



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Hacia una teoría de la justicia del derecho a la salud: concepto y fundamento en perspectiva de integralidad**

**Andrés Felipe Ruiz Rivera**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales  
Bogotá, Colombia  
2014



# **Hacia una teoría de la justicia del derecho a la salud: concepto y fundamento en perspectiva de integralidad**

**Andrés Felipe Ruiz Rivera**

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Derecho**

Director:

Ph.D., Gregorio Mesa Cuadros

Línea de Investigación:

Profundización en Derecho Constitucional

Grupo de Investigación en Derechos Colectivos y Ambientales GIDCA

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Derecho Ciencias Políticas y Sociales

Bogotá, Colombia

2014



*A MI AMADA UNIVERSIDAD PÚBLICA,  
último bastión de la resistencia contra la opresión  
del pensamiento, frontera que marca el límite del  
mundo de los sueños, donde todo es posible y las  
ideas son susceptibles de ejercer una fuerza  
interna capaz de convertir lo imposible en una  
realidad.*

*A MIGUEL ANTONIO, por enseñarme  
el valor de los sueños, por mostrarme el  
camino, por vivir en mí.*

*A LUCYBEIRA, por su amor infinito  
MARÍA JOSÉ, eras la luz de sus ojos.*

*A CARMEN ELISA... la arquitecta de  
nuestros principios.*

*A SANDRA MILENA, mi gran amor,  
compañera de mil batallas eres mi inspiración.*

*A DANIEL Y GABRIELA,  
la razón de mis razones.*



# Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que directa o indirectamente aportaron a la consecución de este trabajo.

En primer lugar, agradezco a Gregorio Mesa Cuadros, director de esta Tesis de Maestría, por su apoyo incondicional en la defensa de los Derechos Humanos y por mostrarme otros caminos y mundos posibles. Sin saberlo, tal vez, sus enseñanzas han influenciado profundamente mi pensamiento y me han hecho cambiar en muchos aspectos de mi vida. Gracias por el tiempo dedicado y sobre todo por creer en esta empresa.

A Camilo Augusto Delgado Rodríguez, por su gran amistad, por creer en mí, por ser mi compañero de debate, por su ayuda invaluable en la construcción de esta tesis y en la finalidad que debería tener la misma. Por su apoyo en momentos difíciles y sobre todo por su sinceridad, gracias infinitas.

A María Juliana Gutiérrez de Piñeres Beltrán y a Elena María Escobar Arbeláez, por su amistad, su compañía, sus orientaciones, su pensamiento y haber compartido conmigo, durante los dos últimos años, el trabajo de la defensa de los Derechos humanos.

A Jorge Armando Ortega Paz y Fabián Eduardo Mendoza Pulido, por sus consejos, por creer en mí, por su apoyo constante y motivación en la consecución de esta tesis, por compartir conmigo sus inquietudes, escuchar las mías, y sobre todo por su sencillez y amistad.

A Andrés Abel Rodríguez Villabona, por su voto de confianza en mi trabajo, por sus enseñanzas, por su vocación de servicio y por facilitar que pudiera concluir este trabajo.

A la Universidad Nacional de Colombia y en especial a la Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, por darme el privilegio y la oportunidad de estudiar. También le agradezco por haberme brindado el sostenimiento económico para llevar a cabo esta Tesis de Maestría y por permitirme el gran honor de ser su becario e impartir clase en tan magno lugar.

A mis compañeras y compañeros de trabajo en la Corte Constitucional, quienes desde sus escritorios luchan a diario por la defensa activa de los Derechos Humanos y quienes con sus ideas, solidaridad y pensamiento han sido participes en mayor o menor medida en la creación de este trabajo.

A Sebastián, Luis Fernando, Carlos Erin, Diana Alejandra, Diana Marcela, Gustavo, Yari y a mis otros compañeros y compañeras del Grupo de Investigación en Derechos Colectivos y Ambientales GIDCA, con quienes hace más de tres años comparto los sueños de transformar el mundo en lugar mejor.

Agradezco a mi familia, a Elisa, Lucybeira, Elizabeth, Jorge, Paola, Andrea, María José, a mis sobrinos, pero en especial a Sandra Milena, Daniel y Gabriela, por su compañía, por los sacrificios que han hecho para que pueda terminar este trabajo y por inspirarme a aportar en la construcción de un mañana justo.

Finalmente, quiero agradecer a mi padre cuyo recuerdo permanente ha sido la motivación de esta tesis. Su experiencia de vida, su vocación de servicio, su batalla para mejorar las condiciones laborales desde el sindicato que presidió por más de veinticinco años, han sido una constante inspiración en mi vida. Por ello, quiero ofrecerle este trabajo como testimonio de su legado, pues a pesar de transcurrir poco más de dos años desde su lamentable partida, sigue dentro de nuestros corazones.



## Resumen

Partiendo del concepto integral e integrador del derecho humano fundamental a la salud, el objetivo de esta tesis consiste en formular elementos para su materialización, con base en un análisis histórico interdisciplinar de los conceptos de salud y derecho a la salud, analizados a la luz de los principales instrumentos de derecho internacional público sobre la materia y de las más influyentes teorías de la justicia que han sido implementadas para su fundamentación. En ese sentido, el trabajo pretende identificar y analizar las condiciones formales y materiales, presentes en el actual modo de producción capitalista, que generan enfermedad y muerte, convirtiéndose en una barrera infranqueable para el goce efectivo de ese derecho.

Con base en ello, se introduce un concepto amplio de salud cuya definición no encuentra sustento en la ausencia de enfermedad, sino en un conjunto de garantías que requieren la acción positiva y negativa de los Estados, para la materialización de los elementos constitutivos del derecho humano fundamental a la salud, a partir del diseño, producción y ejecución de políticas públicas focalizadas en la población más vulnerable, para avanzar en la superación de los problemas estructurales del derecho objeto de estudio.

Así las cosas, se propone la ejecución de acciones dirigidas por parte de los Estados, en escenarios micro, a partir de la implementación del modelo de *metaderecho* empleado por los teóricos de la economía del desarrollo. De esta manera, se propone y plantea la reconceptualización del derecho a la salud, con el propósito de ampliar su ámbito de cobertura y definir los responsables que deben concurrir para el cumplimiento de tal garantía, exponiendo las bondades del modelo planteado, pero a la vez indicando las limitaciones impuestas al Derecho para lograr transformaciones profundas en la estructura social.

**Palabras clave:** *Metaderecho*, teorías de la justicia, salud, derecho humano fundamental a la salud, enfermedad, políticas públicas, capitalismo, estructura, libertad.

## Abstract

Based on the comprehensive and inclusive concept of the fundamental human right to health, the aim of this thesis is to develop elements for its realization, based on interdisciplinary historical analysis of the concepts of health and the right to health, analyzed in light of the main instruments of public international law on the subject and the most influential theories of justice that have been implemented for reasoning. In that sense, the work aims to identify and analyze the formal and material conditions present in the current capitalist mode of production that generate disease and death, becoming an impassable barrier to the full enjoyment of this right.

Based on this, is introduced a comprehensive health concept whose definition is not supported by the absence of disease, but a set of guarantees that require positive and negative states of action for the realization of the constituent elements of the human right is introduced essential to health, from design, production and implementation of public policies focused on the most vulnerable people to advance in overcoming the structural problems of the right under consideration.

So, the implementation of actions directed by the States, micro scenarios , from the model implementation metarights used by economic theorists proposed development. Thus, we suggest and propose the reconceptualization of the right to health, in order to expand with the object to expand coverage and define those responsible must concur for the fulfillment of such a guarantee, exposing the benefits of the proposed model, but also indicating the limitations imposed on the right to achieve profound changes in the social structure.

**Keywords: metarights, theories of justice, health, basic human right to health, disease, public policy, capitalism, structure freedom.**

## Contenido

RESUMEN.....	XI
LISTA DE FIGURAS.....	XVII
LISTA DE TABLAS.....	XVIII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	XIX
PRIMERA PARTE: .....	2
RAZONES PARA DEFENDER LA EXISTENCIA DE UN DERECHO A LA SALUD .....	2
1. SALUD Y DERECHO A LA SALUD .....	5
2. LA SALUD COMO DERECHO. CONCEPTO, SURGIMIENTO Y DESARROLLO.....	8
2.1. La atención en salud y su incidencia en la formación de derechos. Referencias al período clásico (siglo IV A.C – siglo XVIII) .....	8
2.2 Derecho a la salud. Demandas sociales e intervención estatal para su consolidación (siglo XIX – inicios del siglo XX) .....	10
2.3 El siglo XX y la pretensión de internacionalizar un derecho humano a la salud. ....	15
2.3.1 Antecedentes de la creación de un sistema internacional para la protección de derechos humanos con énfasis en la salud. ....	16
2.3.2 Internacionalización del derecho a la salud .....	17
a. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (en adelante DADH) .....	17
b. La Organización de las Naciones Unidas ONU .....	18
c. La Organización Mundial de la Salud .....	19
d. La Carta Internacional de Derechos Humanos .....	22
d1. La Declaración Universal de Derechos Humanos .....	23
d2. Los Pactos Internacionales de Derechos Humanos .....	24
e. Los convenios de Ginebra de 1949 .....	26
f. La Declaración de los Derechos del niño .....	27
g. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.....	28
h. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.....	29
i. Convención Americana sobre Derechos Humanos.....	29
j. La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social.....	30

k. Declaración de Alma-Ata.....	30
l. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW .....	31
m. La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.....	32
n. Observación General Número 6, sobre el derecho a la vida, 1982. ....	32
o. Los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982).....	33
p. Carta de Ottawa.....	33
q. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador de 1988. ....	34
r. La Declaración y Programa de acción de Viena.....	35
s. Observaciones Generales realizadas por el PIDESC. ....	35
3. Discursos en el contexto de la formulación del concepto de derecho a la salud.....	43
SEGUNDA PARTE: .....	49
RAZONES PARA PROPONER UN CAMBIO DEL DERECHO A LA SALUD .....	49
1. DE SUJETOS A SUJETADOS, DE OBLIGADOS A OBLIGADORES: la necesidad de proponer un concepto integral del derecho a la salud.....	53
2. EL DERECHO A LA SALUD, UN ESCENARIO DE LUCHA: antecedentes fácticos y problemáticas globales. ....	56
2.1 La pobreza genera condiciones que impiden disfrutar de salud .....	57
2.2 Las personas pobres no utilizan los servicios de salud .....	60
2.3 Fundamentos desde el campo de lucha .....	61
2.3.1 Tuberculosis .....	61
2.3.2 Paludismo.....	63
2.3.3 VIH/SIDA.....	66
2.3.4 Consumo de bebidas alcohólicas .....	68
3. Vida y muerte... propósito, justicia y pensamiento.....	75
3.1 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría utilitarista.....	75
3.2 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría liberal .....	77
3.3 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría libertaria.....	82
3.4 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría comunitarista... ..	87

## Contenido

3.5	Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de la crítica post-estructuralista.....	90
3.6	Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de la economía del desarrollo.....	92
TERCERA PARTE:.....		95
RAZONES PARA ASUMIR UNA PERSPECTIVA INTEGRAL E INTEGRADORA DEL DERECHO A LA SALUD.....		95
1.	EL PAPEL DEL DERECHO .....	97
2.	PRESUPUESTOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL <i>METADERECHO</i> A LA SALUD .....	99
3.	LA SALUD DEL MAÑANA: Horizontes, caminos y metas para la construcción del derecho humano fundamental a la salud. ....	101
CONCLUSIONES.....		105
BIBLIOGRAFÍA.....		109



## Lista de Figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1: procedencia de los fondos para el financiamiento de la OMS (2006-2007) .....	22
Figura 2: incidencia de la Tuberculosis por zonas geográficas (Países).....	62
Figura 3: incidencia de la Tuberculosis por zonas geográficas (Territorios específicos).....	63
Figura 4: resistencia a insecticidas a las diferentes áreas geográficas (Incluye a los países con susceptibilidad confirmada a todos los insecticidas utilizados y a países en los que los que no se llevan a cabo pruebas de susceptibilidad o los resultados no son conocidos).....	64
Figura 5: relación entre la proporción de un país viviendo en la pobreza y las tasas de mortalidad por malaria.....	65
Figura 6: número de personas infectadas con el VIH/SIDA, por regiones de la OMS, 2012.....	66
Figura 7. Comportamientos de las nuevas directrices del tratamiento para evitar muertes relacionadas con el VIH/SIDA.....	67
Figura 8. Restricciones al uso de propagandas de bebidas alcohólicas.....	71

## Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1: Sucesos y enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol discriminado por países.....	68
Tabla 2: Restricciones en medios de información, discriminada por países.....	69
Tabla 3. Políticas impositivas y restricción por edad para el control de bebidas alcohólicas.....	70



## Lista de abreviaturas

### Abreviaturas

BM	Banco Mundial
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer
DADH	Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
ELN	Ejército de Revolución Nacional
FMI	Fondo Monetario Internacional
IVA	Impuesto de Valor Agregado
ICA	Instituto Colombiano Agropecuario
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OUA	Organización para la Unidad Africana
PIDCP	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PIB	Producto Interno Bruto
TAR	Tratamiento antirretrovírico
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



# INTRODUCCIÓN

Es inevitable sentir tristeza al observar la situación de miseria en la que viven millones de seres humanos en un planeta tan rico, abundante y generoso como el nuestro. Cantidad de situaciones indignantes son percibidas por nuestros sentidos a diario, pero la comodidad de la indiferencia explica nuestra actitud pasiva, distante y natural en una sociedad que de la noche a la mañana se volvió autista.

No hace falta elaborar un proyecto investigativo de gran envergadura para determinar que las personas padecen hambre, sienten frío, son esclavizadas en sus puestos de trabajo, o están enfermas, entre otros tantos sucesos terribles. Tampoco hay que indagar de manera profunda para concluir que estas personas no tienen salud. En una era donde se pregonan y fabrican derechos para las empresas y las personas jurídicas ¿Dónde están los derechos de estos seres humanos?

A partir de ello propusimos analizar el derecho a la salud con una pregunta en mente: ¿Es la humanidad titular de tal derecho? Cuestionamiento que pronto resolvimos a partir de la lectura de una gran biblioteca de instrumentos de derecho internacional y legislaciones internas de los Estados; efectivamente tal derecho puede ser reclamado por cualquier hombre o mujer. No obstante, si existe tal titularidad y la misma es reconocida como un hecho indiscutible ¿Alguien puede explicar por qué estas personas mueren (sí, no digo viven) de esa manera?

La respuesta que encontramos en la doctrina, fue que tal derecho existía pero que algunas personas podían ejercerlo y otras no. Con base en ese tipo de respuestas, no pudimos evitar volver a cuestionar la titularidad del derecho, pero además indagamos sobre los destinatarios del mismo y la efectividad de las normas que lo consagraban. La disciplina jurídica no nos pudo proporcionar las respuestas que esperábamos y era claro que, en efecto, el ejercicio de tal derecho dependía de muchos otros factores que no estaban incluidos en las definiciones que sobre el mismo habíamos estudiado.

A partir de ello, nos preguntamos si el introducir tales elementos dentro del concepto de derecho a la salud podría resolver algunos problemas para su ejercicio y exigibilidad. Como consecuencia de ello propusimos realizar un trabajo final para la maestría en derecho constitucional, que se preguntara si la vulneración constante y reiterada del derecho humano fundamental a la salud tenía como causa una conceptualización deficiente del mismo.

Esto, en parte, explica la hipótesis defendida en este trabajo según la cual el problema para la exigibilidad del derecho humano fundamental a la salud, tiene origen en la conceptualización insuficiente del mismo. Ello implica que los elementos definitorios del mismo no guardan relación con las demandas y necesidades actuales, debido a que no incorpora un concepto integral en términos de destinatarios y una concepción integradora de otros derechos necesarios para su materialización, hecho por el cual se ha asumido desde una perspectiva sectorial. En ese orden de ideas, tal derecho a la salud debe incorporar otras garantías como la alimentación, la vivienda digna, el vestido, condiciones sanitarias óptimas, atención médica de calidad, ambiente sano, educación,

entre otros. Debido a ello, consideramos necesario reformular tal concepto para dotarlo de razones suficientes, válidas y legítimas, que permitieran el ejercicio del mismo.

Como esta tesis pretende cuestionar el concepto de salud, consideramos necesario exponer que se ha entendido y que se entiende cuando hablamos de ello. En la primera parte de este trabajo nos ocuparemos de responder tal inquietud. De manera preliminar abordaremos la diferencia entre el concepto de salud y el de derecho a la salud, en el cual presentaremos la visión occidental que se ha dado de esos términos y realizaremos un contraste con la visión que de ello tienen algunas comunidades indígenas.

Con posterioridad, analizaremos tres períodos históricos que explican el surgimiento y conceptualización del derecho a la salud. El primero de ellos, denominado como el período de atención en salud, comprende la época clásica, en la cual se efectuaron sus primeros intentos de conceptualización. A partir del estudio del mismo, analizaremos las primeras disposiciones adoptadas por los Estados para controlar la enfermedad y sus consecuencias, y el surgimiento de algunos hospitales de caridad.

En el segundo de ellos, señalaremos el papel de las demandas sociales para la consolidación de la salud como derecho y las diferentes acciones por parte del Estado para garantizar el mismo, período que comprende el siglo XIX y el primer cuarto del siglo XX. Luego, abordaremos el estudio de los principales instrumentos jurídicos de derecho internacional público, que tuvieron como objeto su internacionalización. Para finalizar, presentaremos las propuestas teóricas y hechos históricos que influenciaron el concepto de salud en el siglo XX, como las de Salvador Allende, Ernesto el Che Guevara, la Revolución Nicaragüense, entre otros.

En la segunda parte de este trabajo, presentaremos elementos para la fundamentación material y formal del derecho a la salud. En los primeros tres capítulos, expondremos la necesidad de proponer un concepto integral, a partir del análisis de problemáticas globales que causan pobreza, muerte y enfermedad, basándonos en estudios de caso. Una vez agotado tal contenido, presentaremos las principales teorías de la justicia, con el propósito de identificar elementos pertinentes para construir un concepto de derecho a la salud. De esta manera, estudiaremos las teorías del utilitarismo (Bentham y Mill), el liberalismo igualitario (Rawls y Dworkin), el libertarismo (Hayek, Nozick y Roberts), el comunitarismo (Taylor, Walzer y Kymlicka) la crítica post-estructuralista (Foucault), y la economía del desarrollo (Sen).

De esta manera, finalizaremos la discusión sobre su concepto y fundamentación para entrar a la última parte de este trabajo, en donde expondremos cuál es el papel que nuestra disciplina debe asumir ante la vulneración del derecho a la salud. Luego, plantearemos la categoría de *metaderecho* como una respuesta para la situación actual de vulneración de derechos y como un insumo para la materialización del derecho humano fundamental a la salud. Finalmente validaremos nuestra hipótesis y presentaremos un balance de los aciertos y problemas que surgieron en el desarrollo de esta tesis a manera de conclusión.

## ***PRIMERA PARTE:***

***Razones para defender la existencia de un  
derecho a la salud***



# 1. SALUD Y DERECHO A LA SALUD

*“... los que resisten o se rebelan contra una forma de poder no pueden satisfacerse con denunciar la violencia o criticar una institución. No basta con denunciar la razón en general. Lo que hace falta volver a poner en tela de juicio es la forma de racionalidad existente. La crítica al poder ejercido sobre los enfermos mentales o los locos no puede limitarse a las instituciones psiquiátricas; tampoco pueden satisfacerse con denunciar las prisiones, como instituciones totales, quienes cuestionan el poder de castigar. La cuestión es: ¿cómo se racionalizan semejantes relaciones de poder? Plantearla es la única manera de evitar que otras instituciones, con los mismos objetivos y los mismos efectos, ocupen su lugar.”*

Michel Foucault, *Omnes et singulatim: hacia una crítica de la «razón política»*, 1990.

*“Los hombres encuentran en las mismas crisis la fuerza para su superación. Así lo han mostrado tantos hombres y mujeres que, con el único recurso de la tenacidad y el valor, lucharon y vencieron a las sangrientas tiranías de nuestro continente. El ser humano sabe hacer de los obstáculos nuevos caminos porque a la vida le basta el espacio de una grieta para renacer. En esta tarea lo primordial es negarse a asfixiar cuanto de vida podamos alumbrar. Defender, como lo han hecho heroicamente los pueblos ocupados, la tradición que nos dice cuánto de sagrado tiene el hombre. No permitir que se nos desperdicie la gracia de los pequeños momentos de libertad que podemos gozar: una mesa compartida con gente que queremos, unas criaturas a las que demos amparo, una caminata entre los árboles, la gratitud de un abrazo. Un acto de arrojo como saltar de una casa en llamas. Éstos no son hechos racionales, pero no es importante que lo sean, nos salvaremos por los afectos. El mundo nada puede contra un hombre que canta en la miseria.”*

Ernesto Sábato. *La resistencia*, 2000

Muchos son los discursos que se articulan a partir de la defensa del derecho a la salud. Políticas públicas, teorías económicas, estudios demográficos, acciones judiciales y más recientemente el activismo sobre derechos humanos, entre otros, han convertido esa materia en un escenario de debate en el cual confluyen un universo de corrientes diversas de pensamiento. Debido a ello, consideramos necesario precisar que entendemos por derecho a la salud, sin que tal pretensión implique adoptar un concepto arbitrario del mismo basado en nuestras preferencias. Esto obedece a un doble propósito, el primero consiste ofrecer al lector una visión global de las

implicaciones formales y materiales de dicho concepto; el segundo, responde a nuestro objetivo de aportar elementos o insumos para la creación de una teoría de la salud en perspectiva de integralidad.

Ahora bien, adoptar una posición respecto al derecho a la salud implica definir qué entendemos cuando empleamos tal término. Al respecto, hemos encontrado que su significado está influenciado por el contexto social, económico, cultural, político y ambiental en el cual se pretenda indagar por ello<sup>1</sup>. En la baja edad media el término “*salus*” significaba la superación de dificultades, por tanto en ese momento histórico, la salud era aquello que permitía seguir viviendo, porque implicaba “*una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis<sup>2</sup>, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio*” (Alarcón, 1988, pág. 22).

Tal definición fue criticada debido a su carácter mecanicista y netamente biológico, por lo cual se trabajó en una conceptualización que involucrara dimensiones como la mental y la social. Así, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) definió a la salud como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1948), con lo cual realizó un avance significativo y a su vez incorporó nuevos problemas conceptuales, como por ejemplo, que el término “*completo*”, no era incluyente de personas discapacitadas que se consideran sanas. De la misma manera, el término bienestar, (condición sine que non, para que un individuo se reconozca como sano) generó dificultades debido a su carácter subjetivo, pues se le criticó que creaba tantas definiciones de salud como personas existen.

Por ejemplo, el estilo de vida de los holandeses requiere recursos equivalentes a quince veces su territorio (Mesa Cuadros, 2007, pág. 242) y la manutención de un bebé en Estados Unidos es doscientas ochenta veces mayor que los nacidos en Chad, Ruanda, Haití o Nepal (Ehrlich & Ehrlich, 1992, pág. 22). Por tanto, como el concepto de bienestar varía por factores sociales, la definición adoptada por la OMS está más cerca de identificar que se entiende por calidad de vida y más no por salud.

Como consecuencia, nuevas teorías relacionaron la salud con la facultad de actuar con inteligencia y voluntad, identificando como saludable a quienes pueden identificarse como persona al interior de la sociedad y desempeñar con normalidad el rol que se le ha asignado dentro de ella. Tales conceptos desligan la salud de su faceta biológica, como expone (Pardo, 1997, pág. 3) “*aunque existan pequeñas molestias o malestares, no alcanzan éstos a impedir el desarrollo de las actividades normales. Así, una persona que carezca de capacidad para reproducirse, o que tenga algunas alteraciones físicas o psicológicas leves (como puede ser una ligera inestabilidad de la articulación del tobillo o una leve ansiedad pasajera) puede, en muchas ocasiones, desarrollar su vida normalmente.*”

De otra parte, para los pueblos indígenas, la salud es la relación armónica y holística con todos los elementos de la naturaleza, a la cual el ser humano pertenece pero no la domina y por

---

<sup>1</sup> La antropología socio cultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos y comunidades del planeta, que las percepciones de buena y mala salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas. (Flores Guerrero, 2004)

<sup>2</sup> Homeostasis es el conjunto de fenómenos de autorregulación que llevan al mantenimiento de la constancia en las propiedades y la composición del medio interno de un organismo (Cannon, 1926, pág. 91)



tanto su consecución se basa en el uso respetuoso de los recursos naturales para el bienestar de toda la comunidad. Así, el problema de la falta de salud no se resuelve con el tratamiento del síntoma, sino a partir del restablecimiento del equilibrio del hombre con la madre tierra.

No obstante, cada comunidad indígena presenta particularidades en tal concepto, dependiendo de la construcción cultural propia de la enfermedad. Por ejemplo, para los indígenas Kichwa del Ecuador, la salud es el logro de la armonía a partir del equilibrio físico, mental y espiritual del individuo, relacionado con la comunidad, la cultura, la naturaleza y la tierra (conocida también como *Allpamama*), que permite el desarrollo humano en lo biológico, en lo social y en lo espiritual (Ulcuango, 1998). Para los Aymara de Bolivia, puede relacionarse con el término *Kakaña*, que significa bienestar, paz moral e integridad física (Fernández Juárez, 1999).

Para las comunidades indígenas de Shipibo, Conibo y Asháninca del Perú, se presenta como un estado de normalidad y equilibrio entre hombre/espíritu, hombre/familia, hombre/grupo social, hombre/naturaleza. Perturbar el mismo acarrea sufrimiento, tristeza y necesidad, aspectos relacionados con la enfermedad. Por tanto, el equilibrio supone provisión de recursos, armonía con la naturaleza, autorespeto, consideración social, excelentes relaciones familiares, confianza en los valores, las personas y en el grupo. Así las cosas, la salud no se entiende como ausencia de enfermedad o bienestar, sino como calidad de vida y una forma armónica de vivir (Guevara Torres, 1999).

Para el pueblo indígena U'wa en Colombia, está basada en la tradición y el aprendizaje de diversos mundos (conocimientos de origen), como verdades que sustentan la concepción del origen del mundo y sus deberes para agradecer a Sira (Dios o Creador del mundo U'wa). Consideran que tienen salud cuando viven con alegría, comen bien y no tienen problemas con sus semejantes. Las prácticas de medicina tradicional se basan en una actividad conocida como el soplo, técnicas de manejo de la energía, el uso de plantas especiales, rezos, ayunos o dietas libres de sal y carne (Mora Torres, Páez Molina, Quiñonez Daza, & López M, 2007). Los Ngöbe en Panamá, afirman que la salud es la relación armónica del hombre con sus semejantes, con el ambiente y con los dioses, y que la ruptura de tal equilibrio se manifiesta por medio de la enfermedad la cual no sólo le afecta al individuo, sino a su familia (Vergés de López & Farinoni, 1998)

## **2. LA SALUD COMO DERECHO. CONCEPTO, SURGIMIENTO Y DESARROLLO.**

Relacionar la salud con un derecho no es un ejercicio reciente. Bastará con decir que para el siglo IV A.C, Aristóteles expuso que *"Si creemos que los hombres como seres humanos, poseen derechos que les son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y solo ella, sea capaz de proporcionársela"* (Wartburg, 1979). A partir de ello (Roemer R. 1989, pág. 16), expuso que la concepción aristotélica del derecho a la salud presenta tres características en las sociedades contemporáneas.

La primera es su carácter absoluto, por la cual es un derecho natural de la humanidad. Partiendo del supuesto que el derecho a la vida es una condición para el goce y disfrute de otros derechos, debemos aceptar que existe un derecho a la protección de la salud, con las mismas características, porque las restricciones a su ejercicio impiden el desarrollo de otros derechos. La segunda, es la salud como derecho social e individual, que incluye la protección de la integridad física personal y la obligación moral de evitar los perjuicios de la propia salud. Como derecho social implica que la sociedad es responsable de la protección de la salud de sus ciudadanos y del suministro de servicios en caso de enfermedad. Por último, el ejercicio del derecho a la salud depende de las condiciones materiales e ideológicas presentes en la sociedad. Aunque el derecho sea válido en todo momento, su ejercicio y exigibilidad varía en función de los medios que brinde la sociedad para mantener un nivel determinado de atención y protección en salud (Roemer R. , 1989, pág. 16)

Ahora bien, como el propósito de este capítulo es estudiar las causas y fundamentos para la elaboración del concepto de derecho a la salud a partir de categorías históricas, hemos propuesto dividir nuestra investigación en períodos específicos de tiempo, que comparten unidad de materia respecto a las implicaciones prácticas de su uso. De esta manera, proponemos el siguiente orden metodológico: 1. La atención en salud y su incidencia en la formación de derechos. Referencias al período clásico (Siglo IV A.C – Siglo XVIII); 2. Derecho a la salud. Demandas sociales e intervención estatal para su consolidación (Siglo XIX); 3. El siglo XX y la pretensión de internacionalizar un derecho humano a la salud. Una vez efectuadas estas precisiones, nos ocuparemos de desarrollar su contenido.

### **2.1. La atención en salud y su incidencia en la formación de derechos. Referencias al período clásico (siglo IV A.C – siglo XVIII)**

Como expusimos, la noción de salud de adoptada por Aristóteles contiene elementos para la conceptualización del derecho a la salud en perspectiva integral. Sin embargo, tal teoría no tuvo éxito en su tiempo. De hecho, el término salud se relacionó de manera exclusiva con la atención y

tratamiento de la enfermedad, y con la reacción estatal para proteger el orden y la salubridad pública. Ya en el siglo IV A.C., los médicos egipcios eran remunerados por el Estado y atendían a la población pobre y con el paso del tiempo, hacia el año 325 d.C., la iglesia cristiana fundó hospitales para la atención de la población con escasos recursos. Sobre el particular (Roemer & Friedman, 1971, págs. 29-33) afirman que "*El derecho a la atención en salud se manifestó inicialmente por medio de la prestación de servicios de atención a los pobres, a cargo de ciertos órganos de gobierno e instituciones religiosas.*". Con posterioridad, la prestación de servicios de salud fue asumida por las autoridades locales, que iniciaron actividades de prevención<sup>3</sup> y clasificación de la enfermedad.

De manera paulatina, los Estados adquirieron obligaciones para el tratamiento de la enfermedad y de sus causas. Por ejemplo, durante la edad media era obligatorio emplear carteles para identificar casas o comunidades infectadas con peste y en el siglo XVII se promulgaron *las leyes isabelinas de socorro*, que establecieron responsabilidades públicas para afrontar la situación de pobres e indigentes y dispusieron medidas para la atención en salud. Sin embargo, no puede hablarse del ejercicio de un derecho a la salud en tal período, sino de una reacción estatal y de algunas instituciones, para el manejo y prevención de la enfermedad, que dejaba de lado la curación y se concentraba en la mitigación de sus efectos. De esta manera, la salud fue considerada como un acto de caridad y una política de salubridad pública.

Tal situación cambió en el transcurso del siglo XVIII en Francia e Inglaterra, donde la enfermedad fue relacionada con improductividad, iniciándose un desmonte progresivo del esquema de salud paliativa, para combatir *la ociosidad*. A partir de un estudio general de los modos de inversión y de capitalización, economistas y administradores criticaron la práctica de las fundaciones de salud que en sus criterios concentraban capital y recursos humanos impidiendo el flujo de la economía (Foucault, 1991, pág. 92).

Con posterioridad, la noción de bienestar físico fue incorporada al concepto de salud, a partir de propuestas que tenían por objeto el mejoramiento de la calidad de vida. En un primer momento, se establecieron programas de atención a la infancia para la adopción de normas sobre cuidado, limpieza, contacto, higiene y proximidad atenta, que aumentaron la expectativa de vida de los infantes, con el propósito de fomentar el nacimiento de niños sanos, que llegaran a una edad adulta en óptimas condiciones físicas, para apoyar los procesos productivos (Foucault, 1991, págs. 96-98).

Luego, se adoptaron políticas públicas de higiene para reducir enfermedades epidémicas y las tasas de morbilidad, con el propósito de aumentar la expectativa de vida. Para ello, se crearon hospitales en donde el tratamiento de la enfermedad adquirió un nuevo significado al evitar retirar al sujeto improductivo de la sociedad y en su lugar, curarlo con el propósito de reintegrarlo a la misma con fines productivos. Así, los hospitales se convirtieron en verdaderos centros para el tratamiento de las enfermedades, con lo cual se llevó el concepto de salud a un nuevo nivel: el de recuperar al paciente.

Así las cosas, durante el siglo XVIII la salud sufrió las siguientes transformaciones: Primero, deja de ser un asunto de asistencia pública o caridad y se convierte en una política de Estado con vocación de permanencia. Segundo, incorpora como pretensión que el tratamiento restablezca la

---

<sup>3</sup> Esta prevención es restringida y no puede entenderse en términos modernos, en el cual se entiende por el mismo a un conjunto de actividades de índole diversa, dirigidas a la inmunización, identificación de factores de riesgo, tratamiento de riesgos potenciales, pedagogía preventiva y de acción respecto a la enfermedad, entre otros.

salud del individuo, dejando atrás la visión de retirarlo de la sociedad de manera indefinida con el propósito de salvaguardar la salubridad pública. Tercero: se introduce el concepto de salud preventiva, el cual no debe confundirse con las acciones efectuadas con anterioridad para controlar la propagación de enfermedades, sino a evitar las mismas para evitar interrumpir los procesos productivos y aliviar la presión fiscal derivada del mantenimiento de la nueva organización hospitalaria.

Sin embargo, a pesar de los avances identificados, no es posible hablar de un derecho a la salud en este momento histórico sino de un compromiso político de los Estados para fomentar la misma. Esto resulta evidente si tenemos en cuenta que no hay una demanda de bienes y servicios por parte de la población en general que se convierta en una obligación atribuible al Estado.

## **2.2 Derecho a la salud. Demandas sociales e intervención estatal para su consolidación (siglo XIX – inicios del siglo XX)**

Como observamos, durante el siglo XVIII se presentaron intentos políticos para materializar condiciones de salud mínimas en la población y así garantizar el ingreso al mercado laboral de personas sanas con el propósito de desarrollar las labores que exigía la expansión económica. La diferencia con el siglo XIX, es que esa voluntad política se tradujo en el surgimiento de instrumentos de orden legal para exigir el cumplimiento de obligaciones por parte del Estado en la garantía de cuidado sobre la población.

Es por ello, que consideramos al siglo XIX como el período histórico en el cual se presentaron condiciones de orden social, político, económico, cultural y ambiental, que originaron la ruptura entre el concepto de *la atención en salud* y el término *derecho a la salud*. De manera puntual, las causas expuestas tuvieron lugar en el surgimiento, desarrollo y expansión de la revolución industrial. Las condiciones a las cuales fueron sometidos miles de trabajadores generaron un clima adecuado para el surgimiento de resistencias ante el poder ejercido sobre los cuerpos, manifestado en la forma de las relaciones laborales. El deseo de expansión y crecimiento de la economía y la pretensión de reproducir el capital a como diera lugar, se tradujo en un empeoramiento de las condiciones de salud de la clase obrera. El empleo de capital humano para satisfacer la demanda de bienes y servicios empleó toda fuerza disponible, inclusive la de los niños, hecho que tenía una razón de orden económico suficiente: los niños recibían salarios tres veces menores con relación a los hombres de edad adulta, además que debido a sus dimensiones físicas eran enviados a minas con túneles estrechos en donde sólo ellos podían entrar (Turner Thackrah, 1832).

Ante estas situaciones se empezaron a promover leyes para mejorar la situación a la que estaban siendo expuestos los niños que, si bien no solucionaban de manera definitiva tal problemática, establecieron pautas para la humanización del trabajo y con ello el mejoramiento de las condiciones de salud de millones de personas. En 1832 Michael Sandler, presentó ante el Parlamento Inglés un proyecto de ley para reducir el número de horas de trabajo infantil. Aunque el proyecto no fue aprobado originó una comisión investigadora que permitió la aprobación de la *Factory Act de 1833* (leyes industriales o leyes de fábricas), en la cual se estableció una jornada

laboral máxima de doce horas, incluyendo una hora de almuerzo para los niños de catorce a dieciocho años, además de prohibir el trabajo nocturno en menores de dieciocho años<sup>4</sup>. En 1878 se promulgó una *Factory Act*, en la cual se prohibió el trabajo de todo niño menor de 12 años y se dispuso que la educación fuera obligatoria hasta los 10 años de edad. De la misma manera, se limitó la jornada de trabajo de las mujeres a un máximo de cincuenta y seis horas por semana.

A mediados del siglo XIX, una corriente de pensadores influenció la creación del derecho a la salud en Europa. El jurista y filósofo inglés Jeremy Bentham, propuso una teoría que propugnaba por el establecimiento de tres principios fundamentales de gobierno. El primero de ellos, hacía referencia a que el legislador estaba en la obligación de brindar la mayor cantidad de bienestar para el mayor número de personas. El segundo, disponía que la dignidad debía entenderse como un atributo individual. Finalmente, expuso que la ley y las autoridades tenían la función de proteger al individuo, satisfacer sus intereses y promover el bienestar de sus semejantes (Bentham, 1830, págs. 5-8). A partir de este modelo, muchas de las políticas y leyes adoptaron un componente de bienestar como forma de legitimación de la existencia del Estado bajo la denominación de salud pública.

De manera paralela, Friedrich Engels denunció que la clase capitalista británica sabía que las circunstancias en que obligaba a trabajar y a vivir a la clase obrera causaban enfermedades. Para ello, expuso que la planeación urbanística deficiente de los distritos en los cuales habitaban los trabajadores no permitía una ventilación adecuada de las sustancias tóxicas *“los apartamentos de los obreros circundaban patios centrales sin comunicación directa con la calle; los gases de carbono, producto de la combustión y de la respiración humana, se concentraban y permanecían entre los cuartos de habitación. Como no existían sistemas de disposición de desechos humanos ni animales, estos residuos dejados en los patios, en los apartamentos, o en la calle, contaminaban gravemente el aire y el agua. Estas precarias condiciones de vivienda llevaron al incremento de enfermedades infecciosas, particularmente de la tuberculosis.”* (Waitzkin, 2013, pág. 41). En consideración con lo expuesto, Engels identificó que la solución a tales problemas de salud requería una intervención política y económica fuerte, pues las anteriores resultaron ser un remedio paliativo que no ofrecían respuestas de fondo, debido a que la clase obrera tenía que lidiar con la imposibilidad de emplear médicos calificados en casos de enfermedad<sup>5</sup>, pues estos estaban reservados para la atención de la clase propietaria (Engels, 1845, pág. 135).

