>51</sup> Por ejemplo, Secretaría del Commonwealth, Código de Conducta del Commonwealth para la Contratación Internacional de Trabajadores de la Salud, 2002; Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones Académicas de Medicina General, Código de prácticas para la contratación internacional de profesionales de la atención de la salud, 2002.
- <sup>52</sup> Mensah, Mackintosh y Henry, op. cit. en la nota 10, pág. 27.

- <sup>53</sup> *Ibid.*, pág. 26; PHR, op. cit. en la nota 12, pág. 57.
- <sup>54</sup> Mensah, Mackintosh y Henry, *ibid.*, págs. 30 a 40, Save the Children del Reino Unido y Medact, *Whose Charity? Africa's Aid to the NHS*, documento de información, 2005; PHR, *ibid.*, pág. 31. Para examinar el subsidio aberrante, véanse Mensah, Mackintosh y Henry, y Bueno de Mesquita y Gordon, op. cit. en la nota 12, en los que se ha basado en gran medida el Relator Especial.
- <sup>55</sup> G. Lister, A. Ingram y M. Prowle, "Country Case Study: UK Financing of International Cooperation for Health", Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina de Estudios del Desarrollo, 30 de septiembre de 2004.
-