---

<sup>4</sup> El documento original también previó otras obligaciones, entre las cuales se encuentran que la de impartir dos horas de educación diaria a los niños y la implementación de comisión gubernamental para la inspección de fábricas. El texto original expone: *“Children (ages 14–18) must not work more than 12 hours a day with an hour lunch break. Note that this enabled employers to run two 'shifts' of child labour each working day in order to employ their adult male workers for longer. //Children (ages 9–13) must not work more than 8 hours with an hour lunch break.//Children (ages 9–13) must have two hours of education per day.//Outlawed the employment of children under 9 in the textile industry.//Children under 18 must not work at night.//Provided for routine inspections of factories.”*

<sup>5</sup> Waitzkin además expone que Engels llevó a cabo una investigación epidemiológica sobre las tasas de mortalidad y la clase social, usando estadísticas demográficas recopiladas por los funcionarios de salud pública; *mostró que las tasas de mortalidad eran inversamente proporcionales con la clase social, no solamente en ciudades enteras, sino también dentro de los distritos geográficos específicos de las ciudades; subrayó que en Manchester la mortalidad infantil era sustancialmente mayor entre los niños de la clase obrera que entre los niños de las clases más altas.* Adicionalmente, expuso que para Engels la clase y el urbanismo tienen un efecto determinante en la mortalidad infantil. Para sustentar su afirmación, plantea que ese autor demostró (a partir de evidencia científica) que los niños pertenecientes a la clase obrera aportaban una tasa superior de mortalidad por epidemias de enfermedades infecciosas, como viruela, sarampión, fiebre escarlata y tos ferina, entre los niños de la clase obrera. Finalmente, indicó que para Engels, *“el hacinamiento,*

Con ocasión al aumento de la productividad y las consecuencias que ello conllevó en el estado de salud de los trabajadores, fue necesario proporcionar medidas de protección a favor de los mismos. Tal como señala el distinguido historiador George Rosen “*del mismo proceso del que surgieron las fábricas, la economía de mercado y las grandes ciudades, surgieron también los problemas de salud que plantearon la necesidad de evitar las enfermedades y proteger la salud*” (Rosen, 1958, pág. 201).

Parte de estas preocupaciones tuvieron respuesta en Edwin Chadwick. Este seguidor de las propuestas de Bentham, fue considerado como uno gran propulsor de la salud pública en Inglaterra y promotor de varias disposiciones jurídicas y administrativas para la protección de la población. Como secretario de la comisión inglesa encargada de las leyes de asistencia a los pobres (*Poor Laws*) investigó las causas y condiciones que generan la pobreza, con el propósito de reducir su impacto en la sociedad. Los resultados de sus estudios, revelaron una relación de causa efecto entre pobreza y enfermedad, hecho que repercutió en la adopción de medidas preventivas de índole social<sup>6</sup>, como la promulgación de la Ley de Salud Pública de Inglaterra de 1848, la cual creo juntas locales de salud que dependían de una autoridad central (Stewart & Jenkins, 1969, pág. 10).

John Snow, llegó a conclusiones similares al efectuar un estudio, para determinar las causas de los problemas epidemiológicos de la población que habitaba la ribera del río Támesis, en el cual comprobó que la pobreza y la falta de higiene, eran factores determinantes para la aparición y desarrollo de las enfermedades. También expuso que la salud no era un problema netamente biológico, sino de alteración de condiciones sociales.

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas, varios movimientos sociales exigieron al Estado que cambiara la forma como enfrentaba la enfermedad. La figura más destacada en la lucha por la adopción de tales postulados fue Rudolf Virchow<sup>7</sup>, quien a partir del análisis de la epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia identificó que las circunstancias materiales e históricas fomentaban la aparición de la enfermedad, debido en parte a las contradicciones políticas – económicas, que impedían reformas legales encaminadas a la protección. De esta manera, expuso que el problema suscitado por la aparición de las enfermedades y epidemias no concernía de manera exclusiva a los trabajadores de la salud, sino al conjunto de la sociedad en general.

---

*la vivienda precaria, las instalaciones sanitarias inadecuadas y la polución – características estándar de la vida urbana – se combinaban con la posición de la clase social para causar enfermedad y mortalidad temprana.”* (Waitzkin, 2013, págs. 42-43)

<sup>6</sup> En su *General Report on the Sanitary Condition of the Laboring Population of Great Britain*, Chadwick resaltó las precarias condiciones de vida de la población obrera y la relación que existía entre éstas y las enfermedades que padecían. El Gobierno abordó el asunto y luego de un primer intento fallido, aprobó la *Public Health Act, de 1848*. La normatividad aprobada ese año, no obedeció únicamente a la atención de enfermedades sino a la prevención de las mismas lo cual se materializó con la aprobación de la *Nuisances Removal and Diseases Prevention Act, 1848*. A pesar que las disposiciones referidas fueron concebidas en un primer momento para la ciudad de Londres, posteriormente se expandieron a otras regiones del Reino Unido.

<sup>7</sup> Rudolf Ludwig Kart Virchow (1821-1902), médico y antropólogo alemán que hizo contribuciones importantes en medicina social, antropología y patología celular. Desarrolló una explicación unificada de las fuerzas físicas y sociales que causaban la enfermedad y el sufrimiento humano; utilizó un abordaje dialéctico de los problemas biológicos y sociales, y advirtió sobre la posibilidad de conflicto social por la relación entre enfermedad y clase social. Se destacó en el campo de la política, donde se desempeñó, entre otros cargos, como miembro del parlamento prusiano (1861) y del parlamento alemán (1880-1893), desde donde impulsó la obligación del Estado y la sociedad, por ocuparse de la salud de los ciudadanos. Entre sus múltiples logros científicos se cuentan el haber reconocido por vez primera la leucemia y su teoría “*omnis cellula e cellula*” (toda célula viene de otra célula, 1858).

En atención a la práctica de estudios científicos, identificó la triple relación entre ambiente, sociedad y enfermedad, según la cual las condiciones sociales inadecuadas incrementaban la susceptibilidad de la población al clima, a los agentes infecciosos y otros factores causantes específicos, factores que de manera aislada no podían generar una epidemia. Con base en ello, señaló que el cambio político y económico era más importante que la intervención médica, pues las mejoras en la medicina podrían eventualmente prolongar la vida humana, pero las mejoras en las condiciones sociales pueden lograr ese resultado incluso de manera más rápida y con probabilidades de éxito superiores (Virchow, *Werk und Wirkung*, 1957, pág. 110)

Las contradicciones sociales que Virchow reveló de manera contundente, fueron las producidas por la estructura de clase, describiendo las privaciones que enfrentaban los obreros y su relación con los patrones de enfermedad. A causa de ello, abogó por una visión amplia de la salud pública, evidenciando las estructuras de opresión presentes en la medicina y denunciando las políticas de los hospitales que exigían a los pobres cubrir el costo de su enfermedad, en lugar asumir su atención como un asunto de responsabilidad social. *“Virchow vislumbró la creación de un servicio público de salud, un sistema integrado de servicios de atención en salud, propiedad y administración pública, cuyo personal serían trabajadores de la salud empleados por el Estado; semejante sistema definiría la atención en salud como un derecho constitucional de los ciudadanos. Este derecho incluiría las condiciones político económicas que contribuyeran a la salud y no a la enfermedad.”* (Waitzkin, 2013, pág. 47)

Esta propuesta comprendía la implementación de dos principios claves para garantizar el derecho a la salud a los ciudadanos: la prevención y la responsabilidad estatal. Respecto al primero de ellos, aseveró que las políticas sociales eran instrumentos adecuados para atacar las causas de la enfermedad, además de ser eficientes pues era preferible y más rentable para la sociedad desarrollar una política de profiláctica a una paliativa (Virchow, 1957, pág. 106). Con relación al segundo, consideró que las responsabilidades en cabeza del Estado, incluían el hecho de generar puestos de trabajo para los ciudadanos físicamente capacitados para tal propósito, con el objeto de generar condiciones económicas en la sociedad, que garantizaran el acceso a la atención en salud.

Respecto a la población discapacitada, expuso que debían disfrutar del derecho de acceder a un soporte financiero por parte del Estado (Virchow, 1958, pág. 117). Así, los aportes teóricos de Virchow constituyeron una fuente de suma importancia para la formulación del concepto de derecho a la salud, a partir de elementos ajenos al tratamiento de la enfermedad que precisamente pretendían evitar su aparición. Para este visionario, el derecho a la salud comprendía el hecho de no enfermarse (faceta preventiva), rompiendo con el paradigma imperante, según el cual, dicho derecho presentaba un sentido unívoco con el tratamiento de la sintomatología y la patología (atención a la enfermedad). Tan contundentes e influyentes fueron sus argumentos que el gobierno alemán de Bismarck solicitó su apoyo con el objetivo de implementar un plan para mejorar la salud de la población alemana.

A partir de los planteamientos teóricos estudiados y el impacto positivo producidos por su ejecución, varios textos normativos acogieron tales propuestas. En 1848 la constitución de la segunda República de Francia, adoptó disposiciones frente a los graves problemas suscitados por el desempleo, que tuvo como consecuencia una grave crisis en su economía. Sus principales aportes al mejoramiento de las condiciones de salud de la población, pueden observarse en su artículo 13, el cual estableció la protección de las personas en condiciones de necesidad al establecer que el Estado

debía proporcionar asistencia a los a los niños abandonados, a los enfermos y a los ancianos sin medios económicos y que sus familias no podían socorrer.<sup>8</sup>

Este tipo de reformas fueron respaldadas por evidencias empíricas sobre la enfermedad, ante las cuales se exigió un cambio en las políticas de salud y se procuró la consolidación de la salud como un derecho. Ejemplo de ello, fue la epidemia de cólera<sup>9</sup> que permitió a los defensores de la salud, posicionar las demandas de intervención estatal en el debate público para la expedición de leyes sanitarias que como tuvimos oportunidad de estudiar fueron impulsadas de manera fuerte por Chadwick. Tales ideas tuvieron una gran incidencia en Alemania, donde en cabeza del ya mencionado Virchow, surgieron regulaciones en materia de salud que posteriormente fueron implementadas bajo el gobierno de Bismarck y materializadas con el surgimiento del seguro nacional de salud en 1880, política que se difundió rápidamente por Europa.

Pero la adopción de políticas públicas y el surgimiento del derecho a la salud, no fue un asunto de exclusivo desarrollo en el viejo continente. Durante el siglo XIX, la presencia de enfermedades afectaron de manera negativa el desarrollo económico en países como Colombia. De conformidad con (Christopher, 1996) las enfermedades endémicas y recurrentes en las tierras bajas plantearon obstáculos para introducir mejoramientos en el transporte y también para viajar por las vías existentes. Las enfermedades ahuyentaron la inmigración del extranjero y las migraciones internas, especialmente, entre las tierras altas relativamente salubres y las tierras bajas agobiadas por las enfermedades. Sin importar la filiación política se apoyó la creación de políticas públicas que solucionaran los problemas sobre la salubridad e higiene públicas. Tanto el partido conservador como el liberal, a pesar de sus diferencias políticas irreconciliables, en ese período específico de la historia, convirtieron el tema de la salud en un asunto de relevancia máxima, el cual desencadenó la creación de instrumentos legales<sup>10</sup> a finales del siglo XIX y principios del XX, durante el ejercicio del poder por parte de gobiernos de corte conservador.

---

<sup>8</sup>Aunado lo expuesto la Constitución francesa de 1848, significó un avance significativo en los derechos de los campesinos y la clase media urbana, pues se garantizó el sufragio universal para hombres y se estipuló la obligatoriedad y gratuidad de la enseñanza primaria laica. “Article 13.- *La Constitution garantit aux citoyens la liberté du travail et de l'industrie. La société favorise et encourage le développement du travail par l'enseignement primaire gratuit, l'éducation professionnelle, l'égalité de rapports, entre le patron et l'ouvrier, les institutions de prévoyance et de crédit, les institutions agricoles, les associations volontaires, et l'établissement, par l'État, les départements et les communes, de travaux publics propres à employer les bras inoccupés; elle fournit l'assistance aux enfants abandonnés, aux infirmes et aux vieillards sans ressources, et que leurs familles ne peuvent secourir*”.

<sup>9</sup>De conformidad con (Quevedo Vélez, 1992) aunque de vez en cuando la enfermedad alcanzaba las costas de China, viajando en barco, sólo desde 1817 comenzó su propagación por todo el mundo, cuando una epidemia hindú de inusual severidad coincidió con la presencia invasora de barcos y tropas inglesas en la zona. Un nuevo brote epidémico apareció en el golfo de Bengala en 1826 y rápidamente volvió a trazar su sendero hacia el sur de Rusia. Al iniciarse la década del treinta, se había ya extendido desde Rusia, con las expediciones guerreras, a Polonia y Turquía, llegando en 1831 al mar Báltico. Desde ahí viajó por barco hasta Inglaterra. En 1832 había invadido a Irlanda y Francia; dispersándose por España el año siguiente. Sin embargo, después de asolar a la población europea, la enfermedad comenzó a desaparecer, en torno a 1835.

<sup>10</sup>(Christopher, 1996) sostiene que entre 1880 y finales de 1920 el abastecimiento de agua y la salubridad pública fueron temas de acalorados debates en Bogotá, Medellín y Barranquilla. También expone que el esquema legislativo e institucional de los servicios de salud, higiene y sanidad, cambió significativamente entre las décadas de 1880 y 1920, con la introducción de medidas legislativas relativas a la cuarentena de los puertos, la organización de las colonias de leprosos y lazaretos, el ejercicio de la profesión médica y, la inspección sanitaria de la carne para consumo humano.



En síntesis, los desarrollos producidos en el siglo XIX con relación al derecho a la salud identificaron una relación entre el ambiente, la estructura social y la aparición de la enfermedad. Estos aportes significaron una ruptura en el concepto mismo de salud, que repercutió en la generación de derechos y políticas públicas determinadas por el contexto material intelectual. Sin embargo, los avances en la generación de bienestar para la consolidación de un derecho a la salud no tuvieron una causa exclusiva en el proceso de industrialización y la exigibilidad de condiciones de vida básicas por parte de los trabajadores, puesto que también fueron consecuencia del progreso científico y tecnológico. Por ejemplo, el descubrimiento de la vacuna antivariólica por Jenner marcó el comienzo de una nueva era, la de la inmunización, en la que la salud pública y la legislación aunaron sus esfuerzos para proteger a los individuos y la sociedad (Sand, 1952, pág. 143), con lo cual se adoptaron de manera implícita los principios esbozados por Virchow y se abrió el camino hacia una nueva era: la de las declaraciones internacionales de derechos, hecho que analizaremos a continuación.

### **2.3 El siglo XX y la pretensión de internacionalizar un derecho humano a la salud.**

El siglo XX trajo consigo grandes cambios en el concepto de salud. Durante la primera mitad de ese período histórico, se afirmaron los desarrollos logrados en el siglo XIX que propugnaron por establecer que las condiciones sociales tenían una fuerte incidencia en el la causa y desarrollo de la enfermedad. Incluso, a partir de algunos estudios practicados por Thomas McKeown se llegó a la conclusión que algunas enfermedades infecciosas, como el caso de la tuberculosis, habían tenido una importante reducción por la adopción de medidas sociales y sanitarias (Mittelbrunn, 2008).

No obstante, la diferencia respecto con los aportes efectuados en el ámbito de la salud en el siglo anterior, se centran en que en el siglo XX se pretendió universalizar su ejercicio por medio de instrumentos de derecho internacional. Con el propósito de exponer la evolución del concepto de salud durante ese período, abordaremos nuestra exposición en dos apartados. En el primero, analizaremos de manera sucinta las condiciones que antecedieron la conformación de la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) y el establecimiento de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS). Con posterioridad, analizaremos el período que comprende la adopción de instrumentos internacionales, los principales avances en la conceptualización para la universalización del derecho a la salud, y el retroceso producido con ocasión a la entrada de la banca internacional a la OMS.

### 2.3.1 Antecedentes de la creación de un sistema internacional para la protección de derechos humanos con énfasis en la salud.

A principios del siglo XX, el crecimiento de las economías de exportación y la expansión de intereses económicos a nivel mundial impulsaron la cooperación internacional para prevenir los impactos negativos de la enfermedad en la economía. Con tal propósito, se fundaron organizaciones de carácter internacional que tenían como objetivo principal la prevención y control de las epidemias. La primera de estas fue la Oficina de Sanidad Internacional fundada en Washington en 1902 (Fee & Brown, 2007).

Durante sus primeros años, se ocupó de promocionar las campañas para la erradicación del mosquito y la implementación de una vacuna contra la fiebre amarilla, en zonas de extracción de recursos minerales para la producción industrial en países como México, Colombia y Brasil. Como primera organización internacional para la salud moderna, la Oficina de Sanidad Internacional<sup>11</sup> *“dedicó gran parte de sus actividades iniciales a la vigilancia, prevención y control de las enfermedades infecciosas, principalmente para proteger el comercio y las actividades económicas a los largo de las Américas.”* (Waitzkin, 2013, pág. 35)

Pero la razón para el avance de los derechos a la salud y en general los derechos de índole social, no puede reducirse a las pretensiones capitalistas de expandir la economía. Constituciones como las de los Estados Unidos Mexicanos (1917) y la Constitución Alemana de la República de Weimar (1919), representan un logro en el avance en la protección de derechos humanos y en la lucha de los trabajadores para mejorar sus condiciones de vida.

Al terminar la Primera Guerra Mundial en 1919, se fundó la Organización Internacional del Trabajo (en adelante OIT) que tenía como objetivo principal mejorar la situación económica, ambiental, social y de salubridad de los trabajadores, quienes eran explotados sin consideración por su salud, su vida familiar y su progreso profesional y social. Las evidentes situaciones de injusticia, miseria y privaciones, producto de las lamentables condiciones laborales que imperaban en esa época, constituían un obstáculo para alcanzar la paz. *“Estas situaciones se agravarían con el paso de los años y desembocarían en situaciones de pobreza y miseria más difíciles, que llevarían a miles de personas a ver gravemente afectada su existencia y la posibilidad de tener una vida digna. En efecto, las crisis financieras de las décadas de los años veinte y los años treinta, que llevaron a más personas a la situación de miseria, hicieron más patente la necesidad de proteger a las personas, en especial a aquellas más vulnerables e indefensas ante la adversidad social.”* (Corte Constitucional Colombia. Sentencia T-760, 2008)

Con posterioridad en la década de los años cuarenta Henry Siegerist<sup>12</sup>, analizó de manera crítica las ideas de sus precursores respecto a la incidencia de factores sociales en el origen de la enfermedad. La importancia de su trabajo consistió en sistematizar de manera concreta el concepto de *promoción de la salud*, señalando que este estaba constituido por el conjunto de condiciones de educación, cultura física, formas de esparcimiento y descanso que permitían el disfrute de la salud.

---

<sup>11</sup> Con posterioridad, hacia el decenio de los años cincuenta, la Oficina de Sanidad Internacional se convirtió en la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en 1958 cambió su nombre a Organización Panamericana de la Salud (OPS).

<sup>12</sup> Médico nacido en Francia, formado en Suiza y afincado en los Estados Unidos, en donde llegaría a consagrarse como el máximo historiador de la medicina. Catedrático de la Universidad Johns Hopkins y de la Universidad de Yale (Mittelbrunn, 2008, pág. 3)

Así las cosas, manifestó que la salud de un pueblo no podía medirse por la aparición de enfermedades, pues estas son resultado del fracaso derivado de la falta de implementación políticas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. La influencia de Sigerist fue determinante para el futuro próximo del derecho a la salud. Gran parte de sus argumentos fueron adoptados por instrumentos de derecho internacional que en un primer momento se preocuparon por las causas y origen de las enfermedades antes que por el tratamiento de las mismas.

Para solucionar los problemas suscitados por la segunda guerra mundial, las naciones involucradas, principalmente, trataron de mejorar la vida de sus ciudadanos para impulsar la recuperación económica. Centraros sus esfuerzos en rehabilitar a miles de personas para integrarlos al proceso de económico y adoptaron medidas para impulsar el desarrollo a partir del mejoramiento de sus condiciones de salud. Antes de 1945 el derecho internacional no contemplaba la forma en que los gobiernos debían tratar a sus nacionales, razón por la cual, no se infringían normas de derecho internacional público cuando un Estado desconocía derechos humanos básicos. Tal vulneración quedaba sujeta al marco normativo de cada Estado y cualquier intromisión en este aspecto no tenía soporte legal.

La necesidad de adoptar normas jurídicas para sancionar comportamientos que atentaran contra el goce de derechos humanos, comenzó a reconocerse a partir de los años treinta y encontró apoyo político en el decenio de los años cuarenta. En 1941 la propuesta de internacionalizar los derechos humanos encontró patrocinio en el Presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt quien impulsó tal iniciativa política en su famoso discurso titulado *“Las cuatro libertades”*<sup>13</sup>, en el cual expuso cuatro derechos humanos esenciales: (i) la libertad de palabra y expresión; (ii) la libertad de toda persona de alabar a su dios a su manera; (iii) la libertad de la miseria; y (iv) la libertad del miedo. No obstante, tales palabras estuvieron muy lejos de satisfacer las esperanzas que habían creado, debido a que los ganadores de la segunda guerra mundial, presentaban serios problemas para la protección de garantías fundamentales en sus propios territorios. *“La Unión Soviética tenía su Gulag, los Estados Unidos de América su discriminación racial de jure, y Francia y Gran Bretaña conservaban sus imperios coloniales. Estos países pronto llegaron a la conclusión de que no les convenía crear un régimen internacional eficientes para la protección de derechos humanos, según propugnaban las naciones más pequeñas. Las grandes potencias impusieron su voluntad en la medidas en que la Conferencia de San Francisco no aprobó un régimen de amparo per se.”* (Buergethal, 1989)

Sin embargo, a pesar de los inconvenientes políticos expuestos, la Carta de las Naciones Unidas suscrita en San Francisco en 1945 fue aprobada y estableció las bases para el escenario posterior para la protección de derechos humanos, como observaremos a continuación.

## 2.3.2 Internacionalización del derecho a la salud

### a. Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (en adelante DADH)

Este instrumento de derecho adoptado en el mes de abril de 1948, representó un gran avance en la protección del derecho a la salud al reconocer que toda persona tiene acceso a tal garantía, por

---

<sup>13</sup> Para profundizar en el tema, véase el texto completo en *World Peace Foundation, Documents on American Foreign Relations* (Vol. 3), 1941, Pág., 26.

medio de la adopción de medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad a la cual pertenezca.

Como podemos observar, la norma expuesta recoge el proceso histórico iniciado en el siglo XIX, relativo a las implicaciones sociales del derecho a la salud analizadas con anterioridad. Esto significó que, si bien el aspecto prestacional de atención de la enfermedad fue fundamental para garantizar tal derecho, no fue el único campo de acción que se dispuso para la satisfacción del mismo, pues la adopción de medidas preventivas y promotoras fueron puestas al mismo nivel.

De otra parte, estableció que los Estados estaban obligados a cumplir con los derechos estipulados en esa declaración, hasta el nivel que permitían sus recursos. Este hecho tuvo una especial significación, pues se exigió que los Estados adoptaran todas las medidas que estuvieran a su alcance para la satisfacción de tales garantías. Por tanto, prescribió que el ejercicio de los derechos y la obligación de los Estados de asegurar su cumplimiento, no dependía de la voluntad estatal o de un acuerdo con la comunidad internacional, sino de la movilización de todos los medios legales disponibles para tal propósito. Esto significó que los Estados debían realizar su máximo esfuerzo para cumplir con el objeto de lo pactado.

## **b. La Organización de las Naciones Unidas ONU**

Este instrumento tuvo como objetivo el establecimiento de la cooperación internacional, en la solución de problemas relacionados con factores económicos, sociales, culturales, humanitarios, además de hacer efectivo el desarrollo y estímulo de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin hacer distinción para su aplicación por razones de sexo, raza, idioma o religión.

Los principios que la Organización y sus Estados miembros deben seguir para lograr estos propósitos se estipulan en los artículos 55 y 56 de la Carta. En atención a su importancia para nuestro objeto de su estudio, transcribiremos su contenido *in extenso*:

*“Artículo 55: Con el propósito de crear condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: (a) Niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social; (b) la solución de problemas internacionales de carácter económicos, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y (c) el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades”.||Artículo 56: Todos los miembros se comprometen a adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para la realización de los propósitos consignados en el Artículo 55”*

A pesar que el marco normativo expuesto en el artículo 55 es bastante amplio, las obligaciones que se derivan del mismo son débiles. Esto lo afirmamos porque en el mismo se expone que la “*organización promoverá*”, hecho que de conformidad con los artículos 13 y 60 de ese instrumento internacional, corresponde a la Asamblea General por lo cual sus disposiciones no son vinculantes. En ese sentido, compartimos la interpretación efectuada por (Buergethal, 1989, pág. 4) según la cual “*el ‘compromiso’ de los Estados miembros en virtud del artículo 56, se limita*

también a ‘promover la realización de los propósitos consignados en el artículo 55’. En consecuencia, los Estados no se comprometen a ‘observar’ o ‘respetar’ los derechos humanos mencionados en el párrafo c del artículo 55, ya que asumieron la obligación mucho más vaga y ambigua, de promover ‘el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales... y a la efectividad de tales derechos y libertades’.

A pesar de los problemas estructurales del referido instrumento de derecho internacional, no puede dejar de reconocerse que, si bien las disposiciones que contiene se pueden definir como débiles y vagas, las mismas cumplieron con la función de transformar los derechos humanos en “*un tema de exclusivo interés interno en uno de relevancia internacional*”<sup>14</sup>, permitiendo así lo que se ha denominado una revolución internacional de los derechos humanos” (Shon, 1982, pág. 1). A partir, de la conformación de la ONU y la expedición de su carta constitutiva, se han creado numerosos instrumentos de derecho, que, si bien no pusieron punto final a la vulneración de los derechos que impiden el goce efectivo de la salud, permitieron la creación de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, para la promoción y protección de los derechos humanos (Hannum, 1984)

### **c. La Organización Mundial de la Salud**

Fundada el 7 de abril de 1948, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) se erigió como un organismo adjunto a la ONU. Sus objetivos principales fueron la creación de políticas para el control y prevención de enfermedades infecciosas y epidemias en general. Para la OMS, la salud fue definida como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS, 1948).

Esta definición, es la concreción del proceso iniciado en el siglo XIX para eliminar la perspectiva sectorial biológica del concepto de salud, así como con su definición en contraposición a la presencia de enfermedades. A partir de tal conceptualización, las condiciones para su prestación no cambiaron de manera inmediata, pero se abrió un camino para superar las condiciones que originan enfermedades y se iniciaron programas que aumentaron el bienestar de a la población. Este tipo de políticas nos permiten identificar dos campos de acción presentes en los trabajos realizados por Sigerist en el siglo XX, como lo son la prevención y la promoción de la salud, los cuales, a partir de la definición proferida por la OMS, encontraron sustento legal para su aplicación.

Algunos autores como Waitzkin, exponen que a diferencia de la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS), las pretensiones de la OMS no tenían por objeto la protección del comercio y las transacciones económicas internacionales. Así las cosas, para ese investigador, la OMS cumplió una función claramente humanitaria, dando prioridad a las mejoras en la distribución de servicios de salud con énfasis en la atención primaria. *Estas orientaciones culminaron con la famosa declaración de la OMS sobre la atención primaria en salud, emitida en una conferencia internacional en Alma-Ata, URSS, en 1978, la cual estableció directrices para las acciones posteriores de la OMS y sus filiales.*” (Waitzkin, 2013, pág. 35)

En junio de 1948 fue celebrada la primera Asamblea Mundial de la Salud, en la cual se planteó como principales campos de acción, la lucha contra la desnutrición, el paludismo, la tuberculosis y las enfermedades de transmisión sexual; también se propuso la creación de programas para mejorar la salud de las mujeres en estado de embarazo y el saneamiento ambiental.

---

<sup>14</sup> Para profundizar sobre el tema, véase (Gros, 1985, págs. 18-20)

Desde entonces, la labor de la OMS se ha ampliado para abarcar también problemas sanitarios que ni siquiera se conocían en 1948, incluidas enfermedades relativamente nuevas como el VIH/SIDA. En el mismo año, la OMS asumió la responsabilidad de elaborar la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, que tiene origen en la *Lista Internacional de Causas de Defunción*, de mediados del siglo XIX y en la actualidad se ha convertido en un mecanismo estadístico fundamental para el control de epidemias y enfermedades en general.

Como referimos, uno de los propósitos de las OMS consistió en la ejecución de políticas de atención primaria para el ataque directo de las enfermedades. De hecho, varios programas tenían como propósito la lucha frontal contra epidemias, enfermedades con altos índices de mortalidad y morbilidad. Si bien los objetivos abarcaban iniciativas de promoción y prevención, las estrategias asumidas por la OMS abarcaban varios frentes de acción. Entre las décadas que comprenden los años cincuenta al sesenta, se desarrolló el Programa Mundial de Lucha Contra el Pian, enfermedad que en los años 50s afectaba a cincuenta millones de personas y tenía como consecuencias paralizantes y deformantes en los infectados.<sup>15</sup> También implementó programas para eliminar la Oncocercosis, enfermedad transmitida por medio un insecto que habita en África occidental, el cual puede producir daños graves en el organismo humano como la ceguera. Según cifras de la OMS, la intervención para el tratamiento de esa enfermedad evitó 600.000 casos de ceguera y se libró de la enfermedad a 18 millones de niños; aunado a ello se estimó que miles de agricultores pudieron recuperar 25 millones de hectáreas de tierras ribereñas fértiles que habían sido abandonadas debido al riesgo de infección (OMS, 2006)

En 1975 la OMS introdujo el concepto de medicamento esencial<sup>16</sup> y dos años después creó la primera lista de medicamentos esenciales. En la actualidad, 156 países tienen listas nacionales de esos tipos de medicamentos. Para 1979 esa Organización inició la campaña para la erradicación de la viruela, enfermedad que había matado y lisiado a millones de personas a finales de la década de los años setenta. El 8 de mayo de 1980 en su XXXIII Asamblea aceptó el "*Informe final de la Comisión Global para la certificación de la erradicación de la viruela*", razón por la cual la iniciativa se convirtió en uno de los logros más exitosos de esa Organización. Para 1988, se estableció la Iniciativa de *Erradicación Mundial de la Poliomieltis*. A partir de ese momento y hasta el año 2012, la tasa de reducción de esa patología ha sido del orden del 99%, tomando como criterio comparativo la presencia de casos para finales de la década de los años ochenta, en donde

---

<sup>15</sup> En el marco del programa mundial de lucha contra el Pian, que funcionó plenamente entre 1952 y 1964, se utilizó penicilina de acción prolongada para tratar la enfermedad con una única inyección. En 1965, ese programa había examinado 300 millones de personas en 46 países y había reducido en más de un 95% la prevalencia mundial de la enfermedad. (OMS, 2006)

<sup>16</sup> La lista de medicamentos esenciales es un inventario de medicamentos utilizados en el tratamiento de acuciantes problemas mundiales de salud. Los medicamentos se identifican mediante un proceso basado en pruebas científicas, en cuyo contexto la calidad, seguridad, eficacia y costo eficacia son criterios de selección fundamentales. Una lista modelo, preparada inicialmente por un comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, y revisada cada dos años para que refleje los desafíos sanitarios actuales, proporciona a los Estados Miembros un ejemplo adaptable a sus necesidades nacionales.

La primera lista, confeccionada en 1977, incluía 208 medicamentos esenciales para luchar contra la carga mundial de morbilidad de esa época. En la actualidad, la lista incluye 340 medicamentos para tratar enfermedades prioritarias tales como el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, los trastornos de la salud reproductiva y las cada vez más frecuentes enfermedades crónicas, entre ellas el cáncer y la diabetes. (OMS, 2010)

alcanzó cifras de 350.000 casos anuales<sup>17</sup>. Desde el momento en que se ejecutó tal política, se han aplicado más de 2000 millones de dosis en niños para lograr su inmunización.<sup>18</sup>

Los programas dirigidos a la implementación de políticas para la atención primaria integral se convirtieron en una de las prioridades de la OMS, hecho que repercutió en la adopción de iniciativas para fortalecer el acceso a servicios de salud, especialmente en los países más pobres. Tales medidas propugnaban por una atención desarrollada en tres frentes: la promoción, prevención y atención. Esta determinación pronto se vio obstaculizada por la falta de financiación de sus programas y, ante la aparición de organizaciones y corporaciones de índole privado, se revirtieron los logros obtenidos hasta la visión de salud sectorial del siglo XIX.

Waitzkin afirma que este cambio tuvo fundamento en que a finales de las décadas de los años setenta y principio de los ochenta la OMS entró en un período de crisis financiera, producida por la falta de recursos proporcionados por su órgano directivo. Por posiciones ideológicas divergentes entre la ONU y el gobierno estadounidense en cabeza del presidente Reagan, se retuvieron grandes sumas de dinero destinadas en un principio a las Naciones Unidas. Tal situación tuvo como consecuencia que la ONU empezara a recortar el presupuesto de sus órganos adscritos, entre ellos a la OMS.

Ante esa problemática, el Banco Mundial (en adelante BM) ofreció su apoyo para resolver tal crisis y ante el evidente desmonte de la Organización ocupó el vacío financiero que dejaron algunos países. Así las cosas *"empezó a contribuir con gran parte del presupuesto de la OMS (la porción exacta del presupuesto de la OMS dependiente de la financiación del BM se mantuvo cubierta del escrutinio público). A medida que su base financiera dependía más del BM y menos de la ONU, las políticas de la OMS se transformaron hacia una orientación más parecida a la de las instituciones financieras y los tratados de comercio internacionales."* (Waitzkin, 2013, pág. 36). No obstante, el papel de la OMS en la conceptualización del derecho a la salud y en la pretensión de formar un mundo justo, representa un aporte de la más alta envergadura que sirvió de fundamento para la adopción de políticas internas relacionadas con la concepción de salud desde una perspectiva integral.

Aunque no se tenga certeza respecto a la participación porcentual del Banco Mundial, sobre las contribuciones voluntarias que conforman el presupuesto de la OMS, los datos estadísticos sugieren que la responsabilidad de los Estados por su funcionamiento ha sido desplazada de manera evidente por la iniciativa privada, ya sea bajo el nombre de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, instituciones o corporaciones. Esto, por supuesto, como lo expuso Waitzkin tiene una incidencia determinante en la adopción de los programas por parte de esa organización y explica en parte, porque las políticas de atención integral, se transformaron básicamente en políticas de atención primaria, en las cuales se inyectan grandes sumas de dinero para la compra de medicamentos dejando a un lado los descubrimientos sobre la medicina social efectuados en el siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX, basados en los modelos estadísticos y estudios practicados

---

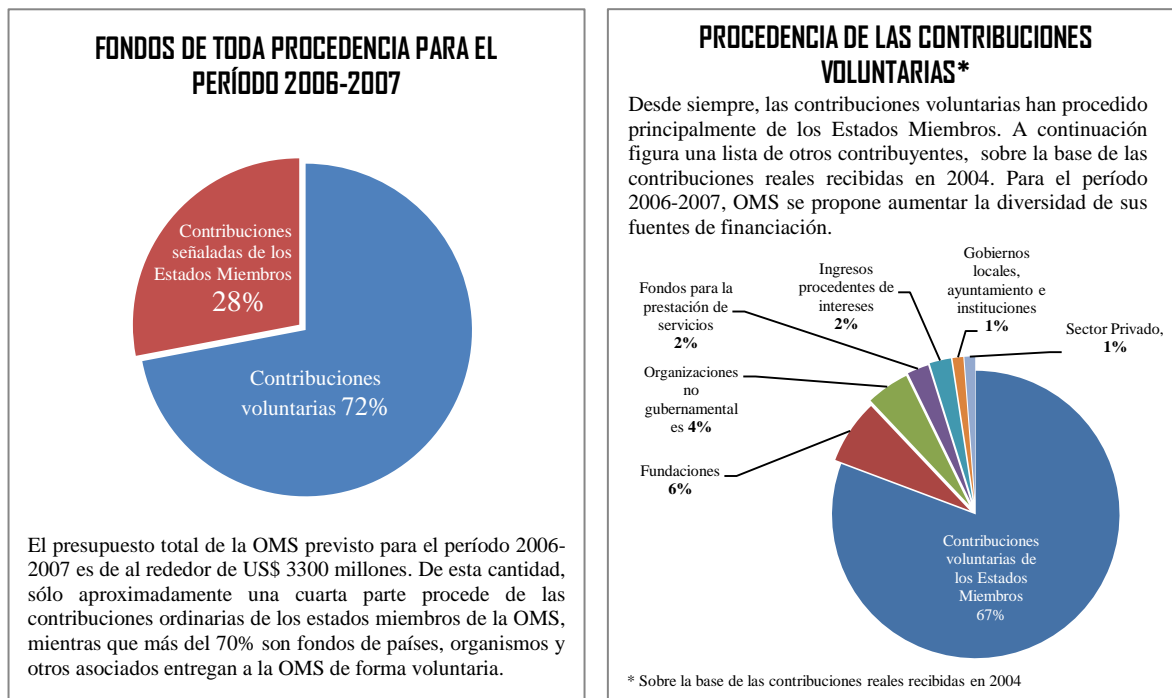
<sup>17</sup>En 2013, la poliomielitis sigue siendo endémica solo en tres países, en comparación con los 125 países endémicos que había en 1988. Esos tres países son el Afganistán, Nigeria y el Pakistán (OMS, 2013)

<sup>18</sup>Según el Informe Trabajar en Pro de la Salud, presentado por la Organización Mundial de la Salud en el año 2006 la OMS expuso que movilizó más de 20 millones de voluntarios y profesionales sanitarios para combatir la poliomielitis. También expuso que, como resultado de su intervención, hoy pueden caminar cinco millones de niños que, de otro modo, habrían quedado parálíticos, y se ha evitado la muerte de más de 1,2 millones de niños.

por Virchow, Engels, Snow, Sigerist, Chadwick, y la pretensión de construir un mundo basado en las “cuatro libertades” como en su momento lo expuesto el presidente Roosevelt.

Con el propósito de sustentar nuestras afirmaciones respecto a la gran participación de las iniciativas privadas, presentamos dos gráficas que ayudan a ilustrar con claridad la situación expuesta.

Figura 1. Procedencia de los fondos para el financiamiento de la OMS en el período 2006 - 2007



Fuente: Organización Mundial de la salud. Informe: Trabajar por la salud. 2006  
ISBN 92 4 356313 0 [http://www.who.int/about/brochure\\_es.pdf](http://www.who.int/about/brochure_es.pdf)

#### d. La Carta Internacional de Derechos Humanos

Como tuvimos oportunidad de observar, la Carta de las Naciones Unidas estableció figuras para la promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales sin definirlos taxativamente o enumerarlos. Con el propósito de superar la falta de fuerza ejecutoria presente en la declaración suscrita en San Francisco en 1945, se encomendó a un organismo adscrito a la ONU la elaboración de propuestas para desarrollar un instrumento de derecho vinculante. En atención a ello, la ONU designó en la Comisión de Derechos Humanos la tarea de redactar una ley de carácter internacional para la observancia de los derechos de los hombres y las mujeres.

La Comisión determinó que, si bien era posible elaborar una declaración de carácter general, resultaría complejo acordar que disposiciones se deberían incorporar en un tratado jurídicamente vinculante. En atención a ello, se ocupó de elaborar, en un primer momento, una declaración de



carácter general, para luego ocuparse de uno o varios proyectos de tratados. Como resultado de ello, se profirió la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948.

A pesar de las garantías expuestas en ese instrumento internacional y de la intención de abordar el problema que implicaba la exigibilidad de las materias anteriormente expuestas en la Carta de las Naciones Unidas de 1945, *“la Asamblea General esperó dieciocho años para suscribir los tratados que actualmente integran la Carta Internacional de Derechos Humanos: los dos Pactos Internacionales de Derechos Humanos y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.”*<sup>19</sup> *Después de ello transcurrieron diez años más para que los dos Pactos entraran en vigencia en 1976. El protocolo Facultativo lo hizo tres años después”* (Buergethal, 1989, pág. 5).

A pesar de ello, consideramos que la Carta constituyó un avance trascendental para la exigibilidad de demandas sociales, aun cuando el tiempo requerido para tal propósito fuera de alrededor de treinta años. El compendio de tratados que la constituyen, no son más que el reflejo de la voluntad política plasmada en disposiciones jurídicas vinculantes que obedecen a un programa de ejecución progresiva de políticas públicas. Aun cuando debido a su carácter declarativo no exista mecanismo legal para hacer efectivo su cumplimiento, los instrumentos jurídicos que emanan de la misma, si tienen tal carácter y actualmente se encuentran inscritos dentro de las constituciones de algunos países como normas de carácter superior, bajo el denominado bloque de constitucionalidad, como es el caso de Colombia. Con el propósito de analizar el contenido de las obligaciones estipuladas en tales mandatos, analizaremos los mismos.

## **d1. La Declaración Universal de Derechos Humanos**

Con relación a la importancia de este instrumento normativo internacional compartimos lo expuesto por (Schwelb, 1964, pág. 37 y ss) pues, si bien la Carta de las Naciones Unidas elevó los derechos humanos al plano internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos se ha convertido en símbolo y piedra angular de la revolución internacional de los derechos humanos.

La Declaración Universal constituyó la primera proclamación completa de derechos del individuo por parte de una organización internacional de carácter mundial. Su importancia jurídica y política aumentó con el transcurrir del tiempo y en la actualidad no existe instrumento de derecho internacional que supere las garantías para la protección de los derechos humanos dispuestas en la misma, razón por la cual es única en su especie. En ella se reconoce que los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, tienen una relación interdependiente, complementaria y sin jerarquía normativa<sup>20</sup> y que los Estados y la comunidad internacional en general se encuentran obligados a buscar, por medio del esfuerzo nacional y la cooperación internacional, la satisfacción los mismos.

---

<sup>19</sup> De conformidad con la Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General de las Naciones Unidas, proferida el 16 de diciembre de 1966. (ONU, 1966 b)

<sup>20</sup> Al respecto véase la Resolución 421E (V) de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 4 de diciembre de 1950 (ONU, 1950)

Con relación al derecho a la salud, el artículo 25 expone<sup>21</sup> que su ejercicio depende del disfrute de otros derechos y que comprende varias facetas como la prestacional, la preventiva y la promocional. También expone que el cumplimiento de los derechos establecidos en la Declaración puede llegar a suspenderse únicamente para asegurar *“el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática”* (artículo 29, párrafo 2), hechos ante los cuales deberá efectuarse un examen juicioso sobre la necesidad, proporcionalidad y justificación de la medida, de conformidad con lo expuesto por (Abramovich & Curtis, 2004).

A pesar que la Declaración Universal no tiene fuerza de ley, debido a que proferida por medio de una resolución<sup>22</sup> de la Asamblea General de la ONU, su gran aporte fue establecer una concepción común de los derechos humanos y de las libertades fundamentales como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse (ONU, 1948). Algunos tratadistas como (Buergethal, 1989) van más lejos al exponer que tal instrumento internacional estableció obligaciones tácitas que ningún gobierno responsable se atrevería a desconocer, pues en la comunidad internacional existe un consenso implícito sobre el carácter obligatorio de su contenido. Así las cosas, en la actualidad, no puede desconocerse tal instrumento jurídico con el pretexto de su falta de ejecutoriedad, pues su contenido obedece a un programa político que ningún Estado se encuentra en capacidad de discutir.

## **d2. Los Pactos Internacionales de Derechos Humanos**

Los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (en adelante PIDCP), y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), fueron aprobados por la Asamblea General de la ONU en diciembre de 1966. Sin embargo, tuvo que transcurrir otro decenio para que el número mínimo de Estados ratificara tales disposiciones y los Pactos entraran en vigor. Esos instrumentos jurídicos tuvieron la pretensión de transformar los principios proclamados en la Declaración Universal, en obligaciones legales con fuerza vinculante. Además, tenían el propósito de establecer un mecanismo internacional para controlar la aplicación de los derechos garantizados en ellos.

Inicialmente la ONU había previsto incorporar los derechos garantizados en los Pactos en un único instrumento. La decisión de elaborar dos tratados, uno para los derechos civiles y políticos, y otro para los derechos económicos, sociales y culturales, se debió en parte a considerar que esas dos categorías de derechos requerían métodos de aplicación muy distintos (Sohn, 1968). Por ejemplo, un Estado parte en el PIDCP debe acatar la total de disposiciones previstas en ese pacto de manera inmediata; situación distinta a la que ocurre con el PIDESC, en la cual se prescribe que la obligación se relaciona con la adopción de medidas, hasta el máximo de recursos que tenga el Estado obligado, para lograr de manera progresiva por medio de todos los mecanismos apropiados e

---

<sup>21</sup> *“1. 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.” 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera del matrimonio, tienen derecho a la igual protección social”.*

<sup>22</sup> (Buergethal, 1989, pág. 6) sostiene que la Asamblea no tuvo intención de que creara obligaciones jurídicamente vinculantes, razón por la cual no profirió un tratado.

inclusive mediante la adopción de leyes, la efectividad de los derechos reconocidos en ese instrumento.

El carácter de derechos progresivos estipulado en el PIDESC se explica, en parte, porque pocos Estados o tal vez ninguno, hubieran podido cumplir de manera inmediata tales obligaciones. Sin embargo, ello no significa que el carácter diferido para el cumplimiento del contenido del Pacto se convierta en una excusa para relevarse de las obligaciones dispuestas en el mismo de manera indefinida.

El mecanismo procedimental para verificar el cumplimiento del PIDESC, consiste en la obligación asumida por los Estados de presentar informes periódicos ante el Consejo Económico y Social de la ONU. De otra parte, la OMS desempeña un papel importante en la protección del derecho a la salud dispuesto en el artículo 12 del PIDESC, debido a que dicho instrumento fue elaborado con colaboración de ese organismo internacional.

Con relación al derecho a la salud, el PIDESC reconoce el derecho a la seguridad social, a la protección de la familia, aun nivel de vida adecuado, a disfrutar del más alto grado posible de salud física y mental. En su artículo 12 se adopta<sup>23</sup> una serie de medidas para reducir el impacto de las enfermedades y la aparición de las mismas por medio de políticas de bienestar. En ese sentido, la lucha contra las enfermedades no se reduce a la atención primaria, a la entrega de medicamentos o a los tratamientos para superar las consecuencias de las mismas, sino a la prevención de las patologías y la creación de condiciones para asegurar la prestación de servicios médicos.

A su vez, el PIDESC contempla la garantía de otros derechos que guardan relación directa con la protección del derecho a la salud, como el derecho al trabajo en condiciones seguras e higiénicas (artículo 7), o la prohibición de emplear menores en trabajos que menoscaben su salud y vayan en contra de sus convicciones morales (artículo 10). Por último, el Pacto también reconoce “*el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia.*” (Artículo 11). A partir de ello, consideramos que el PIDESC constituye un paradigma en la manera como debe abordarse los derechos sociales y en el sentido en el que debe entenderse el carácter programático de la cobertura de demandas sociales relacionadas con temas como salud, ambiente y educación, entre otros. En la actualidad, tal instrumento jurídico cumple con la función de dinamizar las relaciones entre Estado y sociedad civil y su contenido es aplicado directamente al control constitucional de leyes o a situaciones particulares, como en las denominadas acciones de tutela o solicitudes de amparo. Como ejemplo de ello, el Tribunal Constitucional colombiano, ha construido importantes decisiones judiciales, con intervención fuerte en política pública para

---

<sup>23</sup> Artículo 12: “1. 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. || 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (a) La reducción de la mortalidad 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.” (ONU, 1966)

garantizar el contenido de los derechos estipulados en el Pacto y en la superación de violaciones reiteradas y sistemáticas de derechos humanos<sup>24</sup>.

### e. Los convenios de Ginebra de 1949

El convenio para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, denominado *Convenio I, de 1949*, entró en vigor en octubre de 1950. Esta disposición jurídica sustituyó los convenios suscritos el 22 de agosto de 1864, el 6 de julio de 1906 y el 27 de julio de 1929. Por medio de este instrumento se estableció la protección de los combatientes involucrados en conflictos armados de carácter internacional. Entre las garantías contempladas se consagró el derecho irrenunciable a la salud, a partir del establecimiento de mandatos para la atención del personal herido o enfermo en campaña, y la prohibición de atacar establecimientos fijos y unidades sanitarias móviles del Servicio de Sanidad.<sup>25</sup>

De otra parte, el Mejoramiento de las Condiciones de los Heridos, Enfermos y Náufragos de las Fuerzas Armadas en el Mar, denominado *Convenio II de 1949*, entró en vigencia en 1949 y sustituyó el convenio del año 1929 y el de 1906 (suscrito con posterioridad a la guerra entre Rusia y Japón). Tal disposición jurídica estableció mandatos para la protección de los enfermos y heridos en alta mar, así como garantías para el trato para los náufragos. Con el propósito de hacer efectivas sus estipulaciones se estableció la prohibición de capturar buques neutrales y utilizar estos con propósitos militares<sup>26</sup>. En suma, este instrumento trasladó las obligaciones impuestas a los Estados parte en confrontaciones de carácter bélico previstas en el Convenio I, a los enfrentamientos en alta mar.

Las disposiciones relativas al trato debido a los prisioneros de guerra fueron adoptadas por medio del denominado *Convenio III de 1949*, el cual entró en vigencia en octubre de 1950 y reemplazó la regulación sobre la materia efectuada el 27 de julio de 1929. Por medio de este instrumento se impusieron límites al ejercicio de la fuerza impuesta sobre las personas de bandos

---

<sup>24</sup> Con el propósito de profundizar sobre el tema, pueden estudiarse las Sentencias T-025 de 2004 (situación de la población desplazada); T-760 de 2008 (estado de cosas inconstitucionales del derecho a la salud); T-469 de 2013 (prohibición de regresividad en derechos sociales)

<sup>25</sup> Artículo 19: “*Los establecimientos fijos y las unidades sanitarias móviles del Servicio de Sanidad no podrán, en ningún caso, ser objeto de ataques, sino que serán en todo tiempo respetados y protegidos por las Partes en conflicto. Si caen en poder de la Parte adversaria, podrán continuar funcionando mientras la Potencia captora no haya garantizado por sí misma la asistencia necesaria para los heridos y los enfermos alojados en esos establecimientos y unidades.*” // *Las autoridades competentes velarán por que los establecimientos y las unidades sanitarias aquí mencionados estén situados, en la medida de lo posible, de modo que los eventuales ataques contra objetivos militares no puedan ponerlos en peligro.*” (ONU, 1949)

<sup>26</sup> Artículo 22: “*Notificación y protección de los barcos hospitales militares. Los barcos hospitales militares, es decir, los construidos o adaptados por las Potencias especial y únicamente para prestar asistencia a los heridos, a los enfermos y a los náufragos, para atenderlos y para transportarlos, no podrán, en ningún caso, ser atacados ni apresados, sino que serán en todo tiempo respetados y protegidos, a condición de que sus nombres y características hayan sido notificados a las Partes en conflicto diez días antes de su utilización con tal finalidad.*” // *Las características que deberán figurar en la notificación incluirán el tonelaje bruto registrado, la longitud de popa a proa y el número de mástiles y de chimeneas.*” (ONU, 1949 b)

contrarios capturados en combate<sup>27</sup>, estableciendo obligaciones positivas para la protección de los prisioneros, esto es, la atención médica necesaria para salvaguardar su vida, y obligaciones negativas en el sentido de prescribir cualquier atentado contra su integridad física o mental.<sup>28</sup>

A su vez, el Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra denominado *Convenio IV de 1949*, el cual también entró en vigencia el 21 de octubre de 1950, estableció que las personas protegidas<sup>29</sup> y las protegidas inculpadas<sup>30</sup> tenían derecho a recibir tratamiento médico y asistencia hospitalaria por sus captores. De la misma manera, previó disposiciones para el cuidado de la higiene y la asistencia médica<sup>31</sup> y dispuso que en los lugares de reclusión se debían observar principios básicos de derechos humanos. Esto implicó la obligación por parte de los Estados partes de adoptar todas las medidas legislativas necesarias para juzgar penalmente a quienes hubieren cometido, o dado orden de cometer, infracciones graves, como causar deliberadamente grandes sufrimientos o de atentar gravemente contra la integridad física o la salud (ONU, 1949 d). Tales instrumentos son determinantes en el ejercicio de los derechos humanos y en especial en la garantía de la salud pues sensibilizan los conflictos armados y llevan el concepto de dignidad a un nivel superior innegociable, más allá de los intereses que puedan reivindicar las partes inmersas en una confrontación.

## f. La Declaración de los Derechos del niño

Proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1959, la declaración de los derechos de las niñas y los niños, se instituyó como una herramienta para proteger a los menores, quienes por su falta de madurez física y mental, requerían de protección y atención especial por parte de los Estados y de la sociedad civil en general. En ella se reconocieron varios principios con el propósito de garantizar derechos económicos, sociales y culturales.

Con relación al derecho a la salud, el principio número cuarto de la Declaración (ONU, 1959) establece el derecho a disfrutar servicios médicos adecuados, seguridad social, alimentación, vivienda y recreación, estipulando que todo niño y niña tiene el derecho a desarrollarse de manera

---

<sup>27</sup> Artículo 13: “*Los prisioneros de guerra deberán ser tratados humanamente en todas las circunstancias. Está prohibido y será considerado como infracción grave contra el presente Convenio, todo acto ilícito o toda omisión ilícita por parte de la Potencia detenedora, que comporte la muerte o ponga en grave peligro la salud de un prisionero de guerra en su poder. En particular, ningún prisionero de guerra podrá ser sometido a mutilaciones físicas o a experimentos médicos o científicos, sea cual fuere su índole, que no se justifiquen por el tratamiento médico del prisionero concernido, y que no sean por su bien.*” (ONU, 1949 c)

<sup>28</sup> Las obligaciones expuestas se encuentran dispersas en todo el instrumento de derecho, para profundizar sobre el contenido de las mismas, puede estudiarse los artículos 15, 21, 25, 30, 31, 46, 49, 89, 92, 98, 108, 110 y 103, entre otros.

<sup>29</sup> El Artículo 81 establece en su primer inciso: “*Las Partes en conflicto que internen a personas protegidas están obligadas a atender gratuitamente a su manutención y a proporcionarles la asistencia médica que su estado de salud requiera.*” (ONU, 1949 d)

<sup>30</sup> De conformidad con el Artículo 76, las personas protegidas inculpadas quedarán detenidas en el país ocupado y si son condenadas, deberán cumplir allí su castigo. Estarán separadas, si es posible, de los otros detenidos deberá brindársele alimentos y condiciones de higiene para que gocen de un buen estado de salud. Tales condiciones deberán corresponder, como mínimo, a las establecidas para los establecimientos penitenciarios del país ocupado. Ver (ONU, 1949 d)

<sup>31</sup> Ver Capítulo IV, artículos 91 y 92 (ONU, 1949 d)

saludable, proporcionando cuidados especiales para tal fin. Estas disposiciones se complementan con el derecho a recibir educación gratuita, establecido en el principio número siete, el derecho a tener una protección especial para el desarrollo físico, mental y social de conformidad al principio número dos, y el derecho a recibir un trato especial cuando presenten algún tipo de discapacidad mental o física instituido en el principio número cinco.

### **g. Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos**

Adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social el 31 de julio de 1957 y el 13 de mayo de 1977, tenían como propósito establecer conceptos generalmente admitidos en nuestro tiempo y en los elementos esenciales de los sistemas contemporáneos más adecuados, los principios y las reglas de una buena organización penitenciaria y de la práctica relativa al tratamiento de los reclusos.

A partir del establecimiento de reglas básicas para el trato digno de los reclusos, se propendió por garantizar servicios básicos de salud, prestados por personal profesional capacitado para tal propósito. También se adoptaron disposiciones para el tratamiento de mujeres en estado de embarazo, estipulando que los establecimientos penitenciarios debían contar con instalaciones especiales para tal efecto, así como también para las mujeres que estuvieran en período de maternidad.

Aunado a ello, se dispuso la obligación de trasladar a los reclusos enfermos a hospitales civiles, si las circunstancias específicas del caso así lo ameritaban, esto es, cuando el servicio médico al interior del centro de reclusión no cuente con los materiales o instrumentos adecuados para tratar sus problemas de salud. En todo caso, de conformidad con el artículo 22 (ONU, 1955), los centros penitenciarios deben disponer de productos farmacéuticos y contar con profesionales para el tratamiento de enfermedades de carácter físico y mental, e incluso servicio de odontología. También se prescribió sobre la adopción de medidas especiales para evitar enfermedades infectocontagiosas y la presentación de informes por parte del personal médico en los cuales se indique, entre otras cosas, si la salud física o mental ha sido afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de reclusión<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> En el artículo 24 se expone que “El médico deberá examinar a cada recluso tan pronto sea posible después de su ingreso y ulteriormente tan a menudo como sea necesario, en particular para determinar la existencia de una enfermedad física o mental, tomar en su caso las medidas necesarias; asegurar el aislamiento de los reclusos sospechosos de sufrir enfermedades infecciosas o contagiosas; señalar las deficiencias físicas y mentales que puedan constituir un obstáculo para la readaptación, y determinar la capacidad física de cada recluso para el trabajo.”. A su vez, el artículo 25 señala que “El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión.” (ONU, 1955)

## **h. La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.**

Esta disposición fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 21 de diciembre de 1965, y sólo entró en vigor hasta el 4 de enero de 1969, fecha en la cual se alcanzó el número mínimo de ratificaciones por parte de los Estados Partes. En ella, los Estados miembros, además de comprometerse a eliminar las discriminación racial en todas sus formas, a saber, por razones de raza, color, origen nacional o étnico, sexo, religión, etc., se obligaron a tomar medidas para garantizar la igualdad ante la ley (ONU, 1965). La Convención fue consciente que las barreras en el goce efectivo de derechos constituían un impedimento para materializar sus propósitos; a partir de ello, se concentró en la satisfacción de condiciones mínimas para la existencia digna, entre ellas el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Para lograr tales propósitos, prescribió la adopción de medidas para asegurar la protección de grupos históricamente discriminados, concretamente acciones de política social, cultural y económica para lograr la igualdad. Consideramos que este documento, constituye un avance importante en la creación de un derecho a la salud debido a que el establecimiento de condiciones que fomenten la igualdad es un aspecto clave para sus facetas, prestacionales, preventivas y promocionales.

## **i. Convención Americana sobre Derechos Humanos.**

Este instrumento fue adoptado en la ciudad de San José (Costa Rica) el 22 de noviembre de 1969 y en el mismo se puede observar la fuerte influencia de la Declaración de Derechos Humanos de 1948, según la cual el ideal del ser humano libre, exento de temor y miseria, sólo podía lograrse creando condiciones que permitieran a cada mujer y hombre el goce y satisfacción de sus derechos, económicos, sociales y culturales, tanto como sus derechos civiles y políticos.

Tal documento expuso que era necesario adoptar instrumentos de derecho nacional e internacional, para lograr de manera progresiva su efectividad, por medio de los cuales se prescribiera que el derecho a la salud, constituía un límite y a la vez una condición para la materialización de otros derechos. En ese sentido, señaló que suspender el goce efectivo de tales derechos constituía una grave amenaza para el conjunto de derechos, incluso de los denominados derechos civiles y políticos. Así las cosas, ante situaciones extremas, en las cuales se haga necesaria la limitación de los derechos económicos, sociales y culturales, entre los cuales se encuentra la salud, debía argumentarse de manera categórica las razones<sup>33</sup> de esa decisión y adoptar mecanismos para que tal situación no se prolongue de manera indefinida en el tiempo.

Ello conlleva a que las limitaciones anteriormente expuestas sobre el derecho a la salud, sean precisamente eso, una limitación y no un desconocimiento del derecho. He allí donde radica su importancia pues no pueden suspenderse derechos que la Convención estipula como irrenunciables, como los derechos a la vida (artículo 4), a la integridad personal (artículo 5), a la libertad (artículo

---

<sup>33</sup> Para la adopción de tales medidas la Convención en su artículo 29, establece que el Estado sólo puede establecer restricciones al goce y al ejercicio de los derechos contemplados por la Convención, cuando éstas sean conforme a las leyes dictadas por el Congreso de la República, por razones de interés general y con el propósito para el cual han sido establecidas.

6); y los principios de legalidad y prohibición de retroactividad (artículo 9), los derechos de los niños y las niñas (artículo 19) y los derechos políticos (artículo 23) entre otros.

### **j. La Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social**

El 11 de diciembre de 1969, la Asamblea General de las Naciones Unidas se comprometió a la adopción de medidas para promover niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos y condiciones de progreso y desarrollo económico y social, sobre la base del respeto a la dignidad y el valor de la persona humana, y la promoción de derechos humanos y justicia social. Estableció la necesidad de adoptar políticas públicas y la instauración de aparatos estatales especializados para la toma de decisiones estratégicas (ejecución de planes con impacto social para fomentar el desarrollo). La puesta en escena de estos mecanismos no sólo repercutía en sistemas oficiales para la búsqueda del progreso más eficientes, sino en la promoción en investigación social por parte de los gobiernos (ONU, 1969).

La Declaración pretendió que la creación, adopción y ejecución de programas fuera consecuencia de un diálogo entre las instituciones estatales y la sociedad civil (artículos 14 y 15), para la movilización de recursos y el incremento de los mismos de manera progresiva<sup>34</sup>. Estos propósitos debían desarrollarse, a partir de la adopción de medidas administrativas y legislativas que no sólo garantizaran los derechos políticos y civiles, sino la materialización de derechos económicos, sociales y culturales, sobre la base de la participación democrática (artículo 18).

Consideramos que este instrumento jurídico reivindica el derecho a la salud, porque en sus artículos 10 y 11 estipula que deben lograrse sus niveles más altos, de ser posible de manera gratuita, a partir de políticas de protección sanitaria que fomenten el aumento del nivel de vida y el acceso a los servicios de salud para todos los habitantes. A su vez, dispone la obligatoriedad de proteger a la mujer en estado de embarazo y maternidad, el acceso a la educación por parte de los niños, la eliminación del hambre, y la malnutrición, hechos que de conformidad con la mayoría de los instrumentos de derecho analizados, fomenta el progreso y con ello la posibilidad de enfrentar de manera exitosa la presencia de situaciones que ponen en riesgo la salud.

### **k. Declaración de Alma-Ata**

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada del 6 al 12 de septiembre de 1978 por parte de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en adelante UNICEF<sup>35</sup>), con representación de delegados gubernamentales de 134 países en la ciudad de Alma Ata, Kazajistán (miembro de la extinta Unión Soviética), fue determinante en la adopción del concepto de salud como un derecho humano del cual toda mujer y hombre son titulares.

Bajo el lema de “*salud para todos en el año 2000*”, dispuso elementos para garantizar la atención primaria integral en salud, concepto que incorpora múltiples facetas para la garantía de ese derecho, como las prestacionales, preventivas, promocionales. Así las cosas, se expuso que la salud

---

<sup>34</sup> En ese sentido el artículo 27 expone que “*La realización de un desarme general y completo y el encauzamiento de los recursos progresivamente liberados que puedan utilizarse para el progreso económico y social para el bienestar de todos los pueblos, y en particular en beneficio de los países en desarrollo.*”

<sup>35</sup> Las siglas corresponden a su nombre en inglés “*United Nations Children's Fund*”



*es “un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública” (OMS - UNICEF, 1978)*

La referida atención primaria comprende un conjunto de actividades como la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los mecanismos para prevención de las mismas. Para ello, expone la necesidad de proporcionar a las regiones con mayor vulnerabilidad económica, alimentos para una nutrición apropiada, agua potable y saneamiento básico. Aunado a ello, se señaló la importancia de incluir en las políticas salud la asistencia para la planificación familiar y las acciones afirmativas para las mujeres en estado de embarazo y maternidad.

También hace referencia a las acciones para combatir las enfermedades más comunes y la atención de las consecuencias de las mismas, por medio del suministro de medicamentos esenciales. Como parte de una política de atención integral primaria que involucre todos los sectores de la sociedad, es enfática en promocionar la participación y coordinación conjunta de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, como los relacionados con la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas y las comunicaciones, a partir de actividades coordinadas exigían y fomentaban la autorresponsabilidad, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, pues ello generaba un control fiscal continuo sobre los recursos locales y nacionales destinados a mejorar las condiciones que permiten el ejercicio del derecho a la salud (OMS - UNICEF, 1978).

A su vez, se establecen obligaciones en cabeza de los Estados, para llevar los servicios de salud cerca de las poblaciones. De esta manera, se evidenció que no suficiente con instalaciones adecuadas para la prestación del servicio si la población no tiene acceso al mismo. Merece especial consideración, que este instrumento de derecho fuera respetuoso de las prácticas de medicina tradicional e inclusivo con las personas que las realizan.

## **I. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW<sup>36</sup>**

Aprobada el 18 de diciembre de 1979, la Convención además de comprometerse a eliminar la discriminación o exclusión de las mujeres en el goce de los derechos humanos y demás libertades fundamentales, los Estados Partes se comprometieron a lograr, por medio de medidas legislativas, administrativas, o a las que hubiera lugar, el acceso en condiciones de igualdad y gratuidad a los servicios de atención médica integral relacionados con la planificación familiar, los cuidados durante y después del embarazo, y la asistencia en el momento del parto (ONU, 1979).

---

<sup>36</sup> Las siglas corresponden a su nombre en inglés “*Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women*”

### **m. La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos**

Este tratado establece el fundamento jurídico del sistema de derechos humanos de la Organización para la Unidad Africana (en adelante OUA). Aunque fue aprobada en 1981, entró en vigencia hasta 1986, y se distingue del sistema europeo y del americano, porque garantiza derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales en un único instrumento de derecho, aunado a que no sólo protege los derechos de las personas sino también de los pueblos.

No obstante su altruismo, este instrumento resulta insuficiente para proteger los derechos pactados. Esto se debe en parte en la falta de rigor jurídico en muchas de sus prescripciones, hecho que tiene como consecuencia que los obligados incumplan con sus mandatos. De manera concreta, la Carta prevé el establecimiento de una Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos pero no crea un tribunal para estudiar los casos de violaciones de derechos (Gittleman, 1982, pág. 667)

Sin embargo, a pesar de las dificultades expuestas, las disposiciones de la Carta son lo suficientemente amplias como para permitir que la Comisión Africana, si lo considera apropiado, adopte mecanismos innovadores en la promoción de los derechos humanos aún más garantistas que los que podrían adoptarse por medio del PIDCP y del PIDESC (Buergethal, 1989, pág. 12)

En relación con la protección al derecho a la salud, la Carta Africana prescribe en su artículo 16 que *“Toda persona tendrá derecho a disfrutar del mejor estado de salud física y mental que sea posible”* y que los Estados Partes en ese convención deben adoptar las *“medidas necesarias para proteger la salud de sus pueblos y asegurar que reciban atención médica en caso de enfermedad.”* (OUA, 1981). A su vez, el artículo 18 de la Carta prescribe dos disposiciones adicionales sobre el derecho a la salud. En el primer párrafo, establece una obligación en cabeza del Estado de proteger por la salud física y mental de la familia; en tanto que en el párrafo cuarto dispone que, tanto los ancianos, como los impedidos *“tendrán derecho a medidas especiales de protección en consonancia con sus necesidades físicas o morales”*.

### **n. Observación General Número 6, sobre el derecho a la vida, 1982.**

En este instrumento el Comité de Derechos Humanos de la ONU, reiteró la relación de interdependencia de los derechos a la salud y la vida. De esta manera, se entendió que como el derecho a la vida es inherente a las personas no puede ejercerse el mismo sin el mejoramiento de las condiciones que permiten tener una salud adecuada. Así las cosas, señaló que los Estados estaban en la obligación de adoptar medidas positivas para disminuir la mortalidad infantil y los índices de morbilidad, para aumentar su expectativa de vida en condiciones dignas (ONU, 1982).

**o. Los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982)**

Este instrumento fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1982 y por medio del mismo se estableció que el personal médico tenía la obligación de prestar servicios de salud a las personas privadas de la libertad bajo la observancia de parámetros éticos.

Entre sus principales disposiciones observamos la prohibición de utilizar el conocimiento médico para la práctica de interrogatorios o torturas aún con consentimiento de la persona. También se estableció un límite a la relación del personal médico con los pacientes y se prohibió mantener cualquier trato profesional con propósitos distintos al tratamiento de las enfermedades o mejorar las condiciones de salud con los presos (ONU, 1982).

Finalmente, se dispuso que tales derechos no podían suspenderse bajo ningún tipo de situación, inclusive en casos de emergencia pública, razón por la cual puede predicarse que la responsabilidad por la inobservancia de estos principios es objetiva.

**p. Carta de Ottawa**

El 21 de noviembre de 1986 se celebró la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, en la ciudad de Ottawa, Canadá, con la asistencia de 112 delegados de 38 países. En este instrumento se definieron cinco puntos importantes para la protección del derecho a la salud. El primero de ellos, hace referencia a la necesidad de elaborar políticas públicas coordinadas para su promoción, las cuales deben consistir en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, el cual guarda una relación directa con el segundo principio, que expone la urgencia de adoptar mecanismos para la conformación de entornos y condiciones saludables, esto es, que el Estado proporcione paz, vivienda, educación, alimentación, renta, recursos sostenibles, justicia social y equidad (Mittelbrunn, 2008, pág. 4)

El tercer principio, señala importancia de fomentar el diálogo entre los diferentes niveles de la administración y de la sociedad en general para fomentar acciones colectivas, a partir de los parámetros expuestos en la Declaración de ALMA ATA<sup>37</sup>. El cuarto asunto, hace referencia a la capacitación de las personas para el cuidado propio de la salud y el de la comunidad bajo el principio de cooperación. Finalmente, se expone que todas las disposiciones que se ejecuten para la prestación de los servicios de salud deben tener como propósito el servicio a la comunidad (OMS, 1986).

---

<sup>37</sup> Al respecto (Mittelbrunn, 2008, pág. 4), expone que “*La fuerza motriz de la promoción debe ser la participación comunitaria en la toma de decisiones para la planificación y para la acción. Aunque la comunicación tiene una importancia decisiva, el desarrollo de políticas de promoción de la salud requiere combinar medidas legislativas, fiscales, tributarias y organizativas.*”

**q. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador de 1988.**<sup>38</sup>

Las motivaciones que originaron la adopción de este instrumento de derecho son varias. Para propósitos de nuestra investigación basta exponer que se evidenció la necesidad de reafirmar, desarrollar, proteger y perfeccionar los derechos económicos, sociales y culturales<sup>39</sup>, como la salud. Mediante el Protocolo de San Salvador los Estados americanos se comprometieron, a disponer del máximo sus recursos para garantizar de manera progresiva el goce y disfrute de los derechos dispuestos en ese instrumento.

Por otra parte, se estipuló que la manera para lograr esos propósitos, era la adopción de disposiciones legales al interior de los países, en donde debería primar el objetivo de brindar condiciones de bienestar para el desarrollo de derechos. Concretamente, se propuso que los países presentaran informes periódicos en los cuales expusieran los principales logros o dificultades para alcanzar las metas propuestas.

En el artículo 10 se expone que el derecho a la salud debe entenderse como el bienestar físico, mental y social, llevado a un nivel superior, hasta el máximo de las posibilidades que el Estado tenga para proporcionarlo. A partir de ello, se expuso que su reconocimiento comprendía la atención primaria, cobertura y acceso a servicios médicos, vacunación, prevención contra enfermedades y acciones afirmativas para grupos vulnerables.<sup>40</sup>

De la misma manera, se protegieron otros derechos que guardan una relación armónica e interdependiente con el derecho a la salud. Así, por ejemplo, se garantizó el derecho al trabajo toda vez que se observaran condiciones higiene que no pusiera en riesgo el estado de salud (artículo 7), el derecho a la seguridad social y las respectivas prestaciones que se derivan del mismo, como la

---

<sup>38</sup> Adoptado el 17 de noviembre de 1988. Entró en vigor el 16 de noviembre de 1999.

<sup>39</sup> *Conforme al sistema establecido por el artículo 1º de la Convención, el destinatario de la protección internacional es la persona, entendiéndose por tal a todo ser humano. Al respecto la Comisión nuevamente desea insistir que los derechos que habrían de garantizarse por medio del Protocolo Adicional son atributos de la persona humana por su calidad de tal y por lo tanto ellos no pueden ser considerados como el resultado aleatorio del éxito de determinadas políticas económicas o sociales. Como derechos humanos que son, los derechos económicos, sociales y culturales son, pues, imperativos exigibles y no metas de desarrollo simplemente deseables.*

<sup>40</sup> Artículo 10: "1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables." (OEA, 1988)

atención médica, las pensiones por riesgo (enfermedades profesionales o accidentes laborales, la licencia de maternidad, el derecho a un ambiente sano, y a la alimentación adecuada<sup>41</sup>.

#### **r. La Declaración y Programa de acción de Viena**

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos, adoptada en la ciudad de Viena el 25 de junio de 1993, determinó que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes, además de estar relacionados entre sí. Llama la atención que este instrumento reconozca de manera específica el derecho a las mujeres de disfrutar el más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida, y el acceso a la más amplia gama de servicios de planificación familiar (ONU, 1993). A partir de ello, consideramos que este instrumento jurídico es relevante para la protección del derecho a la salud y en general de los denominados derechos sociales, porque finaliza con la discusión relativa a la prevalencia de los derechos consagrados en el PIDCP sobre los consagrados en el PIDESC y aborda las obligaciones contenidas en los mismos como interdependientes, con lo cual se abre un importante camino en la comunidad internacional para la conceptualización integral de los derechos humanos.

#### **s. Observaciones Generales realizadas por el PIDESC.**

Son de diversa índole las observaciones realizadas por el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales para el cumplimiento de las disposiciones consignadas en el PIDESC; en ellas se evidencian diversas preocupaciones o falencias para la consecución de los objetivos propuestos en el Pacto. Por ejemplo la Observación General Número 1 de 1989 (reemplazada en parte por la Observación General Número 40 de 2002), señaló que la presentación de informes sobre el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el PIDESC, no constituían un requisito formal para satisfacer la exigencias del Comité, sino un instrumento para evaluar los principales avances respecto de la protección de derechos humanos (OG. No 1. ONU, 1989).

Aunado a ello, la observación referenciada establece el deber de los Estados de adoptar mecanismos para que la legislación nacional armonice con los contenidos del Pacto, además de prescribir la obligación de presentar informes cualitativos y cuantitativos sobre la adopción de políticas para garantizar los derechos establecidos en el PIDESC, que expongan los principales logros y retrocesos en la materia.

Por su parte, la Observación General Número 4 proferida en 1991 (principios garantizar el derecho a una vivienda adecuada) señala que las viviendas deben tener servicios indispensables para la salud y estar en un lugar que permita el acceso oportuno a servicios para la atención oportuna de la misma (OG. No. 4. ONU, 1991). A su vez, la Observación General Número 5 (derechos de las personas en condición de discapacidad) afirma que el derecho a la salud implica el acceso a elementos que promuevan su integración social para alcanzar un nivel óptimo de autonomía (OG. No. 5. ONU, 1994).

En el mismo sentido, la Observación General Número 6, analiza las observaciones efectuadas en el Plan de Acción de Viena sobre el envejecimiento, a partir de las cuales se proporcionaron

---

<sup>41</sup>Artículo 12: “*Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual*”(OEA, 1988)

elementos para la adopción de políticas sanitarias encaminadas a la protección de ese grupo poblacional previniendo enfermedades crónicas y degenerativas. Para el cumplimiento de ese propósito, se propuso promocionar estilos de vida saludables, fomentando una adecuada alimentación, la práctica de ejercicio, y advirtiendo sobre los problemas que generaban el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaco (OG. No. 6. ONU, 1995).

Ahora bien, sin pretender desconocer la importancia de las diferentes Observaciones realizadas por el Comité, no hay duda alguna sobre la importancia, determinante a nuestro parecer, de la número catorce proferida el año 2000, sobre *el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. En ese instrumento, se expone que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, el cual tiene una relación de indivisibilidad e interdependencia con otros derechos.

Al respecto la Observación destaca que los derechos a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación, son elementos que permite el goce y satisfacción del derecho a la salud. De la misma manera, reitera que ese derecho ha sido ampliamente reconocido en tratados, convenciones, declaraciones y resoluciones internacionales y regionales sobre derechos humanos.

A su vez, añade que el derecho a la salud comprende los aspectos físicos y biológicos, así como los económicos, sociales y culturales, razón por la cual el disfrute de tal derecho debe comprender una serie de prestaciones que tengan incidencia en cada uno de ellos. Por tanto, el acceso al agua potable, a la vivienda, alimentación adecuada, saneamiento, ambiente sano y vestuario, entre otros, son elementos importantes para garantizar su cumplimiento.

Como parte del programa de seguimiento a las disposiciones del PIDESC, la Observación General No. 14, señala que el cumplimiento de las metas propuestas depende de la creación de condiciones para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud. Estas, a su vez, comprenden varias dimensiones, por ejemplo, respecto a la disponibilidad debe entenderse que el servicio médico debe contar con establecimientos, bienes, centros de atención en salud, programas de promoción y prevención, etc. Respecto a la accesibilidad, el Estado se encuentra en el deber de llegar a las poblaciones vulnerables, sin discriminación alguna, sin imponer barreras geográficas o económicas para la prestación; ello por supuesto implica que los gobiernos informen a la población en general sobre sus derechos y como acceder sin dilaciones burocráticas a los servicios de salud.

A su vez, cuando se expone acerca de la aceptabilidad, se está haciendo referencia a la obligación impuesta al personal médico y a los órganos encargados de diseñar y ejecutar políticas públicas, que sean respetuosos de los diversas prácticas, usos, conceptos, cosmovisiones y manejo de la enfermedad, que se producen al interior de la sociedad desde otros contextos, como el campesino y el indígena, entre otros. Finalmente, cuando se asevera que los servicios de salud deben ser de calidad, ello implica que deben ser eficientes, eficaces, respetuosos del paciente, culturalmente aceptables, etc.

No obstante, si el Estado no se encuentra en capacidad de brindar un servicio de salud que cumpla con las exigencias expuestas, la Observación expone que deberá adoptar medidas para garantizar las mismas, las cuales deberán ser concretas y con vocación de cumplimiento, esto es, que no tengan un carácter indefinido en el tiempo o un discurso retórico sino un objetivo real que obligue al Estado a movilizar la mayor cantidad de recursos económicos y humanos que disponga.

Estos mandatos no tienen origen exclusivo en la Observación General No. 14, pues han sido trabajados bajo el concepto de *progresividad de los derechos sociales* en diferentes instrumentos de derecho que desarrollan los mandatos expuestos en el PIDESC, así como también por autores especializados en la materia. Frente a este punto, es importante retomar los aportes realizados por (Abramovich & Courtis, 2004), al exponer que la noción de progresividad abarca dos sentidos complementarios: i) el reconocimiento de que la satisfacción plena de que los derechos establecidos en el Pacto supone una cierta gradualidad y, ii) que la noción de gradualidad implique el sentido del progreso.

Respecto al primero, señalan que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales expresó en su Observación General No. 3, "*La índole de las obligaciones de los Estados Partes*" que el concepto de realización progresiva no es más que el reconocimiento por parte de los Estados, de sus limitaciones para la realización de los derechos económicos, sociales y culturales en el corto plazo. En ese sentido, consideran que la obligación difiere significativamente de la contenida en el artículo 2º del PIDCP, que como tuvimos oportunidad de estudiar contiene obligaciones de inmediato cumplimiento.

No obstante, para estos autores, la complejidad que conlleva el cumplimiento de los derechos estipulados en PIDESC en un corto período de tiempo, no puede constituirse en óbice para que los Estados se releven de tales obligaciones. Por ello, el concepto de *progresividad* debe entenderse como un objetivo general que constituye la *raison d'être* del Pacto, es decir, el establecimiento de las obligaciones claras a los Estados Partes al respecto de la plena realización de los derechos en cuestión, el cual impone la obligación de moverse tan rápida y efectivamente como sea posible hacia la meta.

En relación al segundo, esto es, que *la noción de igualdad implique el sentido de progreso*, los autores citados exponen que ello se traduce en "*mejorar las condiciones de goce y ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales.*" (Abramovich & Courtis, 2004, pág. 93). De otra parte, el Comité expone que las medidas que los Estados adopten con el propósito de garantizar los Derechos Económicos, Sociales y Culturales deben ser "*deliberadas, concretas y orientadas hacia el cumplimiento de las obligaciones reconocidas en el pacto*" (OG. No. 3. ONU, 1990).

Ahora bien, si las disposiciones del PIDESC y el análisis propuesto respecto a su artículo doce relativo a la salud, por medio de la Observación General N°14 propenden por un mejoramiento de las condiciones de salud y el establecimiento progresivo de garantías para el goce y disfrute efectivo del derecho a la salud, mal haría un Estado en adoptar medidas que impliquen retrocesos en el grado de protección alcanzada en esa materia. Por consiguiente, el Comité censura adoptar disposiciones *deliberadamente regresivas* en cuanto a la plena realización del derecho a la salud, salvo que se demuestre que se optó por ellas "*tras el examen más exhaustivo de todas las alternativas posibles y que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto en relación con la plena utilización de los recursos máximos disponibles del Estado Parte*".

De conformidad con lo expuesto, cuando el Estado se obliga a mejorar la situación de estos derechos "*simultáneamente asume la prohibición de reducir los niveles de protección de los derechos vigentes, o, en su caso, de derogar los derechos ya existentes*" (Abramovich & Courtis, 2004, pág. 94). Por esa razón, se concluye que la obligación asumida por el Estado respecto a los derechos sociales está sometida a un mandato de permanente ampliación en el grado de protección, de manera que la derogación o reducción de los derechos vigentes contradice claramente el compromiso internacional asumido.

En la misma línea argumentativa, pueden encontrarse otros mecanismos de derecho internacional que han respondido a la misma problemática como el caso de los Principios de Maastricht. Estos, consideran violatorias de los derechos económicos, sociales y culturales “*la derogación o suspensión de la legislación necesaria para el goce continuo de un derecho económico, social y cultural del que ya se goza*” (principio 14, a) “*la adopción de legislación o de políticas manifiestamente incompatibles con obligaciones legales preexistentes relativas a esos derechos, salvo que su propósito y efecto sean el de aumentar la igualdad y mejorar la realización de los derechos económicos, sociales y culturales para los grupos más vulnerables*” (principio 14, d) y “*la adopción de cualquier medida deliberadamente regresiva que reduzca el alcance en el que se garantiza el derecho*” (principio 14, e).

Estos postulados se aplican también al derecho a la salud, esto es, que sobre el mismo recae la prohibición de regresividad, razón por la cual adoptar normas que deroguen o reduzcan su nivel de protección no está permitido en un primer momento. Consideramos que es importante efectuar esta aclaración porque tal restricción no es de carácter absoluto. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, en la citada Observación General No. 3 adujo que “*cualquier medida deliberadamente regresiva al respecto requerirá la más cuidadosa consideración y deberá ser justificada plenamente por referencia a la totalidad de derechos previstos en el Pacto y en el contexto de aprovechamiento pleno del máximo de recursos de que se dispone*”.

De esta manera, es posible adoptar medidas regresivas respecto a derechos denominados, económicos, sociales y culturales, entre los cuales han clasificado la salud, pero *bajo la más cuidadosa consideración* para garantizar la totalidad de derechos previstos en el PIDESC. No obstante, como es natural, han surgido las más diversas dudas respecto a los criterios a tener en cuenta para justificar la adopción de medidas regresivas. La doctrina especializada se ha ocupado de estas situaciones y en la actualidad hay un consenso académico al respecto, el cual (Abramovich & Courtis, 2004) han abordado con suficiencia, en nuestro concepto.

El primero de los criterios que debe surtir, es el relativo a la razonabilidad. En el cual se analiza que “*la especie legal*” no sea directamente contraria al “*genero constitucional*”, esto es, que no viole el principio de subsunción<sup>42</sup>, pulverizando, desnaturalizando o destruyendo la esencia del derecho que reglamenta, o reconociéndolo más allá de los límites de su definición de un modo exorbitante, afectando así otros derechos constitucionales.

Un segundo punto es que la restricción de los derechos y téngase en cuenta que no hablamos de suspensión, la cual no está permitida, tenga fundamento en “*hechos o circunstancias sociales que le han dado origen y por los fines lícitos perseguidos por la norma*” (Abramovich & Courtis, 2004, pág. 100). Así las cosas, la restricción tiene como propósito tutelar intereses generales superiores a los derechos individuales sin que ello implique el desconocimiento de los mismos o se utilice al ser humano como un medio para lograr fines mayores. Ello también tiene sustento en el artículo 4° del PIDESC, según el cual los derechos consignados en el Pacto podrán limitarse únicamente para promover el bienestar general de una sociedad democrática.

Finalmente, deberá demostrarse que la medida guarda una relación de proporcionalidad entre las restricciones, los antecedentes y fines. Esto implica, que la adopción de disposiciones regresivas

---

<sup>42</sup>Esto es que debe preservar el contenido mínimo del derecho que pretende limitar, con el propósito de preservar el núcleo de garantías que protege el mismo.



sólo se encuentra justificada si se garantiza que (i) con ello se protegen los derechos limitados; y (ii) que la sociedad se encuentra en condiciones para soportar tales impactos.

Estos postulados constituyen mandatos de obligatorio cumplimiento que los Estados Parte están en la obligación de observar. Llama nuestra atención como en el caso colombiano la Corte Constitucional en Sentencia T-469 de 2013, efectuó un estudio juicioso sobre estas disposiciones, al analizar si el legislador había incurrido en una falta por el hecho de no prorrogar una pensión de invalidez para víctimas del conflicto armado interno. En aquella oportunidad se expuso que debido a que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas, estableció las condiciones y contenido de la posible justificación para la adopción de medidas regresivas, las mismas debieron ser justificadas plenamente por *“referencia a la totalidad de los derechos previstos en el Pacto y en el contexto del aprovechamiento pleno del máximo de los recursos de que se dispone”* (OG No. 3, punto 9; OG No. 13, punto 45; OG No. 14, punto 329).

De esta manera, el referido Tribunal expuso que el Estado sólo podía justificar la regresividad de una medida demostrando: *a) que la legislación que propone, pese a implicar retrocesos en algún derecho, implica un avance teniendo en cuenta la totalidad de los derechos previstos en el Pacto, y b) que ha empleado todos los recursos de los que dispone, y que aun así, necesita acudir a ella para proteger los demás derechos del Pacto. Estas limitaciones resultan sumamente importantes, puesto que el Estado no puede utilizar argumentos generales de política pública, disciplina fiscal o referirse a otros logros financieros o económicos, sino que debe señalar concretamente que otros derechos previstos en el Pacto (es decir, derechos económicos, sociales y culturales, y no cualquier otro derecho) se vieron favorecidos por la medida* (Corte Constitucional Colombia. Sentencia T-469, 2013)

Al respecto, concluyó que la restricción de un determinado derecho significa una limitación del alcance y contenido del mismo, pero no su suspensión. En ese sentido, expuso que si bien las medidas regresivas pretenden disminuir la órbita de protección de un derecho, ello no implica acabar con su contenido básico. Así las cosas, la adopción de medidas normativas que *“empeoren la situación de goce de derechos del Pacto hasta el punto de excluir a personas del acceso al contenido mínimo esencial de esos derechos siempre constituye una violación del Pacto, sin que pueda ser justificado por el Estado”*.

Ahora bien, a pesar que las obligaciones estudiadas con anterioridad tengan un mandato expreso de *no hacer*, ello no quiere significar que el Pacto imponga de manera exclusiva obligaciones de carácter negativo. Las disposiciones contenidas en el PIDESC (de manera concreta, en sus observaciones generales) establecen que respecto al derecho a la salud los Estados deben observar tres tipos de mandatos: Respetar, Proteger y, Garantizar, los cuales estudiaremos a continuación.

Respecto a la obligación de *respetar* la Observación General analizada expone que los Estados deben abstenerse de denegar o limitar que las personas accedan, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos, así como imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud. De la misma manera, señala que las obligaciones de respetar *incluyen “la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.”* (OG. No. 14. ONU, 2000)

En relación al mandato de *proteger*, se establece que los Estados deben adoptar medidas para que la entrada en escena de prestadores de servicios no amenace la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud. De la misma manera, se impone al Estado la obligación de vigilar la comercialización de medicamentos y equipos médicos, así como del personal que trabaje en el área de la salud. Finalmente, agrega que los gobiernos tienen el deber de adoptar mecanismos para que las personas tengan acceso a sistemas de información sobre los servicios de salud.

A su vez, la orden de *cumplir*, tiene como propósito que los Estados se comprometan a adoptar los mecanismos legales necesarios, así como al diseño y ejecución de políticas públicas para garantizar el derecho a la salud. De conformidad con la (OG. No. 14. ONU, 2000), este mandato se divide en dos premisas correlativas: (i) la obligación facilitar y; la obligación de promover.

La primera de ellas (facilitar), requiere que los Estados adopten medidas positivas que “*permitan y ayuden a los particulares y las comunidades disfrutar del derecho a la salud*”. Asimismo deben crear las condiciones para que todas las personas sin distinción alguna puedan ejercer sus derechos, esto es, que los “particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.”

Con relación a la segunda (promover), los Estados se encuentran obligados a diseñar, ejecutar y evaluar proyectos para mantener, restablecer y promocionar la salud de la población. Para poder lograr estos objetivos el Comité expone que debe evidenciarse y fomentar los factores que contribuyan a lograr resultados positivos en materia de salud, por ejemplo, debería otorgarse incentivos a los investigadores. También, señala que toda política de salud debe ser respetuosa de las condiciones de vida de los grupos vulnerables o marginados, esto es, ser vinculante y aceptar a esos grupos como interlocutores válidos. Por último, afirmar que el Estado debe promocionar estilos de vida sanos, brindar información sobre los efectos negativos de determinadas prácticas sobre la salud y promover la adopción de decisiones autónomas por parte de los individuos para mejorar su calidad de vida.

En síntesis, la exigibilidad del derecho a la salud implica la adopción de medidas inmediatas hasta el máximo de los recursos que dispongan los Estados y aunque su carácter sea programático, ello no puede erigirse en óbice para que su cumplimiento se prolongue en el tiempo de manera indefinida. En el mismo sentido, podemos concluir que los instrumentos de derecho internacional analizados, constituyen una herramienta importante para la reivindicación del derecho a la salud. Consideramos que a partir de los mismos, se desarrollaron bases fuertes para conceptualizar el derecho a la salud desde una perspectiva garante de los derechos de los más necesitados, la cual lo define como un derecho humano fundamental.

Aunque somos conscientes que el discurso de los derechos humanos<sup>43</sup> presenta muchas dificultades, debido a que el mismo ha sido implementado en ocasiones para ejercer la dominación

---

<sup>43</sup> Compartimos la definición de Derechos Humanos expuesta por el profesor Gregorio Mesa Cuadros según la cual éstos pueden entenderse de manera genérica “*como un conjunto de dinámico de acciones-reacciones sociales y culturales surgidas de contextos concretos y precisos de relaciones que pretenden irrigarse por todo el globo desde hace ya más de cinco siglos, las cuales incorporan pautas,*

e imponer lógicas de pensamiento sobre aquellos que piensan, sienten y ven el mundo desde otras miradas, no podemos desconocer que este lugar del universo es mucho mejor con esa clase de derechos que sin ellos.

Así las cosas, seguimos a (Mesa Cuadros, 2007, pág. 42) quien define los derechos humanos como *“categorías situadas culturalmente, que a pesar de que en ocasiones haya servido como discurso y acción legitimadora de esquemas de relación dominantes, son sobre todo y a la vez deberían servir (como han servido) como discurso y acción emancipadora y liberadora contra las diversas hegemonías impuestas por el capital, el neoliberalismo y el universalismo abstracto forjador de colonialismos e imperialismos.”*

De esta manera, concluimos nuestro análisis sobre los principales instrumentos de derecho internacional, que a nuestro juicio constituyen insumos importantes para la conceptualización del derecho a la salud. A continuación, analizaremos otros elementos que no pueden ser dejados de lado, por ser determinantes para entender el estadio actual de ese derecho.



### 3. Discursos en el contexto de la formulación del concepto de derecho a la salud

Aunque nuestra confianza en el Derecho como un medio de transformación social nos lleve, en ocasiones, a atribuirle poderes que no tiene, es imposible explicar cómo los diferentes instrumentos jurídicos analizados con anterioridad, incorporaron garantías para la protección del derecho a la salud de manera gradual, sin focalizar tales avances en contextos históricos específicos, y muchas veces como consecuencia de las luchas generadas en los mismos.

Empezaremos por exponer que Salvador Allende no sólo fue un reconocido político chileno, sino un defensor consagrado del derecho a la salud, razón por la cual consideramos que el hecho de no exponer sus avances para la consolidación de ese derecho, no sólo constituye una omisión imperdonable en el debate académico, sino un agravio mayor a la ya lastimada memoria colectiva.

Allende reconoció que gran parte de los problemas de la población chilena tenían como fundamento las condiciones políticas y económicas del país. Como miembro del gobierno del Frente Popular en 1939 en el cargo de Ministro de Salud, presentó un análisis de las relaciones entre economía política, enfermedad y sufrimiento en su libro *La realidad médico-social chilena*. En el mismo se expuso que la enfermedad era un trastorno del individuo que muchas veces era causado por condiciones sociales precarias, fomentadas por las corporaciones multinacionales que para lograr que sus empresas ganaran grandes cantidades de dinero, empeoraban las situaciones de los trabajadores en quienes no veían personas sino mano de obra barata.

Al respecto señaló que a las empresas capitalistas *“no les inquieta que haya una población de trabajadores que viva en condiciones deplorables, que esté en riesgo de ser consumida por las enfermedades o que vegete en el obscurantismo [...] [Sin] el auge económico [...] es imposible edificar algo serio desde el punto de vista de la higiene y la medicina [...] porque es imposible dar salud y conocimiento a un pueblo que se alimenta mal, que viste andrajos y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación.”* (Allende, 1939, pág. 86)

Así las cosas, sugirió el cambio social como una herramienta para lograr superar problemas de salud. Por ejemplo, sostuvo la hipótesis que los bajos salarios eran un factor determinante en la salud de los trabajadores, adoptando los mismos argumentos que en antaño plantearon Virchow y Engels al respecto. Muchas de sus observaciones político-económicas anticiparon preocupaciones posteriores, como las diferencias salariales entre hombres y mujeres, el impacto de la inflación sobre la economía y las consecuencias negativas de un ingreso de subsistencia básica bajo la forma de subsidios. De la misma manera. Demostró que las tasas elevadas de mortalidad infantil, las deformidades óseas, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas tenían origen en una alimentación inadecuada (Waitzkin, 2013, págs. 49-50)

Aunado a ello, observó que Chile presentaba una de las tasas más altas de habitantes por estructura residencial en el mundo y que el hacinamiento, la malnutrición y, las precarias condiciones higiénicas, tenían como común denominador el originarse en el subdesarrollo político-económico. Llama nuestra atención los primeros estudios que efectuó sobre el aborto ilegal, en los cuales expuso que alrededor del 30% de las muertes generadas en las áreas de ginecología de los hospitales de ese país, eran producto de abortos y complicaciones de estos. Con relación a ello,

afirmó que *“Son cientos de madres obreras, las que angustiadas por la escasez de sus salarios se provocan abortos, a fin de evitar que un nuevo hijo merme sus ya insignificantes recursos. Cientos de madres obreras pierden sus vidas, impulsadas por su angustiada realidad económica”* (Allende, 1939, pág. 105)

Para resolver estos problemas estructurales, Allende propuso reformas que consideraba precondiciones para un sistema de salud efectivo. Su consecución dependía de cambios profundos en las estructuras financieras, productivas y económicas. Como primera medida propuso una redistribución de la riqueza a partir del aumento de salarios; también sugirió disposiciones para efectuar una reforma agraria que hiciera productiva la tierra para gran parte de la población, acabando los problemas de pobreza, mala alimentación y falta de vivienda, entre otros. Consideró que la solución de tales situaciones propiciaría un clima económico-social propicio para mejorar las condiciones de salud, pues se erradicarían las principales causas que fomentaban la enfermedad.

La influencia que ejerció Allende en la medicina social, fue de un impacto considerable. Sus propuestas que fueron implementadas en un primer momento en Chile cuando ejerció la presidencia<sup>44</sup>, han sido ejemplo para la implantación de modelos de salud pública en América Latina. Su forma de pensar la salud, como en perspectiva social y ambiental fue recogida por instrumentos de Derecho de diversas latitudes que, aunque no hagan un reconocimiento expreso de ello, retomaron muchos de sus postulados al igual que los expuestos por Chadwick, Engels, Sandler, Snow y Virchow, entre otros.

Vale la pena recordar también el trabajo de Ernesto *“el Che”* Guevara, quien estudió medicina con especialización en enfermedades alérgicas. Con posterioridad a la culminación de sus estudios decidió recorrer América del Sur en su motocicleta, viaje que le produjo un gran impacto emocional pues fue testigo de los problemas y el sufrimiento creados por la pobreza. A diferencia de Allende optó por el camino revolucionario como camino para mejorar las condiciones de salud de su pueblo.

Diversos y de variada índole fueron sus discursos sobre la medicina revolucionaria. Para *el Che* las personas que trabajaran en el campo de la salud debían comprender el origen social de la enfermedad y la necesidad de un cambio en la estructura política, económica y social para mejorar las condiciones de salud. Al respecto, expuso que las enfermedades no requerían, en todos los casos, ser tratadas de conformidad a los procedimientos efectuados en los hospitales de las grandes ciudades; que el médico también debía conocer de agricultura para aconsejar a los pacientes sobre los alimentos que debían consumir y sembrar para diversificar su dieta que en muchas ocasiones era limitada y pobre<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Al respecto (Waitzkin, 2013, pág. 272), expone que la carrera política de Allende le permitió impulsar y efectuar varias reformas al sistema de salud en Chile. Como senador electo, a principio de la década de los cincuenta, Allende introdujo la legislación que creó el Servicio Nacional de Salud Chilena, el primer programa nacional en las Américas que garantizó acceso universal a tales servicios; vinculó esta reforma a otros proyectos que intentaban alcanzar una redistribución del ingreso más equitativa, seguridad laboral, vivienda y nutrición mejoradas, y un papel menos dominante para las corporaciones multinacionales en Chile. De forma similar, como senador durante los años sesenta y como presidente electo entre 1970 y 1973, Allende buscó reformas en el Servicio Nacional de Salud y otras instituciones que, si no hubieran acortado a causa del golpe de Estado, habrían logrado cambios estructurales en esa sociedad.

<sup>45</sup> *Extracto editado y abreviado, de un discurso proferido por el Ernesto El Che Guevara en 1960 sobre la medicina revolucionaria. “El texto en su idioma original expone “We shall see that diseases need not always be treated as they are in big-city hospitals. We shall see that the doctor has to be a farmer also*

Su trabajo influyó profundamente la medicina social en Latinoamérica. Waitzkin expone que contrario a lo expuesto por varios autores el trabajo de Guevara, no se desarrolló por su conocimiento sobre Allende y otros que le precedieron, sino a partir de los problemas de salud relacionados con las condiciones sociales observadas durante su viaje (Waitzkin, 2013).

De otra parte, la Revolución Cubana de 1959, constituyó uno de los sucesos más influyentes para el reconocimiento del derecho a la salud. El sistema de salud empleado en Cuba significó un avance trascendental para la revolución social, *“donde los logros en este campo fueron parte integral de cambios estructurales más amplios en la sociedad vista como un todo”* (Waitzkin, 2013, pág. 276). Sus impactos en la atención primaria integral, educación médica, planeación administración, salud pública y vigilancia epidemiológica, fueron tan determinantes que inspiraron movimientos sociales en otros países.

En 1979 la Revolución Nicaragüense atrajo la atención de activistas sociales interesados en la protección de la salud. Entre los programas más destacados podemos observar la erradicación de la poliomielitis en 1982, la administración de 330.000 dosis de vacunas en promedio anual, el control de enfermedades como la tosferina y el sarampión, medicinas gratuitas para la población. Otro avance importante fue el aumento significativo de estudiantes de medicina que pasó de 50 personas (durante la dictadura Somocista) a 500 personas al año, los cuales estudiaban de manera gratuita. Pero quizás el logro más importante de la revolución fue el aumento de la esperanza de vida de la población nicaragüense de 50 a 63 años. Razón por la cual la OMS declaró a la Nicaragua Revolucionaria como país modelo en atención a la salud (Pérez, 2009, pág. 233)

La teología de la liberación fue también una fuente de inspiración para el reconocimiento del derecho a la salud a partir de la medicina social. Países como Brasil y Colombia vieron como algunos miembros de congregaciones religiosas defendían la participación de la iglesia en la búsqueda de la justicia social, la cual consideraban necesaria pues el sentimiento de piedad o culpa no eran suficientes para transformar la realidad.

En Brasil Frei Betto defendió la participación de las comunidades de base para mejorar la salud y los servicios públicos, a partir de idea de fusionar la piedad religiosa con las luchas por la justicia social (Betto & Castro, 1987). A su vez, Paulo Freire promovió campañas educativas para la alfabetización de los adultos, las cuales permitieron que las personas de las comunidades pobres observaran en la educación como un proceso de empoderamiento. En su trabajo central, *“Pedagogía del Oprimido”* Freire expuso que la solución de problemas concretos de las comunidades, podía efectuarse a partir de la organización de pequeños círculos educativos, donde los residentes locales podían aportar su experiencia y conocimiento en la resolución de conflictos locales (Freire, 1970).

En concepto de (Do Rosario Costa, 1988), a partir del programa desarrollado por Freire muchos activistas empezaron a difundir la aproximación entre la educación y salud pública para mejorar los servicios de salud, razón por la cual, la teoría del empoderamiento como medio de transformación se difundió por toda América.

En Colombia, el sociólogo de la Universidad de Lovaina en Bélgica, sacerdote, estudiante de Derecho y capellán de la Universidad Nacional de Colombia, Camilo Torres Restrepo, incursionó al campo de la política denunciando la exclusión que los partidos liberal y conservador de ese país

---

*and plant new foods and sow, by example, the desire to consume new foods, to diversify the nutritional structure which is so limited, so poor”*. Todo el discurso se puede encontrar en (Gerassi, 1960, pág. 14)

habían efectuado sobre cualquier forma de participación política dividiéndose el poder de manera concertada, turnándose los cargos democráticos en períodos de cuatro años<sup>46</sup>.

Desde su movimiento político *Plataforma Frente Unido*, impulsó la cohesión de los sectores opositores, al Frente Nacional, proponiendo un programa en el cual se destacaba la reforma a la salud, al campo y a la planeación urbana, entre otras. Con posterioridad, al evidenciar la complejidad de las relaciones de poder en la democracia colombiana, renunció a las vías institucionales y se unió al Ejército de Revolución Nacional (en adelante ELN), con el propósito lograr el ideal de una sociedad justa a partir de la revolución armada.

Todas estas exigencias por parte de mujeres y hombres, para el reconocimiento del derecho a la salud, entre otros derechos, así como el llamado a la comunidad para lograr una transformación social que implique el mejoramiento del diseño, desarrollo y valoración de las políticas públicas por medio de las cuales se pretende satisfacer el mismo, han tenido un común denominador: la exigibilidad del cumplimiento de tales obligaciones al Estado.

En palabras del profesor y académico colombiano Rodrigo Uprimny ello tiene una razón *“Jurídicamente son los Estados y no los particulares quienes se han obligado por intermedio de los pactos internacionales. Históricamente, estas garantías fueron concebidas para hacer frente a los abusos estatales. Filosóficamente, esa especificidad de los derechos humanos se justifica por cuanto la sociedad y los ciudadanos delegan en el Estado el monopolio de la violencia: es necesario entonces establecer mecanismos de protección específicos de los ciudadanos inermes frente a ese poder armado. Esos mecanismos son los derechos humanos. Cuando los otros particulares realizan acciones que vulneran sus derechos, se trata de delitos y el ciudadano puede siempre recurrir a la autoridad estatal para que ésta lo proteja. Pero cuando es el Estado quien vulnera sus derechos, el ciudadano no tienen otro mecanismo de protección diferente a los derechos humanos”* (Uprimny, 1993, pág. 148)

Aunado a ello, todo el camino recorrido en este capítulo nos lleva a la siguiente conclusión: las luchas sociales, las condiciones materiales, los hechos históricos, las ideas, los pensadores, los caudillos, los instrumentos de Derecho nacionales, los Pactos, Convenciones, Recomendaciones, Observaciones Generales, Declaraciones, etc., han demandado del Estado la puesta en práctica de conceptos sobre el derecho a la salud que fueron evolucionando de manera sistemática hasta alcanzar su reconocimiento como derecho humano.

Si bien en un principio, los elementos que incorporaba su definición eran débiles o sirvieron a propósitos instrumentales para permitir la acumulación de capital, también debe reivindicarse que se convirtieron en herramientas poderosas para su defensa. Esto lleva a pensar que el debate en lo jurídico tuvo como objetivo la conceptualización de ese derecho y la universalización del mismo.

Con base en las consideraciones expuestas en este capítulo, puede sugerirse que la batalla para estatuir un derecho humano fundamental a la salud, desde el escenario jurídico se ha limitado a la positivización del Derecho en normas, ya sea de carácter nacional o internacional, para exigir al Estado el cumplimiento de la misma y con ello hacer exigibles demandas sociales plasmadas en las mismas. Sin embargo, vale la pena preguntarse si ello es suficiente para garantizar ese derecho.

---

<sup>46</sup> Dicha práctica política fue denominada Frente Nacional. Para profundizar sobre el tema puede consultarse (Valencia Villa, 2010)



En el siguiente capítulo, presentaremos nuestras razones para defender que a pesar de los avances significativos en el reconocimiento, prestación y garantía del derecho a la salud por medio de su conceptualización en instrumentos de Derecho, ello resulta insuficiente para alcanzar un ámbito de protección integral del mismo.

Estas razones las hemos denominado fundamentación y éstas constan de dos elementos. La fundamentación material, que dará cuenta de los hechos que sugieren una reevaluación de los logros alcanzados respecto al derecho a la salud, esto es, las razones fácticas por las cuales es necesario realizar un cambio como ciudadanos de este planeta, y un compromiso por parte de los Estados para superar las injusticias producidas por la vulneración de tal derecho.

De otra parte, la fundamentación formal, dará cuenta de los diversos escenarios en los cuales se han librado las batallas académicas e intelectuales, para defender o atacar la necesidad de crear un derecho a la salud. Para ello, se expondrán las diferentes teorías de la justicia sobre la materia y se analizarán las implicaciones de cada una de estas desde su respectiva escuela de pensamiento, sin que ello se convierta en óbice para plantear nuestra posición al respecto.



## ***SEGUNDA PARTE:***

***Razones para proponer un cambio del  
derecho a la salud***



*“Sin duda que las ideas tienen su influencia; pero no parece que el esfuerzo para adiestrar y educar a los hombres en el uso de un concepto más restringido de validez jurídica, en el que no tienen cabida normas jurídicas válidas aunque moralmente inicuas, haya de conducir a robustecer la resistencia frente al mal, ante amenazas del poder organizado, o a una comprensión más clara de lo que está moralmente comprometido cuando se exige obediencia. Mientras que los seres humanos puedan obtener suficiente cooperación de algunos para permitirles dominar a otros, usarán las formas del derecho como uno de sus instrumentos. Los hombres malvados dictarán reglas malvadas que otros aplicarán. Lo que por cierto más se necesita para que los hombres tengan una visión clara al enfrentar el abuso oficial del poder, es que conserven la idea de que al certificar que algo es jurídicamente válido no resolveremos en forma definitiva la cuestión de si se debe obediencia, y que por grande que sea el halo de majestad o de autoridad que el sistema oficial pueda poseer, sus exigencias, en definitiva, tienen que ser sometidas a un examen moral.”*

H.L.A Hart, *El Concepto de Derecho*, 1961: 205-206

*“¿Acaso no es claro que nuestra lucha es social, que nuestro trabajo no es escribir instrucciones para preocupar a los que consumen melones y salmón, tortas y helados, en corto, a la cómoda burguesía, sino crear instituciones para proteger a los pobres que no tienen pan fresco, buena carne, vestidos abrigados, cama, y quienes, por su trabajo, no pueden vivir de arroz y té de manzanilla...? Que los ricos recuerden en el invierno, cuando se sienten en frente de sus braseros calientes y regalen manzanas de navidad a sus pequeños, que las manos que trajeron el carbón y las manzanas murieron de cólera. Es tan triste que miles tengan siempre que morir en la miseria para que unos pocos cientos puedan vivir bien.”*

Rudolf Virchow, citado por Ackerknecht, *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Antropologist*, 1953: 52

La historia del derecho a la salud es la batalla librada por los oprimidos para la humanización de las formas de producción. A partir del análisis efectuado sobre la conceptualización de tal derecho, como consecuencia de los sucesos históricos y de manera concreta, ante la pretensión de acumulación de capital por parte de la clase propietaria, surgieron múltiples demandas sociales que adoptaron la forma de resistencias y lograron enquistarse en el

aparato estatal, dando origen a reformas legales y políticas públicas que, en la mayoría de casos, se ocuparon de manera prevalente, en enfrentar las consecuencias y no las causas de la enfermedad.

Sin el propósito de desconocer los importantes avances logrados en los dos siglos anteriores, vale la pena preguntarse si podemos llamar *derecho a la salud*, al conjunto de prácticas actuales dirigidas de manera estratégica a la cosificación de miles de mujeres y hombres para garantizar los privilegios de una mínima porción de habitantes de este planeta.

Este capítulo obedece a un doble propósito. El primero es fundamentar por qué el conjunto de acciones, ejercicios, técnicas, procesos y prácticas con las cuales se pretende garantizar el derecho a la salud son insuficientes, y en su lugar, obedecen a la consolidación del modo actual de producción. El segundo objetivo, consiste en exponer por qué una perspectiva integral del derecho a la salud, no sólo acabaría con la situación de indignidad a la que están siendo sometidos millones de seres humanos, sino que sería eficiente en la asignación de recursos, reduciría los costos operativos del Estado y erradicaría los costos militares y burocráticos del Estado, con lo cual se garantizaría el pleno progreso y el bienestar. De conformidad con las consideraciones expuestas, pasaremos a abordar nuestros objetivos.

# 1. DE SUJETOS A SUJETADOS, DE OBLIGADOS A OBLIGADORES: la necesidad de proponer un concepto integral del derecho a la salud.

*“Cuanto he escrito hasta aquí no puede decirnos si la humanidad puede resolver los problemas a los que se enfrenta al final del milenio; ni tampoco cómo puede hacerlo. Pero quizás nos ayude a comprender en qué consisten estos problemas y qué condiciones deben darse para solucionarlos, aunque no en qué medida estas condiciones se dan ya o están en vías de darse. Puede decirnos también cuan poco sabemos, y que poca ha sido la capacidad de comprensión de los hombres y las mujeres que tomaron las principales decisiones públicas del siglo, y cuan escasa ha sido su capacidad de anticipar – y menos aún de prever – lo que iba a suceder, especialmente en la segunda mitad del siglo.”*

Eric Hobsbawm, *Historia del siglo XX, 1914 – 1991*, 1995: 574.

El 29 de agosto de 2013, miles de campesinos salieron a las calles para exigir respuestas del Estado colombiano por la situación de abandono y miseria a la que estaban siendo sometidos, al exigirles cumplir un tratado de libre comercio suscrito con el gobierno de los Estados Unidos de América. Para la opinión de la comunidad internacional, se trató de una simple oposición de sectores sociales a la entrada en vigencia de una norma que regulaba aspectos comerciales; para la prensa nacional una situación de violencia generalizada, generada en gran parte, por la falta de firmeza del alcalde la ciudad y por las declaraciones del presidente la república, claramente manipuladas, según las cuales, el paro nacional suscitado no existía; para el ciudadano del común, otra manifestación más de las cientos que transcurren por las calles de la capital colombiana, ante las cuales el común denominador es la indiferencia.

Al mejor estilo de las lógicas de poder imperiales, ningún medio de prensa escrito, radial o visual, informó sobre las causas reales de tal protesta<sup>47</sup>, sólo se limitaron a detallar el colapso de las vías en todo el país y las acciones violentas de los campesinos contra los aparatos de represión estatal. El mensaje que los campesinos pretendían exponer fue adaptado al *cliché* de costumbre, según el cual solicitaban la ayuda del gobierno, sin exponer qué demandas específicas reclamaban.

---

<sup>47</sup> Salvo escasos intentos de información, como por ejemplo el documental presentado por Victoria Solano, cuyo rigor académico y probatorio es notorio. El mismo puede encontrarse en [http://www.youtube.com/watch?v=kZWAqS-El\\_g](http://www.youtube.com/watch?v=kZWAqS-El_g), y <http://www.youtube.com/watch?v=TkQ8U2kHAbI>, versión en inglés.

Da la extraña sensación que la movilización fue un fracaso, recordando a (Bourdieu, 1994) *“Las manifestaciones de más éxito no son necesariamente las que movilizan a más gente, sino las que suscitan más interés entre los periodistas. A riesgo de exagerar un poco, podría decirse que cincuenta tipos listos que sepan montar bien un happening para que salga cinco minutos en la tele pueden tener tanta incidencia política como medio millón de manifestantes”*.<sup>48</sup> Ello debido a que gran parte de la población en general no comprendió por qué el sector campesino del país se había paralizado<sup>49</sup>.

El motivo real de su protesta era la ejecución de la Resolución 970 proferida por el Instituto Colombiano Agropecuario (en adelante ICA), la cual señalaba que los campesinos no podían reutilizar las semillas con las que desde tiempo inmemoriales habían sembrado sus cosechas. La razón para ello, era que desde la entrada en vigencia del TLC con los Estados Unidos, el campesino del común estaba obligado a comprar semillas certificadas y se comprometía a sembrarlas sin la posibilidad de replicarlas, esto es, no podía guardar parte de su cosecha para volver a empezar el proceso de siembra, sino que cada vez que fuera a iniciar el cultivo debía acudir al mercado a comprar nuevas semillas, aunque realmente no las necesitara.

Para el campesino desconocedor de la ley, la siembra de sus semillas y el cultivo de meses de esfuerzo se convirtieron en un delito. Efectuar una práctica ancestral inculcada por sus antepasados, por medio de la cual se sostuvieron incontables generaciones de personas que se alimentaban del fruto de la tierra y daban sus mejores cosechas a la población urbana, había sido prohibido por medio de un instrumento de orden legal, con consecuencias jurídicas graves pues el desconocimiento de la citada resolución que implicaba multas, además del decomiso y destrucción de la cosecha; a su vez, podía dar lugar a la apertura de procesos penales por el almacenamiento de las mismas desconociendo las disposiciones del referido tratado.

Seguramente, el lector atento se preguntará qué tiene que ver el suceso anteriormente descrito, con la fundamentación material o formal del derecho a la salud. Ante ese cuestionamiento, debemos responder que tiene una relación trascendental, de causa-efecto. Este argumento encuentra sustento en la pretensión que tenemos de proponer un concepto del derecho a la salud en perspectiva integral. A partir de ello, consideramos que algunos problemas, como el descrito líneas atrás, tienen una repercusión profunda en el estado de salud de la población y en la vulneración de los derechos que se desprenden de ello.

En este trabajo pretendemos demostrar, que la presencia de enfermedad no constituye la vulneración del derecho a la salud, sino una consecuencia de ello. En otras palabras, la enfermedad no es una causa, es un efecto, el cual guarda relación con el desconocimiento de las garantías de prevención, promoción y acción, cuya inobservancia se refleja en la aparición de la pobreza, la desigualdad, la inequidad, la explotación laboral, diseño institucional deficiente, inactividad o permisividad del Estado, políticas públicas destinadas al fracaso, entre otras.

De esta manera, proponemos una visión integral e integradora que permita concebir el derecho a la salud desde contextos sociales, políticos, culturales o ambientales concretos, dejando de lado las visiones sectoriales y restringidas orientadas por el actual proceso de producción

---

<sup>48</sup> Pierre Bourdieu citado por (Hobsbawm, 1995, pág. 322)

<sup>49</sup> Lamentablemente en Colombia los espacios destinados a la farándula y los deportes en los noticieros colombianos es de 1 hora, esto es, el 42.85% puesto que el noticiero tiene una duración total de 1 hora y 45 minutos, promoviendo el consumo exagerado por medio de los productos que promocionan en esas franjas.



capitalista, las cuales pretenden mostrar a éste derecho desde una faceta netamente prestacional, al servicio de los esquemas de salud neoliberales y las grandes multinacionales farmacéuticas, permitiendo que corporaciones e instituciones menoscaben la salud de millones de personas con sus supuestos avances tecnológicos sobre la comida, desconociendo la soberanía alimentaria de los pueblos e imponiendo restricciones a la producción rural. Todo ello obedece a un refinado programa para el desplazamiento campesino, ejecutado de manera sistemática para producir grandes migraciones hacia las ciudades, con el propósito de proletarizar al habitante del campo, hecho que da la sensación de estar ad portas de una extinción de magnitud inconmensurable: el genocidio del campesinado.

Situaciones como la expuesta, constituyen a nuestro juicio, sólo una de miles que ocurren a diario por las cuales consideramos pertinente, cuestionar que se ha entendido, que se entiende y que podría entenderse por derecho a la salud. Como en un primer momento propusimos trabajar en el concepto de tal derecho, para en su lugar presentar uno nuevo que integre las demandas que exige este período de la historia de la humanidad. El objetivo de los capítulos siguientes, será ofrecer razones que fundamentan desde los hechos, los discursos y la academia, la necesidad de aportar nuevas ideas para generar un cambio.

## 2. EL DERECHO A LA SALUD, UN ESCENARIO DE LUCHA: antecedentes fácticos y problemáticas globales.

*“Las personas mayores aman las cifras. Cuando les habláis de un nuevo amigo, no os interrogan jamás sobre lo esencial. Jamás os dicen: «¿Cómo es el timbre de su voz? ¿Cuáles son los juegos que prefiere? ¿Colecciona mariposas?» En cambio os preguntan: «¿Qué edad tiene? ¿Cuántos hermanos tiene? ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto gana su padre?» Sólo entonces creen conocerle. Si decís a las personas mayores: «He visto una hermosa casa de ladrillos rojos con geranios en las ventanas y palomas en el techo...», no acertarán a imaginarse la casa. En necesario decirles: «He visto una casa de cien mil francos.» Entonces exclaman: «¡Que hermosa es!»”*

Saint-Exupéry, *El Principito*, 2002: 19

Mientras usted está leyendo este trabajo y observa las cifras que le proporcionamos para fundamentar por qué es necesario detener la constante vulneración del derecho a la salud, 66 millones de niñas y niños acuden a la escuela primaria con hambre. Como si fuera poco, al finalizar el día, 842 millones de personas se acostarán sin probar bocado alguno<sup>50</sup>, 12.000 personas habrán contraído VIH<sup>51</sup> y 8.000 personas habrán muerto por complicaciones relacionadas con esa enfermedad<sup>52</sup>. Los hombres y mujeres hemos llegado a tal grado de insensibilidad que es necesario exponer por qué aunar esfuerzos para proteger la vida de millones de seres humanos sumidos en la miseria es una “buena idea”; hay que defender, incluso desde la academia, razones para fundamentar con hechos la necesidad de acabar con la pobreza, la enfermedad, la desigualdad, el analfabetismo, la explotación laboral, entre otros.

Así las cosas, no nos detendremos a explicar por qué combatir los factores expuestos es algo correcto desde el punto de vista ético. Si se nos permite, justificaremos ello como un imperativo categórico, es decir, como mandamientos autónomos y autosuficientes (Kant, 1785), ello porque consideramos que no es necesario defender la hipótesis según la cual los seres humanos no deberían

---

<sup>50</sup> Consultar el sitio web <http://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>

<sup>51</sup> El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. || El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Consultar el sitio web [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

<sup>52</sup> Para más información, consultar el sitio web <http://www.unicef.org/panama/spanish/8473.htm>

pasar hambre, o ser sometidos a tratos degradantes, o no tener un vivienda digna, o no tener salud, etc. De esta manera seguimos a (Bobbio, 1992, pág. 121) al exponer que *“el fundamento de derechos de los que sólo se sabe que son condiciones para la realización de valores últimos es la apelación a dichos valores últimos. Pero los valores últimos, a su vez, no se justifican, se asumen: lo que es último, justamente por su carácter de tal, no tiene fundamento alguno”*.

Con base en ello, nuestra propuesta estará dirigida a otro objetivo, el cual es demostrar la relación entre pobreza, desigualdad, analfabetismo y modo de producción, con la vulneración del derecho a la salud, entendiendo a las primeras como causa, y a la segunda como un efecto o consecuencia.

## **2.1 La pobreza genera condiciones que impiden disfrutar de salud**

Absurdo, podría pensar el lector. El título además de sugestivo no aporta nada nuevo. No es un secreto que las personas en estado de pobreza no tienen los medios para cuidar de su salud y ante la llegada de enfermedades no pueden reaccionar para combatirlas de manera oportuna. Tampoco es un misterio que estas personas, por lo general, viven condiciones poco salubres, sin acceso a servicios de saneamiento, agua potable, medicamentos, vestido, alimentación, vivienda digna, entre otras. Entonces ¿Qué pretendemos demostrar?

Podría parecer pretencioso, pero defenderemos el hecho que la pobreza limita el goce de la salud en la generalidad de los casos en una dirección unívoca. Entendemos que puede objetársenos exponiendo que la relación es inversamente proporcional, pero precisamente eso es lo que pretendemos desvirtuar, pues consideramos que ello es contingente, es decir, puede darse o no; en tanto que la pobreza siempre generará la vulneración del derecho a la salud.

No hay que ir tan lejos para observar que una persona con medios económicos suficientes, puede tener el infortunio de caer en estado de enfermedad, pero ello no le hace pobre. En este tipo de eventos, algunos dispondrán de sus ahorros para sortear la dificultad, otros podrán cobrar sus seguros o planes pensionales. El hecho de estar enfermo en muchas ocasiones, no interfiere en la capacidad adquisitiva de las personas. Puede que se suceda, pero insistimos, es contingente puede que pase o puede que no.

Esta situación es diferente a la que sucede con la pobreza, pues la falta de recursos económicos, sociales, ambientales, suficientes siempre va a vulnerar el derecho a la salud, pues ésta última no sólo consiste en el hecho de estar libre de enfermedades, sino en la *capacidad* que tengan los individuos de relacionarse con sí mismos, con la sociedad y con el ambiente.

Así las cosas, consideramos que la salud no es un fin en sí mismo. Es un medio que necesitamos para satisfacer nuestras necesidades, nuestros derechos, nuestros sueños. En ese sentido compartimos lo expuesto por (Gillon, 1986, pág. 189) para quien la salud *“no es simplemente, como dicen los aristotélicos, algo que nos permite prosperar como seres humanos”*, pues si bien es cierto que es un vehículo para podernos encontrar como personas, no es menos cierto permite satisfacer otras pretensiones, no sólo propias incluso las de los demás.

Es por ello que la privación las referidas necesidades repercute en un desconocimiento del derecho a la salud, el cual ha sido relacionado con la falta de capacidad económica de las personas. La estadística nos puede dar una explicación al respecto, pues a partir del estudio de los datos que exponen el nivel de ingreso de determinados países puede concluirse, a priori, que los bajos ingresos tienen una relación directa con el índice de mortalidad.

Al respecto, cifras reveladas por (OPS - OMS, 2003, pág. 59) exponen que aunque en las crisis económicas puedan disminuir las tasas de mortalidad infantil, otros factores necesariamente tienden a empeorar. Así las cosas, el informe señala que durante las crisis provocadas por las deudas de los años ochenta, el porcentaje de niños con bajo peso al nacer y de infantes desnutridos se incrementó “[...] en México, la mortalidad infantil y de niños en edad preescolar debida a deficiencias nutricionales aumentó durante el decenio de 1980, invirtiendo la tendencia del decenio anterior, y luego aumentó nuevamente con la crisis económica de 1995. En Indonesia, el porcentaje de mujeres cuyo índice de masa corporal es inferior al nivel en el que comienzan a aumentar los riesgos de enfermedad y muerte subió 25% en 1998, y bajó el peso promedio de los niños menores de 3 años.”

A su vez, el mismo informe expone que varios países del África subsahariana con los niveles de ingreso más bajos del mundo, verán morir 200 niños por cada 1.000 que nazcan, antes que lleguen a la edad de 5 años, mientras que en Suecia, en contraposición, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años es actualmente de solo 5 por 1.000 nacidos vivos.

No obstante, puede incurrirse en un error al presentar las cifras de esta manera, debido que el criterio mayoritario para clasificar un país en el margen de *ingresos altos*, es la medición del Producto Interno Bruto (en adelante PIB)<sup>53</sup>. Esto de entrada plantea una dificultad, pues tales datos no reflejan de manera precisa las contradicciones de clase al interior de un determinado territorio, así como tampoco, las condiciones hacinamiento, enfermedad, desnutrición, entre otras, que puedan presentarse.

Al respecto, es importante señalar que organismos como el Banco Mundial (en adelante BM) y el Fondo Monetario Internacional (en adelante FMI), analizan el crecimiento de la economía al interior de los Estados, mediante la utilización índices especializados como el PIB. Para esas instituciones, las variaciones del PIB permiten establecer qué países han generado mayor desarrollo frente a otros, en periodos específicos de tiempo.

Para matizar el impacto de la desigualdad dentro de las mediciones expuestas, las ciencias económicas han propuesto varias herramientas metodológicas. Una de ellas, usualmente empleada, es la implementación de *PIB per cápita*, terminología que hace referencia al promedio del producto bruto del cual dispone una persona, que se calcula dividiendo el total de PIB, por la cantidad de habitantes del territorio en donde se tomó la muestra. No obstante, consideramos que esta metodología resulta inapropiada para determinar la vulneración del estado de salud, o si quiera si hay un margen de desigualdad exagerado al interior de una sociedad, por las razones que pasaremos a exponer.

---

<sup>53</sup>Producto Interno Bruto (PIB) es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado. **Producto** se refiere a valor agregado; **interno** se refiere a que es la producción dentro de las fronteras de una economía; y **bruto** se refiere a que no se contabilizan la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones de capital.

Según el *Entire World Economic Outlook Database del mes de abril de 2008* del Fondo Monetario Internacional (FMI, 2011), el *PIB per cápita* de Etiopía estaba alrededor del 324 dólares año, frente a un PIB per cápita en Canadá de 45.428 US anual. Este hecho lleva a concluir que el estilo de vida en este último es superior y si exploramos que la oferta de servicios de salud de ese país encontramos que es una de las mejores del mundo, no sólo por su gratuidad, sino por gran calidad. Por ello, en un primer momento no, habría ningún inconveniente en utilizar los datos del *PIB per cápita*.

No obstante, si analizamos la estadística de Estados Unidos (46.859 US per cápita) para ese mismo período de tiempo, no es necesario realizar un estudio a profundidad para encontrar fuertes inconsistencias, pues es un hecho que los habitantes de Flint, Michigan; Sacramento, California; Stockton, California; Akron, Ohio; Merced California; Memphis, Tennessee; entre otras, no perciben tal cantidad de ingreso, pues están entre las ciudades más pobres de ese país. Pero, la cuestión central no versa sobre ciudades ricas o pobres, pues pueden configurarse diferentes tipos de nivel de ingreso o calidad de vida al interior de las mismas. Por tanto, el PIB per cápita resulta insuficiente para medir el grado de concentración de la riqueza, las inequidades o la desigualdad, debido a que este no estima el costo de vida.

Por ejemplo, según los datos del (FMI, 2011) el PIB per cápita de Etiopía estaba alrededor de 324 US anual, si efectuáramos un ejercicio hipotético en el cual entregáramos a dos ciudadanos promedio, uno estadounidense y otro etíope la suma de 47.000 US para que viva con ellos un año, existe una probabilidad demasiado alta, que el primero no vería afectado su modo de vida, en tanto que para el segundo tal hecho sea equivalente a ganarse la lotería. De manera inversa, si un estadounidense viaja Copenhague, una de las ciudades más costosas del mundo, tal dinero no le alcanzará para mucho. Por tanto, no importa que tan alto sea PIB per cápita, pues lo que hay que analizar es su relación frente al costo de vida.

Así las cosas, el PIB per cápita no es una variable funcional para analizar el grado de pobreza en la sociedad, pues como observamos la renta no está distribuida de manera equitativa al interior de la misma. Por ello concluimos que los países que registran mayores índices de PIB o PIB per cápita, no necesariamente están libre de pobreza, presupuesto necesario para garantizar el derecho a la salud.

Al respecto, la concentración de la riqueza es un fenómeno que no se puede desconocer, el cual se produce en todo tipo de países. Como muestra de ello, un estudio de la (OPS - OMS, 2003) expone que los niños del quintil más pobre de la población pobre de Bolivia, tiene una tasa de mortalidad de menores de 5 años superior a 150 por año, en tanto que el quintil más rico tiene una tasa de 32 defunciones anuales. En un sentido similar (Wilkinson, 1989, págs. 307-335) expuso que en siglo XX las tasas de mortalidad en Estados Unidos e Inglaterra disminuyeron cuando el ingreso de los pobres aumentó en mayor proporción al de los ricos con ocasión a la Segunda Guerra Mundial, disminuyendo los índices de desigualdad para ese período de tiempo.

## 2.2 Las personas pobres no utilizan los servicios de salud

Son bastantes los estudios que demuestran que los servicios de salud no son utilizados de manera masiva por personas de escasos recursos. Un estudio practicado por (Gwatkin, Rutstein, Johnson, Pande, & Wagstaff, 2000) expuso que existen marcadas diferencias entre el uso de los servicios de atención materna infantil, la cual favorece a los ricos. El caso analizado fue el uso de la Terapia de Rehabilitación Oral (TRO) en el cual se evidenció que, a pesar que ese procedimiento está prescrito para niños con problemas de diarrea, fue utilizado en mayor cantidad por parte de personas con ingresos económicos altos, aun cuando tal patología tiene una incidencia preponderante en sectores sociales con bajos ingresos.

Al buscar una explicación a este fenómeno, se encontró que los aranceles y la cobertura del servicio se convierten una barrera imposible de franquear por parte de la población pobre. Ello fue demostrado por (Alderman & Lavy, 1996, págs. 3-22) quienes al proyectar un aumento de 10 chelines kenianos sobre la demanda de servicios, concluyeron que el uso de establecimientos públicos se vería reducido en un 18%. De la misma, señalaron que un aumento del 50% en los aranceles pagados por concepto de salud en Ghana traería como consecuencia una disminución de la demanda de consultorio públicos del orden del 6%.

Por su parte, (Gilson, 1997, págs. 273-285) expone que los pobres suelen demorarse más en buscar atención médica, no sólo por los aranceles, sino por los gastos adicionales que una intervención médica acarrea, como transportes, medicinas, costo oportunidad, etc. También expone que sin importar que las medidas adoptadas por los Estados estén destinadas a proteger a los pobres, ellas terminan beneficiando en un grado muy alto a otros grupos con mejor situación económica. A la misma conclusión llegan (Leighton & Diop, 1993), quienes además exponen que los grupos de militares y funcionarios públicos suelen ser los más beneficiados por estas políticas. Otros autores como (Gertler & Sturm, 1997, pág. 77) profundizan en la materia y aseveran que una muestra del empoderamiento de los ricos de las instituciones de salud, ya sean privadas o públicas, puede verse reflejada en dos estudios que efectuaron sobre la materia, los cuales arrojaron como conclusión que para 1989, el 23% del cuartil más rico de Jamaica contaba con un plan de atención de salud privado, en tanto que sólo el 1% del cuartil más pobre podía darse tal lujo. Resultados similares observaron respecto a la cobertura por parte de agencias públicas del Estado de Vietnam, quienes en el año 1998 reportaron que el 29% del quintil más rico se encontraba afiliado en tanto que únicamente el 6% del quintil más pobre contaba con tal beneficio.

Otra razón adicional para que los pobres no utilicen los servicios de salud se deriva de los problemas de accesibilidad, como el acceso físico a las instalaciones y la disponibilidad de medicamentos. Respecto al primero de ellos (Akin & Hutchinson, 1999, pág. 135) exponen que los pobres deben, por lo general, recorrer distancias mayores. Este hecho requiere una mayor inversión de tiempo y genera duda respecto a la utilidad de acudir a los servicios médicos. Con relación al segundo, (Thomas, Lavy, & Strauss, 1996, págs. 155-192) efectuaron un estudio que tenía por objeto determinar la cantidad de medicamentos y drogas farmacológicas disponibles en establecimientos de salud públicos en Costa de Marfil. Para sorpresa de ellos, los medicamentos asignados a zonas rurales pobres eran menores a la cantidad de existencias que según las cifras oficiales debía haber. En cambio, las zonas en las que habitaban personas con mayor ingreso, estaban mejor equipadas, además de contar con programas de inmunización y control de crecimiento.

Finalmente, consideramos que el mayor factor por el cual la población pobre no utiliza los servicios de salud, es porque en términos reales termina pagando mucho más dinero que los ricos, debido a que es mucho menos probable que estén afiliados a servicio alguno o que cuenten con un seguro. A pesar que en algunos lugares el acceso al servicio esté libre de copagos, aranceles, cuotas moderadoras, o la modalidad que adquieran los pagos por la atención, los costos externos, los problemas para el acceso, o la falta de información terminan siendo determinantes para no hacerse beneficiarios de los planes de salud. En ese sentido, compartimos las conclusiones expuestas por (Leighton & Diop, Protection of the poor under cost recovery., 1993) quienes señalan que los planes gratuitos de servicios de salud, terminan beneficiando a los no tan pobres más que a los pobres.

## 2.3 Fundamentos desde el campo de lucha

Si bien la enfermedad no constituye una total antítesis del derecho humano fundamental a la salud, constituye su máxima expresión. Con base en ello hemos propuesto analizar algunas patologías que a nuestro juicio representan en gran manera la indignidad a la que son sometidos millones de seres humanos, como usted o como nosotros, con el objetivo de fundamentar materialmente la necesidad de adoptar un cambio en la manera como se vive y se muere en el mundo. Es nuestra intención exponer por qué el asunto de proteger la vida de los seres humanos debería estar en el orden del día de los gobiernos, de las instituciones, de las empresas y en general de toda mujer y todo hombre. Queremos aportar ideas para el disenso, parafraseando al profesor (Mesa Cuadros, 2007, pág. 439) denunciar que las lógicas del mercado limitan la posibilidad de elegir de manera democrática sobre las políticas que repercuten sobre la vida y la muerte de millones de seres humanos, excluidos de toda posibilidad de adoptar alguna decisión sobre su existencia, con lo cual pareciera que hay derecho a la muerte y más no a la vida. Con el propósito de sustentar tales afirmaciones expondremos algunas de cientos de situaciones que fundamentan nuestra postura.

### 2.3.1 Tuberculosis

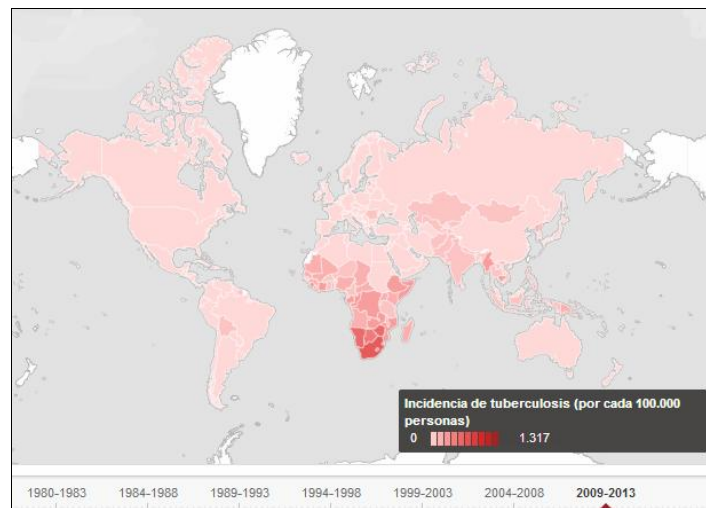
Esta enfermedad infecciosa es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, la cual afecta los pulmones y se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por tuberculosis suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Se manifiesta por medio del esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. Su tratamiento consiste en la administración de antibióticos durante seis meses (OMS, 2013)

La tuberculosis se presenta en la mayoría de lugares del planeta. En 2012, Asia aportó el mayor incremento de casos nuevos en el mundo, con un 60%. Sin embargo, en el mismo período de tiempo el África subsahariana tuvo la mayor tasa de incidencia: más de 255 casos por 100 000 habitantes.<sup>54</sup>

---

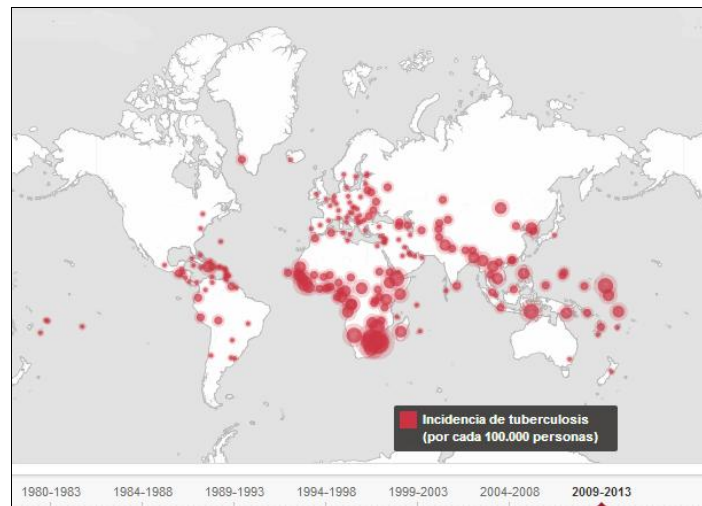
<sup>54</sup> En 2012, alrededor del 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en 22 países. En algunos países se está produciendo una disminución considerable de los casos, pero en otros el descenso está

Figura 2. Incidencia de la Tuberculosis por zonas geográficas (Países)



Fuente: Banco Mundial. Incidencia de la Tuberculosis, 2009-2013, (Shaded).  
 Sitio Web: [datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries/IW?display=map](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries/IW?display=map)

Figura 3. Incidencia de la Tuberculosis por zonas geográficas (Territorios específicos)



Fuente: Banco Mundial. Incidencia de la Tuberculosis, 2009-2013, (Points).  
 Sitio Web: [datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries/IW?display=map](http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD/countries/IW?display=map)

Esta enfermedad ocupa el primer lugar entre las denominadas enfermedades infecciosas y parasitarias, las cuales son responsables del 80% de la totalidad de enfermedades transmisibles. Declarada como una epidemia por la OMS, se estima que un tercio de la población mundial se

---

sucediendo más lentamente. *El Brasil y China, por ejemplo, se cuentan entre los 22 países donde se observó un descenso sostenido de los casos de tuberculosis en los últimos 20 años. En la última década la prevalencia de la tuberculosis en Camboya se redujo en casi un 45% (OMS, 2013).*



encuentra infectado, pero sólo un rango del 5% a un 10% desarrolla la enfermedad o logran transmitirla a otro ser humano. No obstante, cuando esta enfermedad se combina con otra de magnitud semejante como VIH/SIDA la probabilidad de contraerla aumenta del 30% al 50%. Según proyecciones de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OPS, para el año 2023 morirán 35 millones de seres humanos a causa de esta mal (OPS - OMS, 2003, pág. 65)

A pesar que la aparición de enfermedades como el VIH/SIDA, haya dispersado la atención de la comunidad mundial sobre la tuberculosis, no hay que olvidar esta última es la principal causa de muerte de pacientes inmunodeficientes en el mundo. Además, de ser la única infección que se transmite una persona con VIH/SIDA a otra VIH negativa.

Estudios demuestran que la tuberculosis tiene una relación directa con condiciones propias de la pobreza, no sólo por el origen de la enfermedad, sino por la facilidad que encuentra para su propagación (Spence, 1993). Aunado a ello, en la mayoría de los casos las personas no acuden de manera oportuna a buscar apoyo médico pues no pueden dejar de proveer sustento a sus familias, ni relevarse de las ocupaciones cotidianas. Como se estudió con anterioridad (ver supra 2.2), el costo de la atención sumado a los costos indirectos del tratamiento incide de manera determinante en las altas tasas de morbilidad y la no utilización de los servicios médicos. Según un estudio practicado por (Needham, Godfrey-Faussett, & Foster, 1998, págs. 811-817) expuso que, en promedio, los habitantes de Uganda demoraban 63 días en decidirse a buscar ayuda profesional, de los cuales 38% citaba su condición económica como causa para ello. Datos similares presentaron respecto a Zambia en los cuales señalaron que los costos médicos directos por el tratamiento de la tuberculosis significaban alrededor del 40% del ingreso familiar al año, y los costos indirectos por el mismo concepto, representaban en 55% del ingreso mensual del paciente.<sup>55</sup>

### 2.3.2 Paludismo

Esta enfermedad no sólo afecta 500 millones de personas en el año aproximadamente, sino que causa la muerte de 1 millón de seres humanos en el mismo período. Tiene presencia principalmente en África, América y Asia, aunque en diferentes niveles y consecuencias. El paludismo es causado por un parásito unicelular denominado *plasmodium*, el cual se produce al interior de las hembras de los insectos de la familia *Anopheles*<sup>56</sup>. Este pasa se desarrolla y reproduce en el interior del mosquito, y es transmitido a los seres humanos cuando pica a una persona infectada y con posterioridad a un individuo sano. El parásito se multiplica rápidamente, primero en el hígado y luego en los glóbulos rojos. Una o dos semanas después de sufrir la infección, aparecen

---

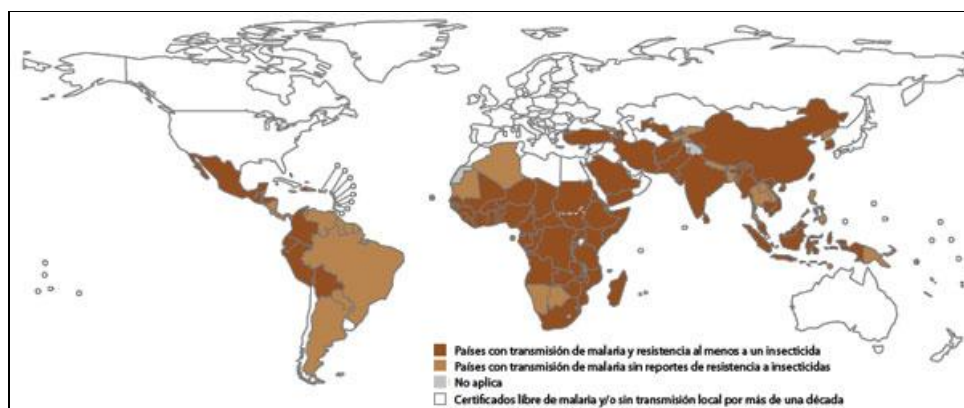
<sup>55</sup> Llama nuestra atención que los estudios realizados por el Banco Mundial en 1991, las cuales indicaban que la pérdida potencial de ingresos por enfermedad en ocho países en desarrollo representaba de 2,1% a 6,5% de los ingresos anuales, cifras notoriamente inferiores a las presentadas por el estudio de (Needham, Godfrey-Faussett, & Foster, 1998). No obstante, la razón es fácilmente apreciable si se tiene en cuenta que de los ocho países estudiados, sólo se habían tres de los veintitrés países responsables del 80% de los casos de Tuberculosis en el mundo (OPS - OMS, 2003, pág. 68)

<sup>56</sup> Existen cuatro tipos de parásitos del paludismo humano: *Plasmodium vivax*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. falciparum*. Las formas de paludismo más comunes son las causadas por *P. vivax* y *P. falciparum*. El paludismo por *falciparum*, la forma más mortífera, abunda sobre todo en el África subsahariana, donde mata a casi un millón de personas cada año.

sus primeros síntomas: fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y vómitos. Si no se trata de inmediato con los medicamentos adecuados, el paludismo puede causar la muerte por destrucción de los glóbulos rojos y obstrucción de los capilares que llevan sangre al cerebro y otros órganos vitales.

Aunque uno de los métodos principales para combatir este mal sea el uso de insecticidas, causa preocupación los reportes que indican resistencia de algunas especies al uso de los mismos. En la siguiente gráfica, analizamos dos datos. El primero, la presencia del paludismo por zonas geográficas específicas; y segundo, los problemas para el control de la enfermedad por resistencia de los mosquitos transmisores a los insecticidas.

Figura 4. Resistencia a insecticidas a las diferentes áreas geográficas. (Incluye a los países con susceptibilidad confirmada a todos los insecticidas utilizados y a países en los que los que no se llevan a cabo pruebas de susceptibilidad o los resultados no son conocidos)



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Malaria 2012. [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2012/wmr2012\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_summary_es.pdf) (OMS, 2012)

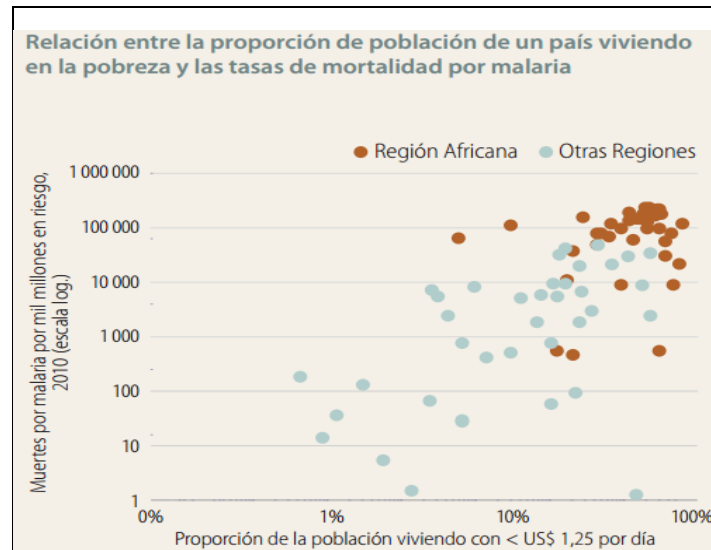
Teniendo en cuenta las previsiones sobre el manejo de datos estadísticos señaladas en con anterioridad (ver supra 2.2, páginas 57-58) es importante exponer que el paludismo se encuentra concentrado en los países con ingresos más bajos. Según las cifras presentadas por (OPS - OMS, 2003, pág. 70), el 90% de las muertes causadas por este mal tienen lugar en el África subsahariana, en donde el PIB para 1995, ajustado por el nivel de compra<sup>57</sup>, era equivalente a US\$1.526, respecto a los países que estaban afectados por la misma enfermedad pero sin consecuencias tan nefastas el cual ascendía a US\$ 8.268.

Los países con mayor número de personas en condiciones de pobreza extrema, esto es, que perciben menos de US\$ 1,25 por persona por día, presentan las tasas más altas de mortalidad por paludismo. De conformidad con el Informe Mundial sobre el Paludismo (OMS, 2012) las tasas de prevalencia de parásitos en niños menores de 5 años de edad son mayores en poblaciones pobres. *“Las poblaciones más pobres son más propensas a la infección y a la enfermedad debido a que es más probable que vivan en áreas rurales, en viviendas que ofrecen muy poca protección contra los mosquitos, y generalmente tienen menos acceso a medidas preventivas mosquiteros tratados con insecticidas (MTI) o rociado como mosquiteros tratados con insecticidas (MTI) o rociado residual*

<sup>57</sup> Dato más preciso que el PIB per cápita de conformidad con las razones expuestas en el supra 2.2 de este capítulo.

*intradomiciliario (RRI). También es menos probable que esas poblaciones acudan a los servicios de salud que pueden ofrecerles pruebas de diagnóstico y tratamiento efectivos.”*

Figura 5: Relación entre la proporción de población viviendo en la pobreza y las tasas de mortalidad por malaria



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Malaria 2012. [http://www.who.int/malaria/publications/world\\_malaria\\_report\\_2012/wmr2012\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2012/wmr2012_summary_es.pdf) (OMS, 2012)

La falta de agua apta para el consumo humano, las condiciones de insalubridad, la falta de provisiones higiénicas, la carencia de centros de salud y medicamentos, son condiciones ideales para el desarrollo de esta enfermedad, la cual no sólo es generada por la pobreza sino que alimenta la misma, es un círculo vicioso que se reproduce sin control. De esta manera, la situación de pobreza generalizada sumado factores ambientales negativos, en muchas oportunidades inducidos por el hombre<sup>58</sup>, constituyen dificultades de suma importancia para combatir las causas y el desarrollo de esta enfermedad. Como muestra de ello, el informe mundial sobre el paludismo del año 2012 informó sobre una situación preocupante, según la cual se detectó que los mosquitos encargados de transmitir el virus están generando resistencia a los insecticidas que existen (OMS, 2012)

A pesar que las cifras reflejen datos preocupantes sobre mortalidad, existen otro tipo de consecuencias nefastas de esta enfermedad. De conformidad con los estudios practicados por (Leighton & Foster, 1999), las personas adultas, por lo general, desarrollan inmunidad parcial contra el paludismo, en tanto que los niños y niñas son propensos a sufrir las consecuencias de la enfermedad, lo cual se traduce en el mejor de los casos (el otro escenario es la muerte) en un aumento de la tasa de morbilidad. En razón a lo expuesto se estima que los menores pierden actualmente el 11% de los días de clases y los estudiantes de secundaria 4.3%. A su vez en Nigeria las cifras sobre no hay cifras que discriminen la pérdida de clases por edad, pero se concluyó que la pérdida de clases oscila entre el 2% al 6% de la totalidad del año escolar, con lo cual se erige una

<sup>58</sup> Para profundizar más en estos temas, así como en el concepto de justicia ambiental, pueden consultarse los trabajos de: Mesa Cuadros, 2007 y 2011; Belmont, 2011 y 2013, entre otros.

barrera significativa para la superación de la pobreza por medio de la educación, además de aumentar el riesgo de contraer otras enfermedades como observaremos a continuación.

### 2.3.3 VIH/SIDA

No es extraño encontrar gran cantidad de campañas para la lucha contra el VIH/SIDA. Mensajes en canales de televisión, emisoras de radio, avisos publicitarios, redes sociales, etc., son tan reiterativos, que muchos de ellos los hemos interiorizado y repetido mecánicamente. Millones de sitio web y múltiples mecanismos de información dan la sensación de conocer plenamente las medidas para evitar el contagio de esta enfermedad. Sin embargo, ello no sucede igual en todos los lugares del mundo.

Aunque el VIH/SIDA sea una enfermedad que no distingue territorio, clase social, raza, sexo, color de piel, etnia, nacionalidad, entre otros, al mirar las estadísticas de contagio parecería ser una enfermedad con mayor incidencia en países habitados por personas en condición de pobreza. Tal situación hemos querido exponerla por medio del siguiente mapa.

Figura 6. Número de personas infectadas con el VIH/SIDA, por regiones de la OMS, 2012



Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA 2012  
<http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012>

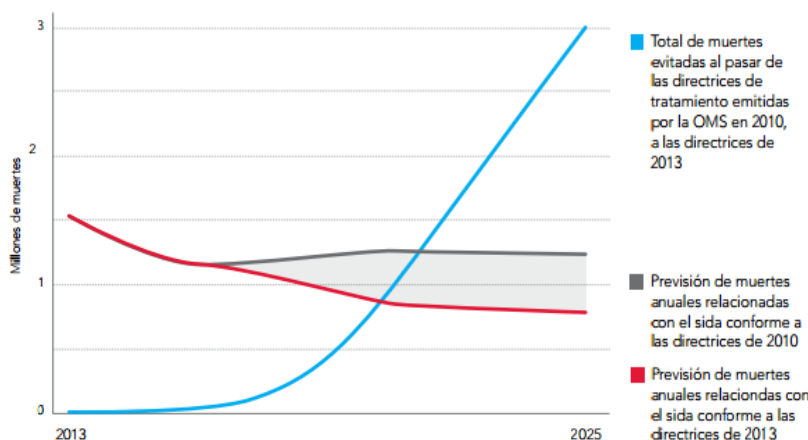
Varios son los factores que los estudios exponen como causa para ello. No obstante, muchos de ellos concuerdan que el analfabetismo, de manera particular, es un factor determinante para la propagación de esa enfermedad. Según cifras de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OPS, los índices de educación en África son comparativamente menores que en los países con ingresos altos y por lo tanto los pobres tienen menor probabilidad de obtener información sobre las formas de prevenir el contagio o el peligro que encierran las relaciones sexuales. Al respecto, aporta datos de investigaciones practicadas en Camboya las cuales demuestran que los segmentos más pobres de la población saben poco, o nada sobre la prevención y transmisión del SIDA, inician su vida sexual a más temprana edad, usan condones con poca frecuencia y es bastante común que las mujeres jóvenes se dediquen a la prostitución al no tener oportunidades laborales y tener que proveer

sustento para sí mismas y sus familias. Estas situaciones también se presentan en una gran proporción en Brasil y Haití, en donde las mujeres pobres se ven forzadas en una gran cantidad de oportunidades a ofrecer favores sexuales a cambio de dinero (OPS - OMS, 2003, págs. 83-85). A su vez, el hecho de ser pobre no sólo aumenta la probabilidad de contagio del VIH/SIDA, sino el impacto económico producido por la enfermedad. Según (Bloom & Sevilla, 2001) las condiciones económicas de los enfermos en Camboya, obliga a estos, así como a sus familias, a vender sus activos para atender a los costos que requiere el tratamiento de esa patología. La misma investigación expuso que la situación tiende a agravarse porque las personas que no tienen ingresos, no tienen como pagarlos debido a las altas tasas de interés, hecho por el cual terminan perdiendo todo su patrimonio.

No obstante, se han presentado importantes avances en la lucha contra esa enfermedad. El cambio de las directrices adoptadas en el año 2013 para su tratamiento, ha tenido importantes impactos en los índices de mortalidad. Básicamente las políticas para el tratamiento antirretrovírico (en adelante TAR), surten efectos para el control de la propagación de la enfermedad, hecho que nos lleva a pesar que una acción conjunta de atención primaria y política pública como las defendidas en este trabajo, tendría un efecto positivo en la reducción de personas afectadas por esa enfermedad.

Según el Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud, una diferencia sustancial respecto de las políticas propuestas en 2010, es la implementación del TAR a “*todos los menores de 5 años, todas las embarazadas y todas las mujeres lactantes con infección por el VIH, así como a todos los infectados*<sup>59</sup> *cuya pareja no esté infectada, independientemente de su cifra de linfocitos CD4. La Organización sigue recomendando la administración de TAR a todos los infectados por el VIH que también padezcan tuberculosis activa o hepatitis B*”.(OMS, 2012 b)

Figura 7. Comportamientos de las nuevas directrices del tratamiento para evitar muertes relacionadas con el VIH/SIDA



Fuente: Informe de situación mundial sobre el tratamiento del VIH: Resultados, repercusión y oportunidades y las nuevas Directrices consolidadas sobre el uso de los medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH (OMS), Ginebra, 2013

<sup>59</sup> En el mismo documento se expone que se empezaron a administrar TAR en una única dosis diaria para reemplazar las combinaciones de medicamentos alternativas recomendadas anteriormente, las cuales generaban más costos y resultaban más problemáticas en su administración. Estas nuevas medicaciones puede aplicarse en adultos, embarazadas, adolescentes y niños mayores.

### 2.3.4 Consumo de bebidas alcohólicas

Cada año 2.5 millones de personas en todo el mundo mueren por causa del alcohol. Nos causa impresión que esta cifra tan alta sea causada por una sustancia que no es infecciosa ni contagiosa. Los efectos que produce el consumo de bebidas alcohólicas tienen una particularidad: son inducidos por el hombre, las personas no nacen enfermas de alcoholismo, ni necesitan esa sustancia para poder vivir. En ese sentido, puede concluirse que el alcoholismo es una enfermedad de origen social en un 100% de los casos.

Sin embargo, no todos los efectos negativos que se producen como consecuencia de su consumo, deben adjudicarse al alcoholismo. Su consumo, aun en personas sanas y no alcohólicas puede causar variedad de accidentes, entre los que se destacan los relacionados con vehículos automotrices. Aunado a ello, puede ocasionar episodios violentos como traumas físicos y psicológicos.

De otra parte, también es culpable de enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. De la misma manera tienen incidencia en el desarrollo de varias afecciones como el VIH/SIDA, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual, debido al debilitamiento del sistema inmunitario por un lado y a la imposibilidad de efectuar un tratamiento con antirretrovirales, puesto que el efecto de estos se detiene por la ingesta de alcohol.

En la siguiente tabla presentamos datos que hemos recopilado y ordenado a partir la información aportada en el *Global Health Observatory Data Repository* de la OMS del año 2004. En la misma hemos incluido dos tipos de situaciones, (i) las muertes causadas por enfermedades relacionadas con consumo de alcohol (OMS, 2004); y (ii) las defunciones ocasionadas por sucesos indirectos (OMS, 2004 b).

Tabla 1. Sucesos y Enfermedades relacionadas con el consumo de alcohol discriminado por países

País	Fallecimientos por Cirrosis cada 100.000		Fallecimientos por accidentes de tránsito cada 100.000	
	Hombres Fallecidos	Mujeres Fallecidas	Hombres Fallecidos	Mujeres Fallecidas
Rusia	N/A <sup>1</sup>	N/A <sup>1</sup>	50,7	14,8
Brasil	24,4	4,7	39,9	8,3
República Checa	26,6	9,3	15	4,4
Colombia	11,3	5,2	29,9	6,9
Estados Unidos	13,5	6,1	26,5	10,5
Alemania	23,2	9,2	11,5	3,6
Francia	17,7	6,5	16,7	4,7
Argentina	13,3	2,8	17,4	4,5
Sudáfrica	2	3,8	22,6	7
Japón	11,9	2,6	10,2	3,2
Suiza	10,8	4,4	8,5	4,4
Irlanda	7,3	4,2	11,5	4,5
Suecia	8,4	3,5	8,6	2,9
Israel	5,5	2,5	10,4	3
Holanda	6,1	3,2	8,6	2,6

Notas: <sup>1</sup>La OMS no encuentra datos acerca de la Cirrosis en Rusia; <sup>2</sup>La OMS no tiene datos acerca de consumo episódico semanal en Colombia.

Mortalidad Relacionada:

Alta

Media

Baja



La información aportada nos permite extraer varias conclusiones. La primera, la mortalidad producida por el consumo de Alcohol, a diferencia de las enfermedades expuestas con anterioridad, no tiene relación con el PIB, la renta, la pobreza, las condiciones de salubridad, etc. La segunda, consecuencia de la primera, es que el alcohol es un fenómeno cultural que se presenta en hombres y mujeres, aunque con mayor incidencia en el primer grupo. La tercera es que a diferencia de muchas enfermedades, el consumo de alcohol no necesita un período de morbilidad para causar mortalidad.

De otra parte, la según el informe presentado por (OMS, 2011), “*el consumo de alcohol ocupa el tercer lugar mundial entre los factores de riesgo de enfermedades y discapacidad*”; tanto en el Pacífico Occidental, como en las Américas ocupa el primer lugar, dejando el segundo puesto para el continente europeo. Este fenómeno representa el 9% de la mortalidad de los jóvenes de 15 a 29 años de edad.

Como se trata de un fenómeno social, muchos Estados han adoptado medidas para restringir su consumo, por medio de políticas públicas y acciones legales, las cuales entre las cuales se encuentra la prohibición de consumo a determinados grupos (edad), restricciones publicitarias, e información al consumidor sobre las consecuencias de su consumo.

A partir de estas consideraciones, hemos elaborado algunas tablas de datos sobre la información proporcionada por el Global Health Observatory Data Repository de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012 c), con el propósito de analizar si se presenta alguna relación entre estos datos y aquellos expuestos en la tabla 1. Con el objetivo de realizar el ejercicio propuesto hemos construido las siguientes preguntas:

(i) ¿Los Estados relacionados en la figura XXX ejecutan políticas de restricción a la promoción de bebidas alcohólicas? Si lo anterior es afirmativo ¿Tales medidas tienen un impacto positivo para evitar la mortalidad producida por el consumo de esas sustancias?

Tabla 2. Restricciones en medios de información discriminada por países.

País	Etiquetado	Restricción en medios			Eventos de Promoción
	Advertencias en etiqueta	T.V. Nacional	Radio Nacional	Medios Impresos	
Israel	No	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	N/A
Suecia	Sí	Vetado	Vetado	Vetado	Vetado
Suiza	No	Vetado	Sin Restricción	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria
Francia	Sí	Vetado	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Vetado
Estados Unidos	No	Voluntaria	Voluntaria	Voluntaria	N/A
Alemania	No	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Voluntaria	Sin Restricción
Rusia	Sí	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria
Holanda	Sí	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Voluntaria	Voluntaria
Argentina	Sí	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Voluntaria
Japón	No	Sin Restricción	Sin Restricción	Voluntaria	Sin Restricción
Sudáfrica	No	Sin Restricción	Sin Restricción	Sin Restricción	Sin Restricción
Brasil	Sí	Parcial Estatutaria	Vetado	Vetado	Sin Restricción
República Checa	No	Parcial Estatutaria	Voluntaria	Voluntaria	Sin Restricción
Irlanda	No	Parcial Estatutaria	Sin Restricción	Sin Restricción	Voluntaria
Colombia	Sí	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Parcial Estatutaria	Sin Restricción

De conformidad con la información expuesta, efectivamente la mayoría de países cuenta con restricciones para la promoción de bebidas alcohólicas en espacios publicitarios en medios de información masiva. No obstante, a pesar de las restricciones parciales o absolutas existe un índice alto de incidentes relacionados con las bebidas alcohólicas. Países como Rusia o Colombia con

medidas restrictivas, presentan altos índices de accidentalidad aun cuando en ambos lugares las bebidas se encuentran etiquetas con advertencias que indican que el consumo de alcohol es perjudicial para la salud. Esto explica en parte, que las medidas legislativas para la prohibición de propaganda no tienen una fuerte incidencia, cuando el consumo está fuertemente arraigado en la identidad cultural.

En el caso colombiano los medios de información incitan al consumo relacionando este con la identidad nacional, con lemas del tipo “*donde hay un colombiano hay una águila*”, o “*Colombia es pasión*”, a través de técnicas de mercadeo en donde el propósito claro es hacer parte de una comunidad. Incluso la práctica de los deportes como el fútbol es patrocinada por empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas, y se implementa el mismo como un factor de cohesión nacional en los cuales se destaca la importancia de consumir sustancias alcohólicas para apoyar los equipos de turno en inclusive la selección nacional.

(ii) ¿Las políticas para la grabar con impuestos la venta de bebidas alcohólicas, así como la restricción en la edad para la venta de las mismas, tienen un efecto real en la reducción de los índices de mortalidad producida por el consumo de esas sustancias?

Tabla 3. Políticas impositivas y restricción por edad para el control de bebidas alcohólicas

País	Políticas Impuestos			Edad Mínima consumo		
	Cerveza	Vino	Bebidas Alcohólicas	Cerveza	Vino	Bebidas Alcohólicas
Israel	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Suecia	Sí	Sí	Sí	20	20	20
Suiza	Sí	No	Sí	16	16	18
Francia	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Estados Unidos	No	No	Sí	21	21	21
Alemania	Sí	Sí	Sí	16	16	18
Rusia	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Holanda	Sí	Sí	Sí	16	16	18
Argentina	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Japón	Sí	Sí	Sí	20	20	20
Sudáfrica	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Brasil	Sí	Sí	Sí	18	18	18
República Checa	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Irlanda	Sí	Sí	Sí	18	18	18
Colombia	Sí	Sí	Sí	18	18	18

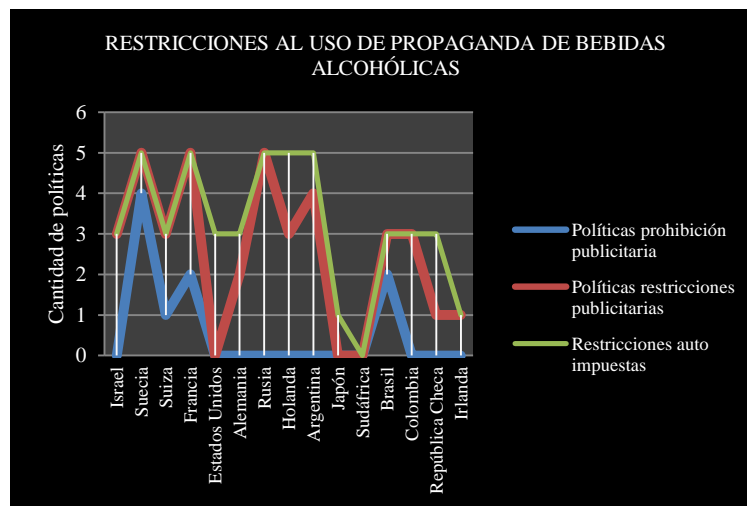
De conformidad con los datos expuestos, es evidente que la respuesta a este interrogante es negativa. Según el estudio proporcionado por la (OMS, 2011) un 9% de las muertes producidas en personas entre 15 a 29 años se relacionan con el consumo de alcohol. De otra parte, las políticas de impuestos no constituyen un factor que desincentive la producción, debido a que el negocio de las



bebidas alcohólicas es muy lucrativo<sup>60</sup>, tanto para inversores privados, como para el propio Estado cuando tiene el monopolio de la producción de licores como sucede en Colombia, en los cuales se cobra un impuesto sobre la venta (impuesto de valor agregado, en adelante IVA)<sup>61</sup> el cual debe ser girado directamente a los fondos seccionales de salud.

(iii) ¿Los países con mayores restricciones para la promoción de bebidas alcohólicas tienen una cifra menor de incidentes mortales relacionados con el consumo de esas sustancias?

Figura 8. Restricciones al uso de propagandas de bebidas alcohólicas



Negativo. No hay un patrón que indique que las restricciones legales para la comercialización y promoción, del consumo de licores disminuya la cantidad de incidentes mortales. Esto obedece a varios factores. El primero, es que los Estados no están realmente comprometidos con la disminución del consumo de bebidas alcohólicas, pues como se explicó con anterioridad constituyen en muchos casos una fuente de ingresos públicos. Segundo, las restricciones sobre la comercialización en medios de información es relativa, por ejemplo en algunos casos se prohíbe los comerciales sobre cervezas en las transmisiones de los partidos de fútbol, pero las vallas publicitarias que inevitablemente el televidente observa constituyen un pauta comercial con un efecto enorme. Tercero, se adopta la figura del fin justifica los medios, cuando por medio de los

<sup>60</sup> Por ejemplo el grupo cervecero holandés Heineken tuvo un beneficio neto de 483 millones de euros en el tercer trimestre del año, (Agencia EFE, 2013)

<sup>61</sup> De conformidad con el artículo 25 del Decreto 380 de 1996 se debe aplicar el IVA dependiendo el tipo de licor así: Sabajones, cremas y aperitivos de grado alcohólico menor a 20 grados un 15%; Vinos y mostos de uvas un 15%; Vinos y vermut de uvas preparados con plantas o sustancias aromáticas un 15%; Demás bebidas fermentadas (sidra, perada, aguamiel) un 15%; Whisky añejo menor de 12 años un 20%; Licores como aguardiente, ron, brandy, ginebra, whisky estándar, etc. un 35% (Fedesarrollo, 2011)

referidos productos se incentivan otro tipo de actividades saludables, como la práctica del deporte, hecho que no ocurre sólo con el alcohol sino con otro tipo de sustancias nocivas para la salud<sup>62</sup>.

Así las cosas, puede observarse que los problemas relacionados con la salud por consumo de bebidas alcohólicas tiene varios escenarios. El primero de ellos, es que en muchas ocasiones es el propio Estado el que produce la bebida alcohólica o cobra impuestos costosos para su producción porque ello le representa un gran ingreso de dinero, con lo cual se cubre parte de los gastos en salud. Al respecto consideramos que esta práctica no es del todo censurable pues el hecho no es prohibir tales bebidas, sino concientizar a los usuarios sobre el consumo responsable con pautas publicitarias serias y acciones por parte del Estado encaminadas a detectar factores de riesgo asociados con el consumo excesivo o prácticas peligrosas relacionadas con episodios de ingesta esporádica.

En el mismo sentido, es necesario responsabilizar las empresas productoras sobre los efectos causados por pautas publicitarias poco éticas que incentivan el consumo a temprana edad, a través de la creación de estereotipos, eventos culturales o más recientemente lo deportes extremos<sup>63</sup>. Entonces, no basta con exponer que tales bebidas son perjudiciales para la salud, sino promocionar estilos de vida sanos en los cuales se exponga que una vivir libre de alcohol no sólo es posible, sino normal.

Ahora bien, debido a las múltiples problemáticas suscitadas por el consumo de bebidas alcohólicas, la aprobó en 2010, una resolución en la que hace suya la estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol y por la que insta a los países a que fortalezcan las respuestas nacionales a los problemas de salud pública causados por dicho uso. Con el propósito de alcanzar tal objetivo diseñó un plan de políticas que se complementan y apoyan de manera recíproca los cuales se sintetizan en: (i) liderazgo, concienciación y compromiso; (ii) respuesta de los servicios de salud; (iii) acción comunitaria; (iv) políticas y medidas contra la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol; (v) disponibilidad de alcohol; (vi) comercialización y promoción de las bebidas alcohólicas; (vii) políticas de fijación de precios mitigación de las consecuencias negativas del consumo de alcohol y la embriaguez; (viii) reducción del impacto en la salud pública del alcohol ilícito y el alcohol de producción informal; (ix) seguimiento y vigilancia (OMS, 2010 b).

De otra parte, una vez adquirida una enfermedad relacionada con el consumo alcohol o acaecido un hecho generado como consecuencia de su ingesta se generan varias obligaciones para el Estado cuyo desconocimiento repercute en una vulneración del derecho a la salud. No se trata de exponer que el Estado es responsable de la decisión libre y espontánea de consumir alcohol, sino de los efectos que se generan de ello. En ese orden de ideas los gobiernos tienen la obligación de desarrollar políticas para la recuperación del individuo y en caso la reinserción del mismo en la sociedad. Así las cosas, la persona enferma por consumo de bebidas alcohólicas no puede dejarse a merced de los acontecimientos, sin un apoyo institucional en contravía de los principios de solidaridad que deben irradiar los ordenamientos jurídicos.

Al respecto, llama nuestra atención una decisión adoptada por el máximo Tribunal constitucional colombiano, en donde el papel del juez como garante de derechos fundamentales ha

---

<sup>62</sup> Es paradójico que en Colombia el torneo profesional de fútbol se llamaba hasta hace poco Copa Mustang (nombre de la marca de cigarrillos más vendidos en ese país) y que los uniformes de los equipos, aún en la actualidad lleven logotipos de cervezas y licores, como Pilsen, Águila, Cristal, Néctar, entre otras.

<sup>63</sup> Como el caso de la cerveza *Ambar Export* y *Cervecería Corona*, esta última promotora de torneos de surf.

servido como modelo para la reincorporación del individuo enfermo en la sociedad, partiendo de la base que es un sujeto de especial protección el cual merece atención por parte del Estado. En Sentencia T-355 de 2012, expuso que las enfermedades que afectan la autodeterminación de las personas (como el alcoholismo o la drogadicción) no sólo pone en riesgo la integridad personal del sujeto que la padece sino que perturba su capacidad de razonar, de determinarse como sujeto, de poder ejercer su rol social y de materializar su derecho a la vida en condiciones dignas (Corte Constitucional Colombia. Sentencia T-355, 2012)

Más que pretender responder si la enfermedad genera pobreza, o si ésta última es responsable de la enfermedad, nuestro propósito obedeció a retratar que las condiciones a las que millones de seres humanos son expuestos a diario son indignantes. Además de ello, resulta un círculo vicioso en la cual la enfermedad y la victoria se alimentan mutuamente. De otra parte, la salud como eje en el cual se integran y articulan derechos es de vital importancia para evitar que su desconocimiento sistemático siga repercutiendo en recortes presupuestales de las políticas públicas necesarias para su consecución.

Con ello queremos exponer nuestro desacuerdo con el incremento del gasto en salud, generado por la atención y tratamiento de enfermedades, en detrimento de inversión en políticas públicas de educación, alimentos, vivienda digna, entre otras, las cuales tendrían un papel importante en la promoción y prevención de las enfermedades, atacando el problema desde la causa y no a partir de los efectos.

Esto nos lleva necesariamente a concluir que el mejoramiento de las condiciones de salud no es un fin en sí mismo, sino un medio para lograr las condiciones de existencia dignas para los seres humanos. Estas *condiciones* no tienen lugar con un crecimiento previo de la economía, pues ello es una consecuencia necesaria de la satisfacción de las mismas. De la misma manera, compartimos las consideraciones expuestas por la (OMS, 2001) según las cuales las mejoras realizadas en el campo de la salud, no fomentan el crecimiento de la economía por la reducción de las pérdidas relacionadas con la mortalidad y la morbilidad, sino por el efecto directo en la productividad de los trabajadores en razón a la modificación de los comportamientos microeconómicos.

De esta manera concluimos nuestro estudio sobre las enfermedades más preponderantes a nivel mundial. Con ello hemos querido exponer que no basta con la imposición de medidas legislativas o la suscripción de tratados internacionales para hacer frente a sus causas y consecuencias. También hemos sido incisivos en señalar que se necesita una combinación de atención integral o ataque frontal contra las consecuencias de la enfermedad y políticas encaminadas a la promoción y prevención de las patologías analizadas, debido a que esto último tendría un efecto real en la disminución de las enfermedades.

A su vez, hemos observado que la aparición de enfermedades (con excepción de los sucesos relacionados con el alcohol) tiene común denominador en las condiciones de pobreza, las cuales son catalizadores el surgimiento, desarrollo y falta de control de las sintomatologías estudiadas. En ese orden de ideas, hemos enfatizado que la superación de tales condiciones por medio del desarrollo de programas de educación, vivienda digna, vestuario apropiado, programas para el saneamiento ambiental, urbanización adecuada, alimentación, entre otros, son un vehículo importante para disminuir la morbilidad, la mortalidad, el contagio y aparición de patologías.

A partir de ello, sería interesante analizar si el aumento de la expectativa de vida<sup>64</sup>, podría incentivar en el largo plazo el ahorro y la inversión, hecho que sin duda repercutiría de manera positiva en la transmisión de capital humano y económico mejorado para las generaciones futuras (López-Casanovas, Rivera, & Currais, 2005) protegiéndolos de las consecuencias inmediatas causadas por la enfermedad e incluso evitando la aparición de las mismas. Al respecto anunciamos que ello será objeto de estudio en el siguiente capítulo.

Por último es claro que existe un tema de manera transversal a toda esta exposición: la pobreza, el analfabetismo, el hambre, las condiciones de insalubridad, la contaminación del ambiente, la falta de programas de promoción y de prevención, de medicamentos, de personal médico, de vestido, de educación, entre otros factores, no sólo constituyen elementos para la causa de las enfermedades y la falta de bienestar, sino que desconocen el derecho fundamental humano a la salud. Desde el estudio de argumentos de orden fáctico hemos demostrado por qué ese derecho, tal y como se encuentra planteado y garantizado ha insuficiente para garantizar los objetivos propuestos en su conceptualización. En síntesis, comprobamos que existen argumentos materiales para efectuar un cambio en sus presupuestos y en su conceptualización.

Ahora bien, la situación actual del derecho a la salud no puede analizarse únicamente con base en supuestos fácticos, debido a que los mismos obedecen a programas políticos cuidadosamente estructurados, que se enmarcan dentro de corrientes de pensamiento que han dado forma a las actuales instituciones, organizaciones, directivas nacionales e internacionales. Entonces, la manera en la cual se vive o su muerte, el contenido de los derechos, el ejercicio de los mismos, las soluciones para resolver la inequidad, las políticas públicas para el tratamiento de enfermedades, la forma de Estado, entre otras tantas cosas, tienen fundamento no sólo en los hechos, sino también en el papel. Entender ello es determinante para proponer un cambio o para defender el estado actual de cosas. Por ello, nuestra propuesta para el siguiente capítulo es exponer de manera breve los principales debates en la filosofía política, económica y del derecho, con el objeto de poder asumir una posición suficientemente argumentada, ahora desde lo formal, para sustentar la necesidad de adoptar un derecho integral e integrador del derecho humano fundamental a la salud.

---

<sup>64</sup> A pesar que la esperanza de vida, es un factor utilizado para medir el bienestar al interior de una sociedad, reconocemos que el mismo no captura todos los aspectos relacionados con la salud, la calidad de vida, el costo de oportunidad, etc. No obstante, como será objeto de análisis en el capítulo tercero, consideramos que tal expectativa está relacionada con el mejoramiento de condiciones como la educación, la vivienda, la alimentación, etc. (OPS - OMS, 2003)

### **3. Vida y muerte... propósito, justicia y pensamiento.**

Toda idea que triunfa marcha hacia su perdición. Aquella máxima famosa pronunciada por André Breton, incorpora ese matiz de humildad ante la ciencia que la hace destacable en millones de frases. Sin embargo, cuando empezamos a estudiar las diferentes corrientes de pensamiento que abordaremos a continuación surge una duda razonable, la cual consiste en preguntarse por qué hay ideas que triunfan y permanecen indemnes a la amenaza de los años, y no solo ello, sino que son asumidas como dogmas incuestionables, irrefutables e inmodificables.

Como tuvimos oportunidad de exponer en un primer momento, la historia del derecho a la salud es la batalla librada por los oprimidos para la humanización de las formas de producción. Como también señalamos, tal lucha no ha sido fácil y ha encontrado límites y libertades en la economía, la política, el Derecho, la cultura y el ambiente, porque a partir de estos conceptos se han legitimados diferentes posturas respecto a que debe entenderse como justicia. Para dar un ejemplo, algunos autores considera que es justo que algunas personas ganen salarios inferiores por no esforzarse en conseguir un título universitario, o una educación si quiera mínima respecto al ejercicio de un oficio, así las cosas no se justifica una política para proporcionarle salud gratuita pues una persona improductiva no debería obtener tal beneficio. De otra parte, alguien podría pensar que la situación descrita es injusta porque la salud no debería depender de los méritos que haga una persona, sino de su condición humana.

Tales son las cuestiones que pretendemos ilustrar, y para ello presentaremos una breve exposición sobre las teorías de la justicia de un grupo selecto de autores que ven este asunto desde perspectivas diferentes. A partir del estudio propuesto, esperamos contar con herramientas suficientes para brindar alternativas para la protección efectiva del derecho humano fundamental a la salud.

#### **3.1 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría utilitarista**

Nuestro primer grupo de autores considera que los actos son correctos cuando maximizan la felicidad general. Así las cosas, los intereses individuales deben ceder ante acciones que promuevan el interés colectivo o con las cuales la sociedad en general mejore su situación. Esta corriente denominada utilitarismo es determinante para explicar el surgimiento una gran variedad de escuelas de pensamiento. A pesar de la cantidad de defensores de esta postura, por motivos de espacio nos limitaremos a exponer de manera breve el pensamiento de dos de sus más grandes exponentes. El primero de ellos Jeremy Bentham, puede describirse como un filósofo y jurista procedente de Inglaterra el cual puso de presente que los seres humanos deben ser imparciales en la búsqueda del placer. Para efecto de nuestro objeto de estudio, adoptaremos tal categoría como el mejoramiento de las condiciones de las cuales un sujeto determinado en un momento específico de la historia

pretende mejorar su situación, incrementar su bienestar, o porque no propender por lograr condiciones de salud más benéficas.

La posición de Bentham nos parece atractiva porque expone que a las sociedades no les es permitido reprochar la búsqueda del placer anteponiendo consideraciones de clase, situación económica o cualquier otro criterio diferenciador (Bentham, 1780). Esta preocupación por maximizar la felicidad típica del utilitarismo, puede adaptarse a diferentes discursos, como el mejoramiento de las condiciones para ejercer el derecho a estar sano. Así las cosas, esta posición nos permite, por ejemplo, concluir que para la doctrina utilitaria la sociedad no ha de valorar como superior la salud de una persona por el hecho de ser dueño de un banco, o por tener mayores ingresos que un individuo pobre proveniente de un país en desarrollo.

Al respecto (Kymlicka, 1995, pág. 45) expone que un método obvio de precisar las ideas del utilitarismo, es otorgar un mismo peso a las preferencias de cada persona, sin tener en cuenta el contenido de las preferencias o la situación material de la persona. *“Como sostiene Bentham, contamos a cada uno como uno, y nadie es más que uno. Así, en una primera explicación del utilitarismo, la razón por la cual deberíamos conceder igual importancia a las preferencias de cada persona sería que de ese modo tratamos a las personas como iguales, con igual consideración y respeto”*.

Sin embargo, cabe hacer una importante aclaración los deseos, las preferencias, los placeres, los objetivos, entre otros, que el individuo pretenda perseguir deben ser moralmente correctos, pues de otra manera no se incrementaría el bienestar de la sociedad. A manera de ilustración, podría suponerse una situación en la cual un individuo sustraiga bienes o recursos públicos para satisfacer su deseo de incrementar su patrimonio, aunque maximizó su beneficio, esta acción sería censurada desde el utilitarismo pues la colectividad se ha visto perjudicada. De allí la idea, según la cual la suma de intereses individuales moralmente aceptables, repercute en incremento del bienestar general.

En atención a ello puede sugerirse que el utilitarismo defiende que: (i) las personas importan, de modo igual, por tanto (ii) tiene que otorgarse igual peso e importancia a los intereses de cada persona, así las cosas (iii) las acciones moralmente correctas desarrollarán al máximo la utilidad.

Como es natural a partir de ello, surgen el siguiente cuestionamiento ¿Cuáles son y de qué tipo las preferencias que puedo perseguir? El utilitarismo respondería que las que incrementen el beneficio personal y social a partir de actuaciones moralmente válidas. No obstante esta teoría reconoce que no siempre hay un conceso social sobre la pertinencia moral de nuestras acciones. Para resolver este problema (Mill, 1863), propone que se desarrollen los instrumentos necesarios para que los miembros de la sociedad estén debidamente informados sobre las acciones que pueden ejercer libremente para maximizar su beneficio. Ello constituye, en su concepto, un presupuesto para que las personas se encuentren en situación de igualdad, y por tanto, permite que sean tratadas de la misma manera.

Sin embargo, compartimos la posición asumida por el profesor (Kymlicka, 1995), según la cual el utilitarismo ha interpretado de manera indebida el presupuesto de igual consideración a los intereses de cada persona, acción que tiene como resultado, que algunas personas nos sean tratadas como iguales, sino como medios para lograr los fines de otras personas. Así las cosas el utilitarismo puede clasificarse como movimiento político de la mayoría, hecho que sin duda puede parecer atractivo, para atacar a quienes mantienen privilegios injustos a costa de muchas personas. No obstante, este tipo de posiciones totalizantes tiene un efecto negativo respecto al reconocimiento del

ser humano como sujeto autónomo. De esta manera, su cosmovisión, proyecto de vida, creencias, ideología, etc., estaría sujeta a la posición dominante de la mayoría.

Desde este tipo de postura, que nos atrevemos a calificar de colonial, estarían amenazadas muchas de las concepciones sobre salud, enfermedad, vida o muerte, de una pluralidad indeterminada de sociedades indígenas, o comunidades históricamente excluidas, en pro del bienestar general. Aunado a ello, el utilitarismo presenta otra dificultad, ve al sujeto como un medio y no como un fin en sí mismo. Nosotros hemos defendido en esta tesis que si bien la salud es un medio para lograr la libertad, no puede predicarse lo mismo de las personas, a quienes deben respetarse unos derechos mínimos para que tengan la posibilidad de autodeterminarse y adoptar decisiones propias, basados en información suficiente para adoptar el plan de vida de su escogencia.

Si bien los retos actuales del derecho a la salud, requiere la adopción de conciencia todas las mujeres y hombres en este preciso momento histórico, no pueden adoptarse posiciones que fomenten el sacrificio de las libertades conseguidas a través complejos procesos sociales resultado de luchas entre dominados y dominadores, propietarios y excluidos. A pesar de ello, reconocemos importantes aportes del utilitarismo en la construcción de una teoría de la justicia, como (i) la búsqueda de la maximización del beneficio de la sociedad y; (ii) la imparcialidad en la búsqueda de satisfacción de intereses individuales sin hacer distinción alguna por razones de clase, ingresos, estatus social, etc. Sin embargo, reiteramos que disentimos en la manera en que se propone lograr estos propósitos y como se instrumentaliza al hombre para el beneficio común.

### **3.2 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría liberal**

No es del todo arriesgado aventurarse a afirmar que las teorías denominadas liberales deben entenderse como una reacción a la propuesta elaborada por el utilitarismo. Si tenemos en cuenta que este último desconoce la existencia de unos derechos mínimos que no pueden ser desconocidos aun en beneficio de la mayoría, además de considerar que el beneficio conseguido con la ejecución de una acción o política determinada debe medirse en términos de utilidad y no de libertades alcanzadas, podemos concluir que muchas de las ideas propuestas por los autores liberales constituyen un ataque frontal a la doctrina utilitaria.

Como el liberalismo abarca diferentes vertientes de pensamiento, proponemos ilustrar en este apartado la que ha nuestro parecer causa mayor impacto en la manera como debería entenderse la justicia: el liberalismo igualitario. En la siguiente sección nos ocuparemos de las doctrinas empleadas por el liberalismo conservador o también denominado libertarismo. Una vez expuesta la metodología a seguir, proseguimos en nuestro objeto de estudio.

El liberalismo igualitario sostiene que las instituciones básicas de la sociedad no deben distinguirse simplemente por ser ordenadas y eficientes: ellas deben ser sobre todo, justas. Y si no lo son, deben ser reformadas o abolidas (Rawls, 1971). Partiendo de este supuesto, esta postura, de entrada, se aparta de la propuesta utilitarista en donde el fin mayor a perseguir no es la justicia sino la utilidad.

Consideramos apropiado exponer el pensamiento de Rawls porque es claro que domina el campo de discusión, no en el sentido de proporcionar un acuerdo, pues como lo indica (Kymlicka, 1995, pág. 65) son bastantes las personas que están en desacuerdo con sus postulados, sino en el sentido de que los teóricos posteriores se han definido por oposición al pensamiento rawlsiano, explicando nuevas teorías contrastando o criticando a Rawls. De esta manera no podríamos darle sentido a trabajos posteriores sobre la justicia si no entendemos a este autor.

Precisamente John Rawls escribe su obra *“A Theory of Justice”* como una reacción al utilitarismo, en donde expone que uno de sus principales problemas es ver la sociedad como un cuerpo en donde es posible sacrificar una parte en virtud de las restantes. A propósito (Gargarella, 1999), señala que para Rawls ello resulta ilegítimo porque desconoce la independencia y separabilidad de las *personas* *“el hecho de que cada individuo debe ser respetado como un ser autónomo, distinto de, y tan digno como, lo demás. Este ejercicio globalizante del utilitarismo no habla de una operación que, al menos, requiere de una especial y muy sólida justificación adicional.”* Esto lleva los problemas de exclusión relacionados en el apartado anterior, pero además abre una discusión importante: la posibilidad de sacrificar parte de los derechos individuales a partir de una *justificación adicional*.

Para entender gran parte la propuesta de Rawls, entonces, es necesario comprender que los derechos individuales no son absolutos y que tienen límite en el interés general cuando hay razones que podemos denominar suficientes. Para profundizar en esta idea, plantearemos de manera preliminar que la justicia para ese autor se resume a la siguiente idea: Todos los bienes primarios sociales (libertad y oportunidad, ingresos y riqueza, y los fundamentos de la propia estima) tienen que distribuirse de manera igual a menos que una distribución desigual de alguno de estos bienes o de todos ellos resulte ventajosa para los menos favorecidos (Rawls, 1971, p. 303)

En ese sentido puede concluirse que (i) tratamos a las personas como iguales no mediante la eliminación de todo tipo de desigualdades, sino de aquellas que perjudican a alguien y; (ii) las desigualdades están permitidas si mejoran mi porción inicial en el reparto, pero no lo están si, como en el utilitarismo, se apropian de mi porción equitativa (Kymlicka, 1995, pág. 66). Sin embargo, tal concepción debe someterse a un análisis que establezca un sistema de prioridades para casos en los cuales se presente conflictos entre bienes jurídicos, como por ejemplo cuando se da el caso en el cual incrementamos los bienes de una persona a cambio de privarle de sus necesidades básicas. Con el propósito de explicar tal solución Rawls descompone su teoría de la siguiente manera:

*“Primer principio: Cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio y total sistema de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertades para todos.*

*Segundo principio: Las desigualdades económicas y sociales tienen que estructurarse de manera que redunden en:*

*(i) mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo,*

*(ii) unido a que los cargos y las funciones sean asequibles a todos bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades.*



*Primera norma de prioridad (prioridad de la libertad): Los principios de justicia tienen que clasificarse en un orden lexicológico, y, por tanto, las libertades básicas sólo pueden limitarse a favor de la libertad en sí misma.*

*Segunda norma de prioridad (prioridad de la justicia sobre la eficacia y el bienestar): El segundo principio de la justicia es lexicológicamente anterior al principio de la eficacia, y al que incrementa la suma de ventajas; y la igualdad de oportunidades es anterior al principio de diferencia.” (Rawls, 1971, pp. 235-236)*

La aplicación de estos principios tal como están planteados, podrían fundamentar que las personas tienen derecho a un sistema de libertades básicas para materializar su derecho a la salud. De esta manera puede argumentarse que deben brindarse unas garantías mínimas para que tengan acceso, a medios económicos suficientes, alimentación, vestuario, medicamentos, saneamiento, ambiente sano, recursos energéticos, atención médica, entre otros. Este tipo de planteamientos resolverían los problemas actuales del derecho a la salud, máxime cuando según la primera norma de prioridad de la teoría de Rawls, indica que estos principios sólo podrían limitarse en favor de la libertad misma, y como estos son definitorios del concepto de libertad aplicado al derecho a la salud, tendríamos que concluir que toda limitación que se haga del mismo debe redundar en el mejoramiento de condiciones iniciales.

Sin embargo, surge la pregunta ¿Cómo sabemos que principios son justos? ¿Cómo decantarnos por la observancia de determinados principios y no por otros? Si la respuesta en el utilitarismo era que deberíamos inclinarnos por aquellos que representen un aumento en el bienestar de la sociedad o que generen una mayor utilidad, ¿cuál es la respuesta que ofrece Rawls a estos interrogantes? En el mismo sentido, puede cuestionarse por qué calificamos como justos los elementos para la protección del derecho a la salud, enunciados con anterioridad.

Rawls responde a este tipo de cuestionamientos señalando que los principios de libertad, igualdad y solidaridad defendidos en su teoría, serían escogidos por cualquier tipo de sociedad en un hipotético contrato social. Para defender tal postura expone que en una situación anterior al referido contrato, que en adelante denominaremos como la posición original, las personas se encuentran tras un velo de la ignorancia, cuyas características por ser de vital importancia para entender tal postura transcribimos in extenso:

*“nadie sabe cuál es su lugar en la sociedad, su posición, clase o status social; nadie sabe tampoco cuál es su suerte en la distribución de ventajas y capacidades naturales, su inteligencia, su fortaleza, etc. Supondré, incluso, que los propios miembros del grupo no conocen sus concepciones acerca del bien, ni sus tendencias psicológicas especiales. Los principios de la justicia se escogen tras un velo de ignorancia. Esto asegura que los resultados del azar natural o de las contingencias de las circunstancias sociales no darán a nadie ventajas ni desventajas al escoger los principios. Dado que todos están situados de manera semejante y que ninguno es capaz de delinear principios que favorezcan su condición particular, los principios de la justicia serán el resultado de un acuerdo o de un convenio justo” (Rawls, 1971, p. 25)*

A partir de ello, es posible argumentar por qué damos por cierto que las condiciones que proponemos para garantizar el derecho a la salud, son justas. Si nos situáramos tras el velo de la ignorancia propuesto por Rawls y tuviéramos incertidumbre sobre nuestra situación futura, no hay duda que nos parecerían justos aquellos principios que nos garantizaran igualdad en la asignación

de recursos, libertad para poder adoptar medidas adecuadas para proteger nuestra salud; y solidaridad para recibir la ayuda de nuestros semejantes cuando suceda un hecho no previsible que afecte el ejercicio de nuestros derechos.

Hasta aquí la teoría propuesta por el académico estadounidense parece responder a todas nuestras demandas, no presenta inconveniente alguno para el goce efectivo de derechos y nos permite asumir una concepción de salud integral e integradora de derechos. No obstante, las dificultades de aplicar este enfoque tienen lugar cuando analizamos el principio de diferencia (segundo principio) el cual expone que las desigualdades son justificables (en nuestro concepto tal teoría expone, de manera implícita, que son deseadas) siempre y cuando ello mejore la situación de los menos aventajados.

Esto, sin duda, resulta un contrasentido pues como tuvimos oportunidad de exponer con anterioridad, las desigualdades repercuten en la manera como se accede a bienes que permiten el goce y disfrute efectivo de los derechos, como por ejemplo la salud. Gran parte de la problemática actual de derechos tienen fundamento y razón de ser en la evidente desigualdad en la asignación de recursos. Así, la manera para superar la constante vulneración del derecho humano fundamental a la salud consiste en garantizar los derechos al mínimo vital, a la alimentación, al vestido, al acceso a medicamentos, al saneamiento, a un ambiente sano, a disponibilidad de recursos energéticos, a la atención médica de calidad, entre otros; hecho que no puede lograrse sin superar el abismo económico entre ricos y pobres.

Justificar la desigualdad a partir del mejoramiento de las condiciones de indignidad en las cuales viven millones de seres humanos, no es una solución adecuada máxime cuando la razón de tales problemas tienen origen en un sistema inequitativo, desigual, arbitrario, exclusivo, colonial, como el capitalismo. El principio de diferencia expuesto por Rawls, no es más que una versión reeditada de la justificación para la apropiación ilimitada defendida por Locke<sup>65</sup>. Al respecto compartimos la postura adoptada por el profesor (Mesa Cuadros, 2007, pág. 151) al exponer *que “Frente a la afirmación del establecimiento de los límites de los derechos humanos y siendo conscientes de que no hay derechos absolutos y que los derechos están en permanente creación, recreación, reivindicación y concreción (aunque con ello no se indique que están siendo efectivamente protegidos), sí creemos que los límites deben predicarse sobre todo de las acciones humanas. Son claros límites a acciones humanas, entre otros las responsabilidades y los deberes concretos para con los otros sujetos, no abusar de los derechos, los cuales están condicionados por los derechos y libertades de los demás, los intereses colectivos ligados al bien común, al interés general y a la conservación de la sostenibilidad de la vida en la biosfera.”* De esta manera, consideramos que la teoría propuesta por Rawls no sólo es insuficiente para garantizar el derecho fundamental humano a la salud, sino legitima las condiciones estructurales de su constante vulneración.

Pero el liberalismo igualitario no se basa de manera exclusiva en la teoría de la justicia de Rawls. Dentro de esa misma corriente de pensamiento, Ronald Dworkin propone correcciones a tal teoría que consideramos pertinente revisar. Estas modificaciones tienen fundamento en que para este autor la teoría propuesta por Rawls, (i) es insensible a las dotaciones propias de cada persona y; (ii) no es sensible a las ambiciones propias del individuo.

---

<sup>65</sup> En un primer momento Locke, estableció dos limitaciones al individualismo propietario (dejar bueno y dejar suficiente para los demás). No obstante considera que con la aparición del dinero, las referidas reglas perdieron vigencia, legitimando con ello la apropiación ilimitada de recursos (Locke, 1690)

Respecto a la primera, expone que los dos principios de la teoría de Rawls permiten que algunos sujetos resulten afectados por circunstancias que no controlan, dado que ésta define la posición de los que están peor en términos de posesión de bienes primarios de tipo social (derechos, oportunidades, riqueza, etc.) y no en términos de bienes primarios de tipo natural (talentos, capacidad mentales o físicas, etc.). Para Dworkin ello genera resultados contraintuitivos, puesto que, por ejemplo, una persona con ingresos algo mayores que otra, pero con serias afecciones físicas, se encontraría mejor que esta última aun cuando sus mayores ingresos no le resulten suficientes para pagar las medicinas que requiere debido a sus desventajas naturales (Dworkin, 1991, pág. 71)

De otra parte, respecto al segundo cuestionamiento, el hecho que la teoría propuesta por Rawls exponga que las desigualdades sociales son permisibles sólo si operan en beneficio de los menos afortunados, o los desaventajados, puede desincentivar la competitividad y la productividad. Para ilustrar tal situación, Dworkin presenta un caso en el cual a dos personas se les asignan recursos y talentos en igual cantidad. Una de ellas trabaja de manera fuerte para incrementar su dotación inicial en tanto la otra trabaja mucho menos y prefiere gastar todos sus ahorros en actividades de recreación. Siguiendo la teoría rawlsiana, la primera persona al verse beneficiada por el incremento de utilidades y generar una situación de recursos desigual, deberá repartir parte de su ganancia con la segunda, imponiéndose de alguna manera un castigo por su productividad, hecho que no permite que la primera persona disfrute del ingreso extra generado por adoptar un plan de vida que por sí misma y asumiendo los riesgos de ello decidió seguir (Dworkin, 1991, págs. 74-75).

Así las cosas, Dworkin propone que las personas tengan la posibilidad de comenzar sus vidas con iguales recursos materiales, y que tengan una igual posibilidad de asegurarse contra eventuales desventajas. De esta manera, consideramos que este autor no ve inconveniente alguno en la generación de desigualdad, puesto que con la solución propuesta las diferencias económicas de unas personas con otras se daría por la utilización indebida de los recursos iniciales.

Con relación a ello habría lugar a preguntarse a partir de qué criterios debería definirse la asignación inicial de bienes, o mejor aún cuáles bienes deberían ser dispuestos en el momento de la repartición. Ante la insuficiencia de tal teoría para responder estos cuestionamientos, consideramos que ésta presenta el mismo problema de cualquier teoría liberal, la pretensión de universalizar cierto paquete de bienes o derechos que para el programa liberal son fundamentales, sin tomarse el trabajo de analizar si éstos son importantes y en qué grado, para todas las personas.

En razón a ello presentamos dos críticas a la postura asumida por Dworkin, la primera es que si se asignara una cantidad de bienes iniciales, tendría que haber tantas listas de ellos como maneras de percibir el mundo y como planes de vida existen. Esto se explica, porque para unas personas el hecho de tener una casa, un carro y unos electrodomésticos puede ser justo y suficiente para tener una buena vida, en cambio, para otras, ello no significa gran cosa y pueden optar por preferir medios económicos para satisfacer su deseo, de viajar por todo el mundo, hacer obras de caridad, dedicarse a los estudios, etc.

La segunda, es que las desventajas naturales no pueden ser suficientemente cubiertas por un seguro, porque si bien, en el sentido indicado por Dworkin ello cubriría las contingencias de una posición inicial o sobreviniente desafortunada, puede generarse una situación de desigualdad que no podrá ser controlada por medio de la redistribución del ingreso, hecho por el cual, cada vez que la persona se vea obligada a competir con otra estará en inferioridad de condiciones.

En síntesis, consideramos que las teorías liberales estudiadas en este apartado, pueden entenderse como la pretensión de ubicar a los individuos en una posición inicial en la cual se brinden unos derechos mínimos en una porción idéntica, para que tengan la oportunidad de acudir al mercado en condiciones justas. Sin embargo, no logran responder a los problemas que se suscitan por el hecho incontrovertible de nuestras diferencias como sujetos, las cuales inciden en que no tengamos una visión uniforme sobre la riqueza, el sentido de la vida, los deseos, el sentido de justicia, etc.

A pesar que estas teorías se clasifiquen de igualitarias, hay un hecho seguro y es que generan desigualdad e inequidad. De hecho, con la pretendida igualdad de mercado se legitiman discursos para la apropiación ilimitada, hecho que desde nuestra perspectiva constituye la razón principal para la privación de recursos que harían posible el goce efectivo del derecho humano fundamental a la salud.

### **3.3 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría libertaria.**

Nuestro siguiente grupo de autores considera que el Estado debe limitarse a garantizar el libre mercado y abstenerse de proponer y ejecutar políticas públicas, que tengan como propósito la redistribución impositiva del ingreso, para llevar a cabo una teoría liberal de la igualdad. De esta manera, la fundamentación de un derecho como la salud, estaría por fuera de sus intereses y su realización constituiría una amenaza para las libertades individuales. Esta propuesta de pensamiento se denomina liberalismo conservador, pero ha adoptado el nombre de libertarismo.

A pesar de la gran variedad de autores que defienden esta postura, queremos llamar la atención sobre dos de ellos que, en nuestro concepto, constituyen un referente de obligatorio estudio para el análisis de esa teoría. El primero de ellos, Nozick, expone que si asumimos que todos los seres humanos tienen derecho a los bienes que en la actualidad poseen, entonces una distribución justa es cualquiera que resulte del libre intercambio de sus propiedades. Así las cosas, todo tipo de asignación de recursos que se genere a partir de transacciones libres y situaciones justas, es legítima.

Por ello, este teórico considera inapropiado que un tercero externo a una negociación se apropie de los beneficios obtenidos con tal transacción, toda vez que no tiene justo título para ello. Sobre la base de lo expuesto, Nozick expone que es arbitrario que un gobierno cobre impuestos sobre los intercambios, máxime si tal gravamen se efectúa en contra de la voluntad de las partes negociantes, aun si se utilizan tales tributos para compensar los costes adicionales de las desigualdades naturales e inmerecidas de algunos. Para este autor, la única carga impositiva legítima es aquella necesaria para mantener el funcionamiento de las instituciones básicas que permiten el intercambio, como la policía y el sistema judicial.

Debido a ello, Nozick propugna por la minimización del Estado, pues ve en éste un aparato que impone la solidaridad y la obligación de redistribuir las ganancias obtenidas en los intercambios privados. A partir de lo expuesto, se pregunta ¿Por medio de qué proceso podría una transacción entre dos personas dar origen a una pretensión legítima de justicia distributiva, contra una porción de lo que fue transferido, por parte de un tercero que no tenía ningún derecho sobre alguna pertenencia de los otros antes de la transferencia? La respuesta a aquel cuestionamiento, más que

una pregunta en sí es una premisa que afirma que no hay legitimidad alguna para tal intervención, por parte de un tercero, concretamente del Estado, para redistribuir las utilidades por medio del cobro de impuestos (Nozick, 1988, págs. 160-162)

Sobre la base de estas premisas, afirma que se justifica la existencia de un Estado mínimo que se limite a únicamente garantizar el cumplimiento de los contratos y a proteger a las personas de la violencia, el robo y el fraude. “[...] cualquier Estado más extenso violaría el derecho de las personas de no ser obligadas a hacer ciertas cosas, y por tanto, no se justifica; [...] el Estado mínimo es inspirador, así como correcto. Dos implicaciones notables son que el Estado no puede usar su aparato coactivo con el propósito de hacer que algunos ciudadanos ayuden a otros o para prohibirle a la gente actividades para su propio bien o protección.” (Nozick, 1988, pág. 7)

Con el propósito de explicar la teoría propuesta por Nozick, (Kymlicka, 1995, pág. 111) expone que en la misma subyacen tres principios fundamentales:

1. Un principio de transferencias: cualquier cosa que sea justamente adquirida puede ser libremente transferida;
2. Un principio de adquisición inicial justa: una explicación acerca del modo en que las personas, inicialmente, llegaron a poseer aquello que puede ser transmitido de acuerdo, con el primer principio expuesto.
3. Un principio de rectificación de la injusticia: el cual pretende establece como actuar si lo poseído fue injustamente adquirido o transferido.

De conformidad con estos parámetros el único límite impuesto a las transacciones entre sujetos es el justo título. No obstante, tal teoría omite pronunciarse respecto a quienes no pueden efectuar transacción alguna, debido a su falta de participación en la adjudicación inicial de recursos, y releva al Estado de corregir tal situación mediante la intervención a favor de sujetos excluidos del ámbito contractual.

Como puede observarse, el sustento de esta propuesta es la búsqueda del esfuerzo individual para el beneficio propio, hecho que para esta vertiente de pensamiento es ideal, en el sentido de fomentar la competencia y la autorregulación del mercado al mejor estilo de la mano invisible. Sin embargo, disentimos de tal postura porque se construye a partir de la situación, si nos es permitido caracterizar, utópica porque supone que las personas se encuentran en igualdad condición de libertad para realizar intercambios, hecho discutible pues esta libertad es en parte constituida por la cantidad de bienes poseídos. A pesar que, Nozick exponga que la asignación de recursos sólo es legítima cuando se adquiere de manera justa y que el Derecho debe prever mecanismos cuando se evidencie la ilegitimidad de la apropiación<sup>66</sup>, no responde a un cuestionamiento central de orden

---

<sup>66</sup> A pesar de la aparente preocupación con respecto a las apropiaciones de carácter ilegítimo, Nozick incurre en contradicciones teóricas, pues no es del todo claro cómo quiere construir un proyecto de sociedad justa, si el mismo cuestiona la necesidad de redistribuir bienes apropiados de manera ilegítima “*El término justicia distributiva no es un término neutro. Al escuchar el término distribución, la mayoría de las personas supone que alguna cosa o mecanismo usa algún principio o criterio para hacer la distribución de cosas. Algún error pudo haberse colado en este proceso de distribución de las porciones. De manera que, al menos, es una pregunta abierta saber si la redistribución debe ocurrir; si debemos hacer nuevamente lo que ya se ha hecho una vez, aunque no muy bien. Sin embargo, nosotros no estamos en la posición de los niños a los que se les ha dado tajadas de pastel alguien que hace ajustes de último minuto para rectificar un reparto*”

fáctico: ¿Qué sucedería con los sujetos que no tienen propiedad o acceso sobre determinados bienes, ya sea que hayan sido adquiridos o distribuidos de manera legítima o ilegítima?

En síntesis, si partimos de un Estado mínimo que esté limitado a las estrictas funciones de protección contra la violencia, el robo, el fraude, y que garantice el cumplimiento de los contratos ¿quién garantizaría el acceso de la población a los servicios de educación pública, atención sanitaria estatal, cuidado del transporte, protección contra el uso indiscriminado del ambiente? Nozick afirma que ello se efectuaría por medio de agencias privadas, las cuales estarían reguladas de conformidad a las leyes de oferta y demanda del mercado.<sup>67</sup> Esta postura, no aporta una solución a la problemática actual del derecho a la salud. Parte de supuestos teóricamente irrealizables, que encuentran fundamento en una posición inicial desigual, sobre la cual no se propone ningún tipo de ejercicio que pueda ser llevado a la práctica, con el propósito de superarla.

Tales concepciones sobre el esfuerzo individual, la eficiencia del mercado para asignar bienes, y la justificación de un Estado mínimo, obedecen a otro proyecto juicioso para justificar la apropiación ilimitada de recursos, por parte del liberalismo. El ataque frontal sobre las teorías de la justicia distributiva y redistributiva obedecen al propósito de la clase propietaria de mantener su posición dominante en el actual modo de producción, hecho que se consolida al limitar la cantidad de bienes y servicios con los cuales los menos favorecidos entran a competir en el mercado o, al impedir si quiera el acceso por parte de los necesitados a algún tipo de derecho.

Estas implicaciones teóricas tienen un impacto profundo en la concreción del derecho a la salud, pues sin ir muy lejos constituyen razones para defender que la salud no es un derecho sino una prestación regulada por las reglas del mercado y que en razón a ello, la misma no debe financiarse con cargo a recursos públicos. Estos argumentos defendidos por Nozick, no pueden entenderse como una posición aislada del pensamiento libertario.

En efecto, al analizar el impacto de las medidas económicas producidas por la operación del *British National Health Service*, otro exponente de la teoría libertaria de derechos, Hayek, señaló que existían dos argumentos principales por los cuales ningún servicio de salud debía financiarse con recursos públicos. La primera, es que la asistencia médica no puede contratarse de manera objetiva desconociendo las consideraciones económicas que implican su prestación. La segunda, es que dicha cobertura no se traduce necesariamente en una restauración de la eficacia laboral o capacidad productiva de los trabajadores beneficiarios, razón por la cual concluye que el sistema no es autofinanciable.<sup>68</sup> Dicho de otra manera, para Hayek la satisfacción del componente prestacional

---

*descuidado. No hay distribución central, ninguna persona o grupo facultado para controlar todos los recursos, que decida conjuntamente cómo debe repartirse. Lo que cada persona obtiene, lo obtiene de otros que se lo dan a cambio de algo, o como obsequio. En una sociedad libre, diversas personas controlan recursos diferentes, y nuevas pertenencias surgen de las acciones e intercambios voluntarios de las personas.”* (Nozick, 1988, pág. 153). Subrayas propias.

<sup>67</sup> Para dotar de coherencia a su teoría Nozick expone que la seguridad, entre otras cosas, estaría en cabeza de asociaciones privadas, que no pueden asemejarse al Estado, pues no tienen el monopolio de la fuerza y tampoco ejercen una función distributiva de bienes. *“Bajo este sistema únicamente aquellos que pagan por la protección son protegidos. Aún más, se pueden comprar diferentes grados de protección. Economías externas nuevamente excluidas, nadie paga por la protección de otros, salvo que ellos escojan hacerlo; a nadie se le exige que compre o contribuya a comprar protección para otros. La protección y la imposición de los derechos de la gente son considerados como un bien económico que será aportado por el mercado, como lo son otros bienes importantes, tales como la comida y el vestido.”* (Nozick, 1988, pág. 37)

<sup>68</sup> Este argumento también fue compartido por Jewkes quien señala que *“El interrogante económico de mayor trascendencia [que debió formularse con relación con el British National Health Service] es el*

de atención del derecho a la salud, es ilegítimo en razón a argumentos exclusivamente económicos, tal servicio genera costos imposibles de calcular al no existir una metodología que integre todas las variables y contingencias que implica su puesta en marcha, y al presentar un problema estructural frente al modelo capitalista pues no articula en todos los casos al potencial usuario del portafolio de bienes y servicios del sistema de salud, a la cadena de producción.

Respecto al primero de los argumentos, este autor expone que la carga impositiva para cubrir la demanda de servicios de salud no sólo constituye una intromisión innecesaria del Estado, sino que implica darle a los gobernados el poder de intervenir en los intercambios económicos y efectuar regulaciones en el mercado, actos que constituyen un primer paso en la “*ruta hacia la servidumbre*” Cuanta más capacidad tienen los gobiernos para controlar la vida económica, más legitimidad y voluntad, tendrán de controlar todos los aspectos de la vida. Por ello, considera que las libertades capitalistas son necesarias para preservar nuestras libertades civiles y políticas. (Gray, 1986, págs. 62-68)(Gray, 1986 b, págs. 180-185) (Hayek, 1960, pág. 121). Así las cosas, bajo este discurso el capitalismo no es defendido porque maximice la utilidad, sino porque minimiza los riesgos de la tiranía.

A su vez, respecto a las falencias del sistema al no articular en todos los casos, al usuario del servicio médico al proceso productivo, el argumento de Hayek se sintetiza en la relación costo – beneficio que le es reportada a la sociedad. Así las cosas, plantea que los costos se incrementan porque el objetivo que persigue la medicina en su progresiva evolución no se reduce a restaurar la capacidad de trabajo, sino también el alivio a los sufrimientos y la prolongación de la vida<sup>69</sup>.

Esta conclusión tiene fuertes implicaciones de orden moral, pues básicamente sostiene que los seres humanos que se encuentran en condición de enfermedad, sólo tienen derecho a morir pues hay que priorizar<sup>70</sup> las vidas de las personas que se encuentran en edad y capacidad de aportar

---

*siguiente: ¿qué ocurriría con un servicio cuya demanda a base de su gratuidad es prácticamente infinita, si no se toman medidas para incrementar la oferta de servicios, si la curva de costes aumenta rápidamente, si a cada ciudadano la ley le garantiza la mejor atención y cuidado posibles y si no existe un indispensable método de razonamiento? No recuerdo ningún economista británico que se plantee esas cuestiones antes de la implantación del mencionado servicio. Después de su puesta en práctica han sido los médicos principalmente y no los economistas quienes han suscitado tales cuestiones.”*(Jewkes, 1955, pág. 96). Argumentos que no compartimos, pues si bien es un hecho no discutido que la prestación de servicios de salud genera presión fiscal y un impacto general en la economía, no por ello deben suspenderse la ejercicio de los derechos, sino analizar las causas que generan que la demanda de servicios “*sea prácticamente infinita*”, hecho sobre el que volveremos más adelante.

<sup>69</sup>“*Como es lógico, no se puede justificar este progreso [la atención a enfermos terminales] alegando razones de tipo económico, sino consideraciones humanitarias. Sin embargo, mientras la tarea de combatir las enfermedades graves que sobrevienen e incapacitan a algunos en la edad viril se mueve en una esfera relativamente limitada, la de retardar los procesos crónicos que conducen al ser humano a la muerte no conoce límites”.* (Hayek, 1960, pág. 369).

<sup>70</sup> Para Hayek no hay sistema moral de prioridades. Según este autor, no hay un consenso real sobre bienes sociales que deban tener prevalencia sobre los demás. Por ejemplo, considera que no es claro por qué algunas corrientes de pensamiento priorizan la vida o la salud, entre otras cosas, sobre otros tipo de bienes o derechos, puesto que estos son susceptibles de ser relegados a un segundo plano si las circunstancias de mercado, o los incentivos así lo indiquen “*Tampoco es verdad que en nuestra valoración individual todo lo que pueda hacerse para asegurar la salud y la vida tenga prioridad absoluta sobre otras necesidades. [...] partiendo de consideraciones económicas aceptamos constantemente riesgos y decidimos si determinada previsión es o no rentable, es decir, ponderamos si es mejor cubrir el riesgo o atender otras necesidades. Ni el hombre más rico, normalmente, atiende cuantas exigencias el saber médico señala a favor de la salud, pues otros cometidos absorben su tiempo y energías.*” (Hayek, 1960, pág. 368).

fuerza de trabajo. Pero lo más censurable de este tipo de postura, es que no hay derecho a morir si quiera de manera digna, pues los cuidados paliativos que anteceden en muchas ocasiones al proceso de muerte por causas de enfermedades degenerativas, son costosos u ocupan la atención de profesionales que según esa escuela de pensamiento deberían atender casos de personas con altas probabilidades de recuperarse y que sean productivas. Es decir, que los ancianos, los niños, o incluso personas en edad de laborar pero que no aporten a la cadena de producción, representan un gasto innecesario que genera presión fiscal, por lo tanto no deben gozar del beneficio de la salud. *“En el sistema estratificado suele suceder que quienes pronto pretenden reintegrarse a sus actividades se vean imposibilitados por tener que esperar largo tiempo a causa de hallarse abarrotadas las instalaciones médicas por personas que ya nunca podrán trabajar.”* (Hayek, 1960, pág. 369)

La tesis expuesta es defendida en reiteradas ocasiones por Hayek, quien ve con preocupación la gratuidad del sistema de salud, el cual, en su concepto, no debería financiarse con cargas impositivas. Sin embargo, ante el hecho cierto de la obligación de tributar y, en efecto, ante la existencia del servicio público de salud, considera que, por lo menos los recursos que hace posible tal prestación deben racionalizarse. En palabras de este autor *“esta última labor [el cuidado de personas que no se encuentran en posibilidad de articularse a la cadena de producción] entraña un problema que bajo ningún concepto puede suponerse que la inagotable provisión de facilidades médicas resuelva. Implica una elección penosa entre objetivos inconciliables. [...] Es posible que la medida parezca incluso cruel, pero beneficiaria al conjunto del género humano si, dentro del sistema de gratuidad, los seres de mayor capacidad productiva fueran atendidos con preferencia, dejándose de lado a los ancianos incurables.”* (Hayek, 1960, pág. 369)

Prosiguiendo con nuestro análisis, podemos evidenciar que la preocupación transversal al pensamiento libertario, respecto a la creación de un sistema de salud financiado a partir de la redistribución de la riqueza en la sociedad bajo un esquema de impuestos, apela a que los únicos beneficiarios de tales prestaciones deben ser las personas en capacidad de tributar o aportar trabajo. Según Roberts, la atención en salud debe tener en cuenta que los recursos del sistema son limitados y por lo tanto deben aprovecharse de manera eficiente, con base en premisas similares a las expuestas por Hayek. A manera de ejemplo, expone que la población adulta mayor genera cargas desproporcionadas a la sociedad en conjunto, pues no hay retribución alguna, desde el punto de vista económico, que permita justificar tal inversión *“un hombre de ochenta años que sufre la fractura de la cadera requiere inmediata admisión en una clínica y, una vez que la logra, permanece allí durante largo tiempo. Por otra parte, la persona que podría curarse mediante una breve estancia o que padece un menos grave defecto físico que disminuye su capacidad de trabajo, tiene que esperar largo tiempo. Esta consideración económica del arte de curar pudiera parecer cruel. El reproche, ciertamente estaría justificado si nuestro objetivo fuera el bienestar del Estado considerado como una entidad sobrehumana, y apenas es necesario aclarar que el médico no se preocupa del valor económico de sus pacientes. Nuestro objetivo, sin embargo, estriba en la consecución del bienestar de los miembros del Estado, y, puesto que los recursos son insuficientes para tratar a todos nuestros enfermos con la eficiencia que el progreso que la ciencia haría posible bajo condiciones más óptimas, estamos obligados a alcanzar un justo equilibrio entre los beneficios directos del individuo a corto término y los beneficios que se derivan para ese mismo individuo a largo plazo.”* (Roberts, 1952, pág. 136).

Así las cosas, podemos concluir que la escuela libertaria no ofrece la posibilidad de construir una sociedad en la cual se redistribuyan los bienes para garantizar derechos sobre la base del concepto de solidaridad; en tal escuela de pensamiento, el ser humano es cosificado e implementado



con el propósito de brindar una solución que releve a la clase propietaria del pago de impuestos. En este punto, tanto libertarios como utilitaristas tienen puntos de vista en común: el ser humano como medio y no como un fin.

Tal afirmación es negada de manera enfática por los libertarios, quienes bajo la supuesta pretensión de “*ser dueños de uno mismo*” defendida por Nozick, exponen que el libre mercado, la redistribución de la riqueza, el Estado mínimo y la cooperación voluntaria, constituyen factores decisivos en el camino hacia la libertad del ser humano “*El Estado mínimo nos trata como individuos inviolables, que no pueden ser usados por otros de cierta manera, como medios o herramientas o instrumentos o recursos; nos trata como personas que tienen derechos individuales, con la dignidad que esto constituye. Que se nos trate con respeto, respetando nuestros derechos, nos permite, individualmente o con quien nosotros escojamos decidir nuestra vida y alcanzar nuestros fines y nuestra concepción de nosotros mismos, tanto como podamos, ayudados por la cooperación voluntaria de otros que posean la misma dignidad. ¿Cómo osaría cualquier Estado o grupo de individuos hacer más, o menos?*” (Nozick, 1988, pág. 319)

### **3.4 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de una teoría comunitarista.**

Para algunos sujetos la distinción es un objetivo permanente. Queremos distinguirnos en el trabajo, en el estudio, en el deporte, ante alguna persona que nos llame la atención, etc. Gran parte de este propósito tiene una connotación principal, queremos afirmarnos como individuos, ser únicos, irremplazables y recordados para la posteridad. Esto que puede parecer un asunto trivial, significa la razón de las razones para muchas personas. El hecho de poder debatir la pertenencia a una comunidad, cuestionar los lazos que me unen a ella, renunciar a la misma para alcanzar determinados propósitos, entre otras cosas, constituyen algunos incentivos que el *liberalismo* propone como atractivos para sus adeptos. El liberalismo tiene como bandera la búsqueda de un cambio. Fijémonos por ejemplo que, la pregunta recurrente en tal doctrina es: ¿Quién quiero ser? o, ¿Qué quiero hacer de mi vida?, adoptando con ello el mensaje implícito de pretender negar lo que somos.

La teoría que pretendemos mostrar de manera sucinta en este apartado, corresponde a la pretensión de contrarrestar la atomización del individuo presentada por el liberalismo, como un estadio ideal de la humanidad. Para el comunitarismo, nuestra identidad como personas, se encuentra profundamente marcada por nuestra pertenencia a determinados grupos: “*nacemos insertos en ciertas comunidades y prácticas sin las cuales dejaríamos de ser quienes somos. Dichos vínculos aparecen así como vínculos valiosos, en cuanto esenciales en la definición de nuestra identidad*” (Gargarella, 1999, pág. 127)

De allí que para los teóricos del comunitarismo las preguntas a plantearse son: ¿quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿por qué quiero ser de determinada manera?, ¿a qué obedece mi manera de pensar?, entre otras. La identidad de cada uno se define en gran parte, a partir del conocimiento propio y de las relaciones que atraviesan al individuo, así como también sentirse identificado con determinados proyectos, o incluso indagarse con cuales, de manera implícita, está vinculado (Taylor C., 2006).

A partir de estos cuestionamientos el comunitarista se aparta de los ideales defendidos por el liberalismo y de lo que este último entiende como proyectos de vida. Tales planes son diferentes de acuerdo a la cultura por ejemplo, y al entender que existe una posición predominante con tendencia a uniformar los modos de producción del pensamiento bajo el nombre de “razón” es necesaria una intervención fuerte por parte del Estado para preservar las identidades distintas a las mayoritarias.

Es precisamente allí donde encontramos grandes diferencias, pues como observamos con anterioridad el liberalismo tiende a otorgar al Estado un papel neutral, en tanto que para el comunitarismo, su función debe estar comprometido con ciertos planes de vida y por ende con una organización de la vida pública “*este compromiso estatal puede llegar a implicar la promoción – según algunos - de un ambiente cultural rico (de forma que mejora la cualidad de las opciones de los individuos), la custodia de ciertas prácticas o tradiciones consideradas «definitorias» de la comunidad, la creación de foros para la discusión colectiva, la provisión de información de interés público, etc.*” (Gargarella, 1999, pág. 128)

De esta manera, el comunitarismo rechaza un Estado imparcial, neutro o, mínimo, pues este debería ayudar a que los individuos se identifiquen con ciertas formas de vida comunes, pues de lo contrario las personas terminarían enfrentándose entre sí provocando una pérdida de legitimidad o aún de autoridad de éste. De esta manera, no hay que preocuparse exclusivamente por las elecciones individuales de los sujetos, sino por el marco dentro del cual éstas se llevan a cabo. Esto es fundamental para entender el papel colonizador que la medicina occidental ha pretendido imponer a gran cantidad de culturas, sin indagar si tales prácticas no afectan la identidad de las comunidades a donde se han empleado.

Si bien es cierto, que partimos de una concepción para superar los factores que no permiten la materialización del derecho a la salud, como por ejemplo la pobreza, no podemos imponer de manera arbitraria prácticas que a nuestro modo de ver fomenten el desarrollo o un determinado modo de producción para superar tal problema, sin analizar si tales disposiciones son aceptadas por los sujetos destinatarios, pues estaríamos ejerciendo violencia, y en últimas ello también contrariaría los propios fundamentos del liberalismo igualitario, según los cuales no pueden adoptarse medidas en contra de la libertad. En este caso, la libertad de ser diferente, de tener una cultura y de autodeterminarse.

Tales argumentos nos permiten formular una primera idea. La superación de las condiciones de injusticia que no permiten el ejercicio del derecho a la salud, debe reconocer al sujeto como un interlocutor válido. A partir de ello, puede construirse concepto integral de derechos basado en el diálogo intercultural y no en la imposición de un modelo de desarrollo individualista, ligado al sistema de producción capitalista.

A ello debemos agregar que el estado actual del derecho a la salud se debe a la privación de bienes, entre otras cosas, tal concepto es subjetivo y adquiere diferentes significados dependiendo de la cultura. Así las cosas, el comunitarismo agrega otra crítica más a las teorías liberales y utilitaristas, pues cuestiona el mismo hecho de la repartición inicial, puesto que independientemente del alto contenido valorativo que tienen para estas teorías ciertos bienes, como la libertad, la igualdad, la solidaridad, etc., éstos pueden ser infravalorados e incluso secundarios en determinadas sociedades.

Así las cosas, el comunitarismo plantea como solución que los bienes sean distribuidos según su significado, generando con ello un rechazo profundo a la posibilidad que puedan autorizarse conversiones entre diferentes esferas de estos (Walzer, 1993, pág. 6). En este sentido expone que resulta inaceptable que el dinero, que encuentra sentido en nuestra esfera económica, ocupe un rol

significativo en el modo en que se distribuyen los honores; como no resulta aceptable que la situación familiar de un individuo influya en el modo en que se consiguen los puestos de trabajo. *“Esto es lo que convierte por ejemplo al capitalismo en un sistema injusto: más que la distribución desigual de la riqueza, el hecho de que el dinero sea capaz de brindarle, a quien lo posee, un acceso privilegiado a bienes tales como la salud y la educación.”*

Gargarella, siguiendo el pensamiento de Walzer, expone que, por razones similares, como la posibilidad de acceder a gran cantidad de bienes por medio del dinero, eran criticables las sociedades teocráticas en las que la autoridad religiosa contaba con un poder de influencia similar al que ejercen los capitalistas. *Esto -en el lenguaje de Walzer-, nos sugiere que un cierto bien se ha convertido en bien «dominante» y que «tiraniza» sobre los demás bienes: existe esta «tiranía» cuando no se respetan los principios internos a cada esfera distributiva, del modo en que lo asegura, por ejemplo, la propuesta de la «igualdad compleja»* (Gargarella, 1999, pág. 137)

No obstante, a pesar de las grandes diferencias expuestas entre liberales y comunitarios algunos autores creen que dichas posiciones no son incompatibles. Al respecto llama nuestra atención la posición asumida por (Kymlicka, 1997, págs. 4-5) para quien es una equivocación exponer que el liberalismo pretende separar un grupo pequeño de la *sociedad madre* en la cual se encuentran insertos. Con el propósito de fundamentar su argumento, señala que la gran mayoría de los grupos minoritarios pretenden participar de manera plena e igualitaria en las sociedades liberales modernas.

Aunado a ello el autor canadiense afirma que el liberalismo permite los reclamos efectuados por parte de ciertas minorías culturales, a partir de los que denomina restricciones internas y protecciones externas. Respecto a las primeras manifiesta que el liberalismo efectivamente reaccionaría, contra las restricciones impuestas por un grupo minoritario a sus propios integrantes, las cuales restrinjan su libertad. Esto es, que las mismas garantías empleadas para la defensa proactiva de tales grupos, sea implementada para vulnerar sus derechos.

Con relación al segundo, defiende que los grupos minoritarios establezcan protecciones especiales frente a la posibilidad de que la mayoría de la sociedad adopte decisiones que vulneren su identidad, como por ejemplo incentivar a que restrinja la posibilidad de comunicarse en su propia lengua. Así las cosas, sugiere que la participación de las personas en la adopción de decisiones que pueden llegar a vulnerar sus derechos (Kymlicka, 1996, pág. 139).

En síntesis, consideramos que el comunitarismo brinda importantes herramientas para la conceptualización del derecho a la salud, desde una perspectiva que integre a diferentes sectores de la sociedad como interlocutores válidos. De la misma manera, evidenciamos que es una respuesta importante a las teorías liberales que asignan una importancia, fuertemente cuestionada, a algunos tipos de bienes e incluso crítica la posibilidad que tiene el esquema liberal y libertario para legitimar la apropiación ilimitada de recursos, o el intercambio de bienes a partir del uso del dinero. Sin embargo, una crítica que podría efectuarse contra el comunitarismo es la falta de una postura decidida para la repartición de bienes, o la superación de las condiciones que generan enfermedad o que no permiten la construcción de un derecho a la salud. Como se expuso con anterioridad brinda elementos importantes que deberían ser integrados en una teoría que pretenda responder a esta última demanda, pero reiteramos no hay una postura suficientemente clara, sino una reacción a otras teorías que desde sus postulados internos han pretendido brindar algún tipo de solución.

### 3.5 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de la crítica post-estructuralista

A pesar que el propio Michel Foucault haya expuesto en múltiples entrevistas que no pertenecía a ninguna escuela de pensamiento, su postura académica y más importante sus lectores, le han situado en la corriente denominada post-estructuralista. Esta corriente, tiene varios campos de acción, la historia, la antropología, la psicología y la lingüística; estudiando los fenómenos sociales al interior de estas disciplinas y reivindicando que los hechos sociales y la construcción del lenguaje no podían estudiarse desligados de las relaciones de poder que emergían en determinados contextos temporales.

A partir de ello, gran parte del estudio de Foucault estuvo dirigido al estudio de las instituciones como aparatos de dominación con pretensiones totalizantes, entre los cuales llamó su atención la creación de la clínica y el manejo de la enfermedad. Para el autor francés las críticas provenientes de la escuela libertaria sobre la hiperinflación del Estado, o en el sentido expuesto por Hayek y Nozick, la intromisión en la esfera de lo privado, eran infundadas y exageradas<sup>71</sup>, pues el Estado como lugar de racionalización de las relaciones de poder, había ejercido tal papel aún con anterioridad a los Estados de bienestar e incluso en aquellos donde triunfaron los regímenes nacional socialistas.

De esta manera Foucault señaló que la premisa expuesta por Hayek, según la cual “*estamos en peligro de correr la misma suerte que Alemania*” (Hayek, 1944, pág. 10) obedecía a un propósito finamente elaborado, el cual era encender las alarmas sobre los planes para la construcción de un modelo de seguridad social en el período de posguerra. “*Correr la misma suerte que Alemania era para Hayek, en 1943, ingresar a un sistema Beveridge, un sistema de socialización, de economía dirigida, de planificación, de seguridad social.*” (Foucault, 2008, pág. 223)

Tales ataques contra modelos de seguridad social no provinieron de manera exclusiva por parte de la escuela libertarios, a ellos se sumó la escuela neoliberal de 1930 (escuela de Friburgo) quien en los texto de Wilhelm Röpke, encontró un bastión para atacar las políticas de bienestar y disminuir los gastos excesivos por el aumento de la burocracia estatal, hecho que palabras de ese autor generaría “*cada vez más burocracia social, cada vez más confusión en los ingresos, cada vez más pegatina de estampillas y sellos, cada vez más aportes y contribuciones, cada vez más concentración de poder, ingreso nacional y responsabilidad en las manos del Estado que, de todas maneras, abarca todo, reglamenta todo, concentra y controla todo con único resultado cierto de*

---

<sup>71</sup>“*Esta crítica me parece igualmente inflacionaria por una segunda razón. Y esa segunda razón es que permite practicar lo que podríamos llamar una descalificación general por lo peor, habida cuenta de que, sea cual fuere el objeto del análisis, sea cual fuere la tenuidad, la exigüidad del objeto del análisis, sea cual fuere el funcionamiento real del objeto del análisis, siempre se lo puede remitir, en nombre de un dinamismo intrínseco del Estado, y de las formas últimas que ese dinamismo puede asumir, a algo que a ser lo peor; pues bien, se puede descalificar por lo menos por lo más y lo mejor por lo peor. En líneas generales, si se quiere, no es que yo tome el ejemplo de lo mejor, desde luego, pero para situarnos un poco, imaginemos, que un sistema como el nuestro el desventurado destructor del escaparate de un cine, va a parar a los tribunales y recibe una condena un poco pesada; siempre encontraremos gente que dirá que esa condena es el signo de una facistización del Estado, como si mucho antes de cualquier Estado fascista no hubiera habido condenas de ese tipo, y mucho peores.*”(Foucault, 2008, pág. 220)

*ejercer sobre la sociedad una acción aún más centralizada, destructora de la clase media, una acción de proletarización y estatización.*” (Röpke, 1946, pág. 239)

Sin perjuicio de ello, los planes de seguridad social y Inglaterra y Francia se llevaron a cabo y nos llama la atención las razones que se tuvieron en cuenta para implementar los mismos, las cuales fueron la protección del sujeto por el hecho llano y simple de enfrentar una contingencia, llámele pobreza, enfermedad, viudez, desempleo, etc., factores que como hemos expuesto con anterioridad constituyen el derecho humano fundamental a la salud.

Sin embargo, tales elementos dejan por fuera otras dimensiones constitutivas de tal derecho y es el motivo principal por el cual nos parece valioso el aporte hecho por Foucault, pues tales políticas, que fueron disfrazadas como políticas sociales y no económicas, terminaron teniendo un impacto fuerte en términos monetarios. A pesar que los gobernantes de turno expusieron que no tendrían efectos en la economía ello resultó ser falso. Al respecto Foucault expone que *“el hombre que estuvo no en el origen de la Seguridad Social en Francia, pero sí en el de su organización, o sea Laroque, quien concibió su mecanismo en un texto de 1947 o 1948, ya no me acuerdo, da precisamente esa explicación, esa justificación de la Seguridad Social. En el momento mismo de instaurarla, Laroque decía: no se preocupen, la seguridad social no está hecha para tener efectos económicos ni puede tenerlos, salvo que sean benéficos* (Foucault, 2008, págs. 234-236)

Esta sin duda es una de las críticas que a nuestro modo de ver resultan más significativas a los esquemas de bienestar y de seguridad social. No es la intromisión del Estado en la esfera de lo privado, como erróneamente lo expusieron en su momento Hayek y Nozick, sino el incremento de los costos del Estado, a partir de modelos que afirman brindar seguridad social, en forma de salud y seguros pensionales, posponiendo ejecutar políticas públicas para superar las condiciones que precisamente las políticas asistenciales fomentan.

Pero no es sólo el crecimiento de la burocracia y de los costos lo que puede explicar las condiciones actuales del derecho a la salud. Es observar cómo se vive y cómo se muere, cómo el actual modo de producción ha logrado imponer el concepto de individuo, sobre el de persona, como las instituciones que el propio Estado ha legitimado se arrojan el poder de diagnosticar que es la enfermedad, o cuándo una persona está enferma, o peor aún cuándo puede llegar a representar un peligro para la salud de los demás.

Algo tan importante como definir que es la salud, parece haberse racionalizado en oposición al concepto de enfermedad, que incluso es subjetivo y construido por tales instituciones, calificando como absurdo aquello que no ha podido ser funcionalizado por semejantes relaciones de poder. Definir la salud como un estado de equilibrio entre el hombre y el espíritu como lo promulga la comunidad indígena Asháninca del Perú; o como el aprendizaje de las verdades que sustentan la concepción del origen del mundo, como lo proclama el pueblo indígena U'wa en Colombia, resultaría una tarea imposible para los Estados que se autodenominan benefactores, los cuales bajo el argumento de llevar la democracia, el progreso y los derechos humanos a todos los rincones del mundo, desconocen a las otras y otros como interlocutores válidos.

Tales argumentos han de ser tenidos en cuenta por aquellos que pretendemos formular alguna solución a los problemas de injusticia que niegan a millones de seres humanos el disfrute del derecho humano fundamental a la salud. No sólo es importante denunciar que han hecho nuestras instituciones para llevarnos al estado actual de vulneración de derechos, sino cuestionar la propia existencia de las mismas y las relaciones de poder detrás de estas, sólo así podemos evitar que otras

instituciones, con los mismos objetivos y los mismos efectos, ocupen su lugar. (Foucault, 1990, pág. 140)

### 3.6 Diálogo sobre el derecho a la salud a partir de la economía del desarrollo

¿Es el desarrollo el camino para la libertad de las personas? Esta pregunta a nuestra manera de ver, es el objeto de estudio del programa investigativo de Sen, el cual consideramos pertinente para concluir nuestra exposición sobre las teorías de la justicia y su aplicación al concepto de salud.

Para este autor el desarrollo es un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutaban los individuos, las cuales resultan importantes para el enriquecimiento de la vida humana y el evitar privaciones derivadas del hambre como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y la mortalidad prematura, o gozar de las libertades relacionadas con la capacidad de leer, escribir, calcular, participar de la vida política, ejercer la libertad de expresión, y en fin de expandir otras libertades básicas (Sen, 2000, pág. 55)

En el mismo sentido expone que la pobreza debe concebirse como la privación de capacidades básicas y no meramente como la falta de ingresos. No obstante, ello no implica que se desconozca que la falta de renta sea una de las principales causas de la pobreza, ya que la primera puede convertirse en una razón de peso por la cual una persona no pueda hacer uso de sus capacidades. Así las cosas, señala que existen factores externos al capital que influyen en la privación de capacidades, los cuales varían por el contexto social. Por ejemplo *“una persona que sea más rica que casi todas las demás pero padezca de una enfermedad cuyo tratamiento sea muy caro, evidentemente es pobre en un importante sentido, aun cuando no se considere como tal en las estadísticas habituales de la distribución de la renta.”* (Sen, 2000, pág. 122)

Así las cosas, Sen expone que la riqueza, por oposición a la pobreza no es una manera adecuada de juzgar las ventajas, como tampoco es algo que deba ser valorado por sí mismo, o como un fin. La mejor o peor posición de una persona se debe medir en términos de capacidades, pues haciendo uso del adagio popular según el cual *«la salud no se compra ni se vende»*, es posible determinar que el aspecto económico es sólo una de las capacidades que puede llegar a tener una persona, que sin duda es un factor muy importante, pero no determinante para alcanzar la libertad. Sen reitera este enfoque transversal a todas sus obras, en la idea de la justicia en el cual señala que *“Al juzgar las ventajas que unas personas tienen en comparación con otras, tenemos que mirar las capacidades generales de las cuales unas y otras consiguen disfrutar. Este es ciertamente un argumento importante para usar como base de evaluación el enfoque de capacidad y no el enfoque de recursos.”* (Sen, 2010, pág. 283)

Con base en estos supuestos, el profesor Sen aduce que el desarrollo es el medio para ejercer tales capacidades y con ello alcanzar la libertad. Sin embargo, tal concepto puede generar dudas en la construcción de una teoría de la justicia, pues la idea del desarrollo se encuentra bastante trabajada en las concepciones liberales expuestas con anterioridad, las cuales, como en su oportunidad precisamos, obedecen a esquemas para la legitimación del capitalismo y justifican esquemas de apropiación ilimitada. No obstante, Sen resulta ser demasiado precavido a la existencia de estas críticas al exponer que no existe un criterio de desarrollo único que funcione como un

criterio ordenador para todos los escenarios posibles. De esta manera, su objetivo es ofrecer una visión del desarrollo para temas específicos (Sen, 2000, págs. 52-53)

A partir de lo expuesto, podríamos llegarnos a preguntar si la libertad producida al tener derecho a la salud contribuye al desarrollo. En concepto de la teoría de Sen, esta pregunta estaría mal formulada, ya que omite un aspecto fundamental: el derecho a la salud es una parte constitutiva del desarrollo y no un presupuesto para la existencia de este.

Ello tiene implicaciones importantes para nuestro objeto de estudio, pues de acuerdo a lo formulado ese autor, consideramos que la relación constitutiva e interdependiente de éste derecho con el desarrollo, refuerza la idea según la cual puesta en marcha de políticas para la superación de las condiciones de pobreza, el hambre, el analfabetismo, entre otras, debe entenderse como el ejercicio o aspecto material del derecho a la salud.

La exigibilidad de tales obligaciones se efectúa por medio del Derecho y al respecto Sen expone dos categorías de derechos propuestas por (Dworkin, 1977) para explicar tal situación<sup>72</sup>: (i) los derechos de trasfondo “*que son aquellos que proveen a la sociedad en abstracto una justificación para las decisiones políticas*”; y (ii) los derechos institucionales, “*que proveen a alguna institución política particular y específica una justificación para una determinada decisión.*”<sup>73</sup> (Sen, 2002, pág. 13)

Por ejemplo, si se aprobase un sistema de seguridad social que garantizara a todos los habitantes un ingreso para comprar comida suficiente, ello puede ser entendido como la forma de hacer del derecho a estar libre de hambre un derecho institucional, pero si tal derecho es afirmado en países en donde no existe la manera de hacer posible ello claramente no se tratará con ello de derechos institucionales, sino apenas de derechos de trasfondo (Sen, 2002, pág. 14).

A raíz de ello, Sen pretende adoptar un mecanismo para poder garantizar derechos que en un primer momento se tornan irrealizables. A fin de aportar una solución propone la categoría de *metaderecho*. En palabras de este autor “*Un metaderecho a algo x, puede ser definido como el derecho a tener políticas p(x) que persigan genuinamente el objetivo de hacer realizable el derecho a x.*”. Por tanto un *metaderecho* no concentra sus esfuerzos en la realización de un derecho, sino en la búsqueda de acciones políticas que ayuden al logro del mismo en el futuro. A manera de ejemplo puede tomarse el siguiente principio rector de la política estatal, consagrado en la Constitución de la India adoptada en 1950: “*El Estado debe, en particular, dirigir sus políticas al aseguramiento [...]*

---

<sup>72</sup> De otra parte Sen expone que Dworkin además efectúa otra distinción, en relación a derechos “abstractos” y derechos “concretos”. Los primeros, son objetivos políticos generales cuya declaración no indica la manera en que han de ser materializados, ponderados, o comprometidos frente a otros objetivos políticos en circunstancias particulares. Los segundos corresponden a finalidades políticas definidas con mayor precisión, de manera que expresan más claramente el peso que tienen contra otras finalidades en determinadas ocasiones (Dworkin, 1977, pág. 93)

<sup>73</sup> Sen ejemplifica tal distinción de la siguiente manera: “*Supóngase que mi teoría política estipula que, en caso de una mayor necesidad, toda persona tiene derecho a la propiedad de otro. Podría, no obstante, atemperar mi teoría en el sentido de aceptar que dicha persona no tiene un derecho legal para el mismo efecto; esto es, podría aceptar que esa persona no tiene un derecho institucional a que el legislador actual promulgue una ley que de suyo podría violar la Constitución, como presumiblemente lo haría un estatuto del tipo descrito. Podría además conceder que aquella persona no tiene ningún derecho institucional a una decisión judicial que condone el hurto.*” (Sen, 2002, pág. 14)

*de que todos los ciudadanos, hombres y mujeres por igual, tengan derecho a unos medios adecuados de subsistencia.”* (Sen, 2002, pág. 16)

A pesar de la aparente similitud con la categoría de derecho de trasfondo expuesta por Dworkin, Sen expone que el problema de tal visión radica en que si (x) derecho no es alcanzado, el pueblo en su totalidad estaría facultado para reformar la constitución, o incluso revelarse y revocar por completo la actual forma de gobierno. En contraste, la categoría de *metaderecho* a (x) no requeriría la implementación de dichos medios, pues su propósito no es la realización de un derecho (x), que en la actualidad puede ser inalcanzable, sino en la búsqueda de políticas que ayuden a lograr (x) en el futuro. Por tanto la justificación de una enmienda, rebelión o derrocamiento, puede producirse más bien debido a la ausencia de p(x) que a la falta de haber alcanzado (x).

Sobre la base de lo expuesto, consideramos que la categoría “*metaderecho*” expuesta por Sen, constituye un aporte invaluable para la superación de condiciones de injusticia que no permiten el goce del derecho humano fundamental a la salud. Aunado a ello, compartimos que su entusiasmo por el desarrollo como un vehículo para alcanzar el ideal de libertad, la cual no puede seguirse analizando en términos de recursos, sino respecto a las capacidades y al ejercicio de las mismas. Sin embargo, habría que añadir que la adopción de un modelo desarrollista para fomentar el crecimiento económico de una sociedad y superar todos los problemas que ello suscita, puede dar lugar a prácticas vulneradoras de derecho en nombre de la anhelada libertad. Al respecto, las ideas propuestas por el comunitarismo nos podrán ilustrar sobre tal cuestión, al igual que las advertencias realizadas por el profesor Foucault, toda vez que no podemos proponer una solución a estos problemas con base en ejercicios ilegítimos de autoridad moral.

Con todo ello, tal teoría parece responsabilizar de manera exclusiva al Estado, por la vulneración de derechos. Sería bueno, entonces, preguntarse ¿quién tiene el deber moral de proveer salud, o los medios para ella? Por lo general la obligación para garantizar tal derecho ha sido atribuida a los gobiernos, pero ello puede resultar cuestionable según la visión consecuencialista, que señala que cualquiera en la posición de hacer algo para garantizar tal derecho, está obligado a hacerlo. Esta posición ha sido asumida por (Singer, 1972)<sup>74</sup> y de manera más exigente por (Harris, 1974); según este último “*en cualquier sentido somos moralmente responsables por nuestras actuaciones positivas; en el mismo sentido somos moralmente responsables por nuestras acciones negativas u omisiones.*”. Ello implica que la responsabilidad se extiende a cualquiera que pueda haber prevenido el daño, pero que voluntariamente no lo hizo. En ese orden de ideas, no podemos ser ajenos al actual esquema de injusticia, es una posición, diríamos obligatoria, tomar partido y proponer desde nuestras respectivas disciplinas razones y acciones para el cambio.

---

<sup>74</sup>Al respecto expone: “*My next point is this: if it is in our power to prevent something bad from happening, without there by sacrificing anything of comparable moral importance, we ought, morally, to do it. By "without sacrificing anything of comparable moral importance" I mean without causing anything else comparably bad to happen, or doing something that is wrong in itself, or failing to promote some moral good, comparable in significance to the bad thing that we can prevent.*” Con lo cual afirma que si tenemos el poder de evitar que algo malo le suceda a alguien tenemos el deber moral de hacerlo, toda vez que con ello no infrinjamos una norma moral superior, con lo que básicamente expone que el fin no justificaría adoptar un medio moralmente reprochable.



## ***TERCERA PARTE:***

***Razones para asumir una perspectiva  
integral e integradora del derecho a la salud***



*Si alguien tiene el poder de hacer la diferencia para reducir la injusticia en el mundo, entonces hay un fuerte y razonado argumento para hacer justamente eso”*

Amartya Sen, *La idea de la justicia*, 2010: 301

## **1. EL PAPEL DEL DERECHO**

Cuando se observa la diversa y prolifera producción de instrumentos legales para la protección del derecho a la salud, es natural preguntarse qué valor real tiene el Derecho para efectuar transformaciones sociales, si lo que uno puede percibir por doquier son situaciones injustas de desigualdad, hambre, miedo y enfermedad, entre otras. Si millones de mujeres y hombres han perdido la confianza en las instituciones políticas, en las normas, en la solidaridad y en el propio ser humano, vale la pena preguntarse cuál es la posición que personas como usted o yo, deberíamos asumir para cambiar el curso de los sucesos históricos.

Si el papel del Derecho se limita a la positivización de las normas, esto es, declarar que las personas tienen determinadas garantías, deberíamos renunciar a la pretensión de realizar un aporte desde esta disciplina. Muchas normas han establecido de manera reiterada el deber de solidaridad de la humanidad entera, el ideal del ser humano libre de hambre, la necesidad de adoptar acciones para acabar la enfermedad y el propósito de llevar la salud a todos los rincones del mundo. No obstante, vale la pena preguntarse si la función del Derecho culmina con la expedición de la ley, como si esta fuera un cheque en blanco que garantizara el fin de todos los problemas que dieron origen a la misma.

Estamos convencidos que muchas personas que lean estas palabras pensarán que la pretensión del Derecho debe ser limitada, pues es imposible abarcar todas las consecuencias de una norma, y que la responsabilidad del jurista culmina con establecer un instrumento jurídico coherente, válido, funcional y que obedezca a una necesidad. Ello, sin duda, corresponde con una visión sectorial y conveniente de nuestra disciplina, y es probable que deje algunas conciencias tranquilas por el deber cumplido, pero desde nuestra escuela de pensamiento, nos rehusamos a pensar de esa manera, nos resistimos y rebelamos contra esos dogmas.

La visión integral del Derecho que proponemos, reclama de todos nosotros y todas nosotras, la construcción de un proyecto de vida común, participativo al momento de formular ideas y adoptar decisiones, respetuoso de la manera en que cada una de las mujeres y hombres que habitan la biosfera percibe la existencia. El Derecho hoy más que nunca, demanda abandonar nuestros miedos, nuestro papel pasivo ante la injusticia y nuestra comodidad en la academia, para volcarnos a las calles a pregonar la defensa activa de la vida.

Muchas acciones heroicas por parte de personas reales, de carne y hueso, aunque parezcan salidas de alguna película de ficción, explican la humanización de las formas de producción, el acceso servicios de salubridad, la atención médica, el acceso a los derechos políticos, etc. Aunque sea indignante observar, las situaciones a las que son sometidos millones de mujeres y hombres a diario, es imposible negar el terreno ganado a favor de los derechos humanos, por el esfuerzo de personas como Engels, Virchow, Chadwick, Sand, Allende, el Che Guevara, Jaime Garzón, Shririn Ebadi, Rigoberta Menchú, Emma Bonino, entre otros y otras.

Llamamos la atención sobre estos hechos y personajes para mostrar que el Derecho no fue gestor de estas garantías, sino la consecuencia de esos procesos. A partir de ello, concluimos que el Derecho es la manifestación de la voluntad política. Si ello no fuera así, ¿De qué otra forma puede entenderse la vulneración reiterativa y evidente del derecho humano fundamental a la salud, a pesar de la gran cantidad de instrumentos jurídicos para su protección?

Es un hecho que el papel lo soporta todo y que podríamos elaborar un catálogo amplio de garantías, pero ello no dejaría de ser retórica del *deber ser*, a final de cuentas ¿Para qué sirve el reconocimiento de un derecho que en la práctica es imposible de materializar? Tal cuestionamiento ha estado presente de manera transversal en la elaboración de este trabajo, puesto que elaborar un concepto integral que defina al derecho a la salud, puede resultar tan estéril, como reconocer por medio de un instrumento jurídico que Plutón es patrimonio de la humanidad, cuando en la práctica no podamos disfrutar de los beneficios que ello reporta.

A partir de ello, entendemos que la vulneración del derecho a la salud, debe ser definida como privación de capacidades, y así las cosas más que conceptualizar sobre el mismo, proponemos profundizar sobre los medios que pueden llegar a garantizar tal meta.

Ello nos ha llevado a concluir que, si bien el derecho a la salud, debe entenderse como la relación de los seres humanos con su cuerpo y mente, con la sociedad y con el ambiente, a partir del ejercicio pleno de capacidades que permitan afrontar las contingencias, adversidades y enfermedades, propias del desarrollo de la vida; tal contenido encuentra su materialización únicamente, a partir de acciones concretas, para proporcionar a los hombres y mujeres atención médica, vivienda digna, servicios de saneamiento, ambiente sano, prestaciones sociales, educación de calidad, promoción de servicios de salud, prevención del riesgo y enfermedades, atención primaria integral, acceso oportuno a la justicia, participación política y democrática, mecanismos para ejercer soberanía alimentaria, y apoyo para materializar un proyecto de vida propio.

En ese sentido, proponemos de manera puntual una *metaderecho a la salud*. En el entendido que tengamos derecho a políticas para la satisfacción de cada uno de los elementos que persigan genuinamente el objetivo de hacer realizable el derecho humano fundamental a la salud. Así las cosas, consideramos que nuestros esfuerzos no deben estar dirigidos a la consecución de tal derecho, sino a la materialización de acciones políticas que permitan lograr el mismo en un futuro cercano.

## 2. PRESUPUESTOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL METADERECHO A LA SALUD

Pretencioso, es verdad. No sólo por la arrogancia de exponer cual es el *deber ser*, sino por lo incoherente que puede resultar que proponamos un concepto desde nuestro limitado horizonte de ideas y sobre todo de experiencia. Si como hemos expuesto en el capítulo anterior, que *la salud es una relación*, entonces ¿Qué idea pueden tener ustedes y nosotros, sobre un proceso que a toda luces es individual? Sólo el individuo puede entender el contenido, alcance e implicaciones de ello.

Por ello, nuestro objetivo no se concreta en establecer un concepto unívoco del derecho a la salud, sino presentar una pautas que debería incorporar una definición del mismo que pretenda ser incluyente, integral e integradora. La razón para ello es que, a partir del recorrido histórico que realizamos en este trabajo, nos encontramos en muchas oportunidades que la salud, ha sido definida por oposición a la enfermedad y que el derecho a la salud se ha explicado como el acceso a medicamentos o atención médica.

Si bien la enfermedad es una manifestación importante de la falta de salud, no constituye *per se* la vulneración de tal derecho. Muchas personas pueden vivir enfermas toda su vida, pero en condiciones dignas, con acceso a servicios de salud, educación, vivienda, recreación, etc. De esta manera la perspectiva integral e integradora de derechos que proponemos, es una respuesta a las condiciones que originan la limitación en el acceso al derecho a la salud y la manera de romper tales barreras. Así las cosas, nos apartamos de los enfoques sectoriales, que hacen énfasis en la prestación de servicios y en el tratamiento de la enfermedad, los cuales, como expusimos, han sido insuficientes para resolver las situaciones de indignidad en la que viven millones de seres humanos en la biosfera.

Llegados a este punto, definimos la salud como una *consecuencia* de un estado de cosas y no como *un estado*, porque tal término tiene una connotación de permanencia y la salud es susceptible de cambios constantes. Aunado a ello, la salud debe entenderse también como una *situación* que se presenta en un momento determinado, la cual está fuertemente influenciada por hechos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales, que tienen la potencialidad de causar enfermedad cuando generan desigualdad. Finalmente la salud es relacional, hecho que denota un proceso comunicativo entre el sujeto con su cuerpo y mente, con la sociedad y con el ambiente.

A su vez, el derecho a la salud es la manera como se materializa esa relación, a partir de la capacidad de asimilar las consecuencias que se derivan del desarrollo normal de la vida, las contingencias propias de la enfermedad, o la ocurrencia de una situación inesperada. Así las cosas, el derecho a la salud debe entenderse como la libertad para actuar.

De otra parte, el derecho a la salud debe ser visto como un todo, por tanto no hay un derecho parcial a la salud, ni gradualidad del mismo. Exponer que una persona tiene derecho a la buena salud constituye un pleonismo, pues la salud desde todo punto de vista es buena; en el mismo sentido, afirmar que hay mala salud resulta un contrasentido.

Partiendo de la base del respeto a la diferencia. Consideramos que nuestro trabajo puede ser empleado para la construcción de un concepto integral del derecho a la salud en cualquier escenario de discusión y sobre una pluralidad de sujetos cualquiera. Esto encuentra fundamento en que el mismo incorpora una visión de salud relacional, la cual comprende que cualquier acción que involucre tal derecho, debe ser cuidadosa de la manera como las mujeres y los hombres se identifican al interior de la comunidad.

Cuando nos referimos a *capacidad y libertad de actuar*, entendemos que debe haber unas condiciones previas que antecedan estas facultades. Tales condiciones deben presentarse en los niveles de la política, lo social, lo económico, lo cultural y lo ambiental, como mandatos de optimización de las relaciones poder que circunscriben en el ámbito conceptual del derecho a la salud. En la misma línea, las referidas condiciones deben ser asumidas como elementos integrales e integradores del derecho a la salud, que se concretan en garantías para el acceso a la atención médica, soberanía alimentaria, recursos económicos, vivienda digna, servicios de saneamiento, ambiente sano, prestaciones sociales, educación de calidad, promoción de servicios de salud, prevención del riesgo y enfermedades, atención primaria integral y acceso oportuno a la justicia.

En ese sentido, si entendemos que las capacidades son determinantes para satisfacer las condiciones que anteceden a la materialización del derecho a la salud, es natural que la privación de las mismas sea la antítesis de ese derecho. De esta manera, habrá que garantizar, en primera medida, la existencia de éstas para dotar de contenido los elementos constituyentes y constitutivos del derecho objeto de estudio.

Como tuvimos oportunidad de exponer en el capítulo anterior, tales condiciones no se satisfacen con el establecimiento de un catálogo de derechos, sino a partir de políticas concretas para el cumplimiento de metas constitutivas del *metaderecho* a tener salud. A partir de ello concluimos, de manera preliminar, que la conceptualización del derecho aquí propuesta es insuficiente, incompleta, ineficaz y estéril, si la misma no va acompañada de un compromiso político serio que haga efectivos tales mandatos, pues el problema de la vulneración del derecho humano fundamental a la salud, desborda la capacidad de acción que tiene el Derecho.

### **3. LA SALUD DEL MAÑANA: Horizontes, caminos y metas para la construcción del derecho humano fundamental a la salud.**

*“En la actualidad no faltan acontecimientos terribles y desagradables, pero uno de los peores es, sin duda alguna, el persistente problema general del hambre en un mundo que goza de una prosperidad sin precedentes. [...] Lo que hace que este extendido problema del hambre sea una tragedia aún mayor es el hecho de que hayamos acabado aceptándolo y tolerándolo como si constituyera una parte integral del mundo moderno, como si fuera una tragedia imposible de evitar (igual que en las antiguas tragedias griegas)”*

Amartya Sen, *Desarrollo y Libertad*, 2000: 250

El silencio ha sido el alimento que ha mantenido con vida las injusticias presentes en nuestras sociedades. Este trabajo ha pretendido sumarse al esfuerzo de cientos de personas que nos resistimos a claudicar en el esfuerzo de mostrar que otros mundos son posibles y deseables. El sistema de producción capitalista que genera desigualdad, violencia, hambre, pobreza y enfermedades es tan culpable de esta situación, como la indiferencia de millones de seres humanos que han sido funcionalizados, absorbidos, convertidos, reconstruidos o inclusive construidos, por la sociedad de consumo. Mientras los derechos se deciden en la selva de la bolsa de valores, o al calor de un vaso de whiskey, mujeres y hombres como usted o como yo tenemos la obligación de denunciar la injusticia y pregonar la vida antes que la muerte.

A pesar que la conceptualización del derecho a la salud no sea la solución para el cese de su vulneración reiterada y sistemática como concluimos en este trabajo, no es menos cierto que constituye un aporte significativo para proyectar la sociedad que queremos llegar a ser. Si bien este derecho está en proceso de constante construcción, transformación y negociación, las bases aquí expuestas han sido respetuosas de la pluralidad de habitantes de este planeta y por tanto consideramos que pueden ser aplicadas a un gran número esquemas sociales para la construcción de comunidades justas.

Así las cosas, derecho a la salud debe ser visto como un propósito, en tanto que el *metaderecho* a tener salud deber ser adoptado como un medio para lograr el cambio. En este último capítulo expondremos que elementos consideramos que debe tener este último como agente generador del cambio que pretendemos lograr.

Sea lo primero señalar que un *metaderecho* a la salud debe ser respetuoso de la concepción de la misma que tenga el destinatario de la norma. Con ello no se propone que haya tantos *metaderechos* a la salud, como seres humanos existen, sino que debe efectuarse un proceso de negociación al interior de las comunidades o de la sociedad, el cual no puede tener como meta la generación de utilidades, sino la producción de mecanismos para el ejercicio de capacidades.

Otro aspecto importante, es que tal *metaderecho* involucra el cumplimiento de otros derechos que en algún momento también pueden tener tal calidad. Para efectos prácticos un *metaderecho* a la salud debe establecer políticas públicas para que las personas no sufran de hambre, como asegurar que las personas tengan a su disposición buenas oportunidades laborales, que a su vez se logra proporcionando educación de calidad, razón por la cual los derechos que constituyen la salud tienen una fuerte relación de coexistencia e interdependencia.

También debe tener objetivos corto plazo, pues el mismo no puede convertirse en una obligación diferida de manera indeterminada en el tiempo. En ese sentido, las políticas o mecanismos legales incorporados en el *metaderecho*, no pueden ser confundidas con el mismo. Ello debido a que el contenido programático pertenece al derecho, pero no a las acciones que permiten el mismo, las cuales deben ser concentradas, concertadas, monitoreadas y evaluadas de manera periódica.

Para ilustrar tal requerimiento supongamos que un *metaderecho* a la salud exige que se disminuya el índice de pobreza. Para lograr este objetivo, deben surtirse a su vez varios procesos, uno de ellos puede ser aumentar el ingreso por medio de otorgar buenas oportunidades laborales, otro puede ser brindar educación de calidad, un tercero será tal vez crear programas para una alimentación adecuada, etc. Pensemos que nos enfocamos en disminuir el hambre y como cumplir con tal propósito por medio de una ley que es ineficaz, establecemos un conjunto de políticas públicas destinadas a conseguir tal logro. En ese orden de ideas, si el derecho a la salud es un *metaderecho*, el derecho a no tener hambre se convierte en un elemento constitutivo del mismo que adquiere un carácter programático. En ese sentido, el conjunto de políticas públicas que pretendan garantizar el mismo, aunque no cumplan con su objetivo al instante, deben ejecutarse de manera inmediata.

Con ello queremos significar que, debido a que en muchos casos no se le puede exigir a un Estado que cumpla de manera inmediata con el derecho a la salud, los gobiernos se encuentran en la obligación de manifestar su voluntad política en la consecución de tal propósito por medio de la implementación de políticas públicas, que desde el nivel micro, generen condiciones para ello.

Estos son en nuestro criterio, los elementos que debe incorporar *metaderecho* a la salud, como método para lograr el derecho humano fundamental a la salud. Como se expuso en todo este trabajo, el tema no se trata de concepto o falta de fundamentos para ello, sino de la voluntad política de los Estados principalmente, la cual se genera a partir de demandas sociales.

Precisamente, a partir de estas últimas, se genera la obligación de los Estados para legitimarse en el poder, pues el cumplimiento de las demandas sociales permite evaluar la gestión de los gobiernos y la necesidad de los mismos. Es nuestro deber histórico cuestionar el actual esquema de producción que produce enfermedad, pobreza, opresión, subdesarrollo, como una forma más de vulnerar el derecho humano fundamental a la salud.

Los hombres y mujeres del mañana seguramente juzgaran nuestras acciones presentes y cuanto hicimos o dejamos de hacer para garantizar sus derechos, cuando ellos y ellas aún no lo



podían hacer. Tomar una decisión para empezar a realizar el cambio desde lo micro es un deber que tenemos con la generaciones futuras, una obligación que tenemos con las presentes y un acto de agradecimiento con las generaciones pasadas, cuyos actos de grandeza han encontrado terreno fértil en nuestros corazones.

No podemos olvidar que más allá de los límites impuestos por el capital, más allá de la desgracia de las pretensiones de la apropiación ilimitada, más allá de los gobiernos corruptos y las personas insensibles, existen seres humanos esperanzados que usted o yo propongamos un cambio y efectuemos las acciones pertinentes para que ello sea posible.



## CONCLUSIONES

El ejercicio de buscar soluciones para superar la crisis actual del derecho a la salud, por medio de la reformulación de su concepto, nos ha llevado, sin planearlo, a un escenario en el cual se relacionan y coexisten una gran cantidad de derechos, que son condiciones y la vez resultado para la materialización de los mismos. Esto, a su vez, nos permitió efectuar un análisis crítico de las visiones sectoriales del concepto de salud que definen la misma a partir de la ausencia de enfermedad. Sin embargo, ante un panorama tan grande, esta tesis constituye un aporte mínimo para desentrañar las causas del problema y brindar una solución desde la disciplina jurídica para cambiar el curso de la historia.

A pesar del pesimismo que pueda percibirse en gran parte de este trabajo, sobre el papel del Derecho como agente transformador de las relaciones sociales, consideramos que tal no fue su pretensión, pues su propósito obedeció a la delimitación del campo de acción del mismo y elaboración de un estado del arte integral que permitiera proseguir con esta investigación en un escenario académico superior. De esta manera, consideramos cumplidos los objetivos propuestos, entre los cuales destacamos principalmente presentar el problema de la vulneración reiterada y constante del derecho humano fundamental a la salud. Tal cuestión es importante a nuestro modo de ver, pero no es suficiente, debemos confesar que muchos temas investigados quedaron por fuera de esta redacción, pero nos queda la tranquilidad que ello no es un esfuerzo vano pues serán objeto de un trabajo posterior.

Somos conscientes de las dificultades que tuvimos al abordar algunos temas y en la delimitación del objeto de nuestra investigación, sin embargo tenemos que decir a nuestro favor ¿Qué tesis de posgrado no tiene ese problema? A pesar de las grandes enseñanzas que nos ha dejado el desarrollo de este proyecto, queremos destacar las que en nuestro concepto son más significativas desde el punto de vista estrictamente académico:

1. *El derecho a la salud es un compromiso político*: por más que una norma disponga su obligatorio cumplimiento, ello no garantiza su observancia; por tanto consideramos que las disposiciones legales actúan como un marco de referencia creado por las demandas sociales, que debe ser desarrollado por medio de acciones políticas concretas. En este sentido, la categoría de *metaderecho* empleada de manera reiterada en nuestra exposición, adquiere una gran connotación, pues defiende que el logro efectivo de un derecho puede conseguirse a partir del cumplimiento de aspectos relacionados con éste, pero que no necesariamente constituyen el mismo. Para muchas personas proporcionar a una familia un kilo de harina para plátano a la semana, no tiene relación con el derecho a la salud, pero puede llegar a tenerlo con el derecho a la alimentación que a su vez constituye el derecho humano fundamental a la salud.

En ese sentido, nuestra tarea como juristas, investigadores, estudiantes, profesores, ciudadanos, mujeres y hombres, debe centrarse en la participación política para la construcción de derechos y en el diseño, desarrollo, ejecución y vigilancia de políticas públicas, que permitan la materialización de garantías constitutivas de *metaderechos*. Así las cosas, es necesario propugnar y replicar el empoderamiento de las comunidades de los escenarios micro y debatir en esos espacios la legitimidad de las decisiones políticas y sus repercusiones jurídicas, y no sólo la legalidad de las normas que le dieron origen, o de las instituciones o procedimientos que la hicieron posible.

Por tanto, el papel del Derecho en favor de los débiles no puede limitarse al cumplimiento religioso de disposiciones legales, sino en el apropiamiento de los saberes que incorpora tal disciplina, para crear nuevas demandas sociales, garantizar el cumplimiento de las que existen y, crear verdaderos escenarios democráticos en los que la humanidad tenga plena capacidad de limitar las acciones que atentan contra la existencia en el planeta y adoptar decisiones que permitan la garantía progresiva y efectiva de derechos.

2. *Las acciones desde escenarios micro son más efectivas que las políticas macro:* Continuando con las razones expuestas en el punto anterior, concluimos que no es necesario positivizar una norma en un instrumento de derecho internacional para garantizar el goce y satisfacción de un derecho. Los resultados positivos, generados a partir de acciones desplegadas para tratar problemas específicos de los derechos que componen de manera integral el derecho humano fundamental a la salud, generan condiciones adecuadas para la materialización del mismo. Es por ello, que el mejoramiento progresivo de los derechos que constituyen el *metaderecho* a la salud, desde escenarios a nivel local o de la comunidad, tienen un impacto visible en los indicadores de satisfacción y goce de derechos, principalmente por dos hechos.

El primero, es la disminución del riesgo de contraer enfermedades, la disminución de las tasas de desempleo y el alivio de la presión fiscal generada por la burocracia empleada por los problemas de salud; así, como expusimos, la alimentación, la educación, condiciones sanitarios óptimas, el cuidado del ambiente y la prevención de enfermedades, pueden ser medidos en indicadores y tienen una incidencia en el bienestar y salud de una sociedad.

El segundo, es el fortalecimiento de los procesos democráticos, pues a partir de la inclusión de la ciudadanía en la adopción de decisiones, se fomenta la participación política, la confianza en las instituciones, la legitimidad de las acciones adoptadas por el Estado para el diseño de políticas públicas y la implementación del Derecho para la materialización de compromisos políticos que reivindiquen y hagan exigible las garantías que constituyen el derecho a la salud.

3. *El derecho a la salud es relacional:* Por tanto, debe entenderse que cualquier acción que amenace la relación del sujeto con su cuerpo y mente, la sociedad y el ambiente, vulnera el derecho a la salud. Es por ello que insistimos que, cualquier intento del Derecho por regular tal situación debe ser consentida por los destinatarios de la norma. Imponer una determinada política o disposición jurídica podría repercutir en una pérdida de capacidad de los sujetos para ejercer otros derechos, que formen parte del componente constitutivo del derecho humano fundamental a la salud.

4. *El derecho a la salud debe entenderse como libertad para actuar:* El derecho a la salud en un sentido amplio consiste en la superación de las privaciones que perturban la relación del hombre con su cuerpo y mente, con la sociedad, y con el ambiente, a partir del ejercicio pleno de capacidades que permiten afrontar las contingencias, adversidades y enfermedades, propias del desarrollo de la vida. En este sentido, consideramos que toda acción que fomente la libertad del

hombre (libertad sobre los medios de producción, no como la libertad proclamada por el liberalismo) es un paso más para la realización del derecho humano fundamental a la salud.

Consideramos que los acercamientos de Sen con el Derecho a través de la filosofía política, son pertinentes para los debates contemporáneos, sobre la concepción de justicia. Por otra parte, la categoría empleada por este autor *metaderecho*, nos ha aportado una herramienta de significado relevante para cuestionarnos el papel del Derecho en los procesos sociales y su papel como agente transformador de la realidad.

Así las cosas, toda acción que aumente la libertad de los individuos para el ejercicio del derecho a la vida en condiciones dignas, es constitutiva del derecho a la salud. No obstante, tales acciones deben observar como límite la solidaridad en dos niveles. El primero, hace relación al concepto de privaciones y de necesidades, que a pesar de ser subjetivos deben encontrar como marco de referencia los derechos de las personas que constituyen la sociedad. El segundo, se refiere a la solidaridad con las generaciones futuras y con la obligación que tenemos de permitir que también puedan ejercer la libertad.

*5. Las teorías de la justicia liberales son insuficientes para garantizar el derecho a la salud:* Ciertamente la escuela liberal en las vertientes analizadas: utilitarismo, liberalismo igualitario, liberalismo conservador o libertario, no sólo es insuficiente sino contraproducente para lograr el ideal del hombre libre, con plenas capacidades para ejercer su derecho a la salud. La razón de ello, es que consideran al ser humano como un individuo atemporal situado fuera de un contexto, el cual es un medio y no un fin en sí mismo.

Nos atrevemos a efectuar severas consideraciones, incluso del liberalismo igualitario de Rawls, porque legitiman esquemas para la apropiación ilimitada, los cuales como hemos visto han dado origen a los terribles problemas de desigualdad que afronta la humanidad y han otorgado al dinero un poder desmedido en la adjudicación de bienes primarios.

Tal vez el problema más grande que observamos en los postulados de esa escuela de pensamiento, es la creencia que el libre mercado puede resolver los problemas en la adjudicación de bienes, sin intervención del Estado, a partir de una mano invisible que regula las leyes de oferta y demanda. Los acontecimientos derivados de tal práctica nos han dado la razón, el capitalismo es un sistema injusto y el liberalismo su medio de desarrollo. Una sociedad democrática necesariamente deberá cambiar tal esquema de producción y un derecho a la salud que aspire a ser justo deberá resolver los problemas sobre la privación de capacidades que conlleva asignar un valor monetario a los bienes necesarios para consolidar un derecho.

*6. La reconceptualización del derecho a la salud no resuelve sus problemas estructurales:* Si bien elaborar un concepto de derecho a la salud que sea incluyente, integral e integrador de otros derechos y que contenga elementos de justicia material, es un gran aporte para el Derecho, no es suficiente para resolver la situación de indignidad a la que millones de seres humanos son sometidos a diario en nombre del capital.

Como tuvimos oportunidad de estudiar la conceptualización de tal derecho ha sido un proceso dinámico que encontró su punto más fuerte en el siglo XX. No obstante, su actual situación no tiene como fundamento un problema en términos de la norma, sino en la voluntad política para hacer efectivas las acciones necesarias para su goce y ejercicio efectivo. Por tanto, el problema no se resuelve, con la ejecución de un ejercicio netamente teórico sobre la adecuada positivización de

una disposición jurídica que incluya los elementos suficientes para la materialización del derecho a la salud, sino con acciones concretas dirigidas a su cumplimiento progresivo.

A partir de ello, consideramos que la función del Derecho, defendida en este trabajo, se remite a denunciar la injusticia, fomentar las demandas sociales, promocionar el establecimiento de garantías y generar compromisos para la defensa activa de derechos por parte del Estado. Así las cosas, consideramos que el cambio de las situaciones de injusticia que impiden la materialización del derecho a la salud, depende de la voluntad política de los Estados. Ésta se manifiesta en el diseño y ejecución de políticas públicas en escenarios concretos, que permitan el cumplimiento progresivo de derechos constitutivos del *metaderecho* a la salud.

En el escenario *micro*, tales políticas deben encaminarse a superar la privación de necesidades, que impiden, en la práctica, la libertad en la toma de decisiones que implica el derecho a la salud. Para ello, deben trazarse objetivos realizables que aumenten la esfera de libertad de las personas para que puedan acceder a otros escenarios de garantías, que a su vez constituyan otras más grandes. Acciones concretas, como el ejercicio de mecanismos legales por parte de una comunidad para reivindicar los derechos a servicios públicos, demandar la prestación del servicio de educación, o el trabajo comunitario para intercambiar bienes y servicios, son insumos importantes para la materialización de *metaderechos*. En el terreno de lo *macro*, las mencionadas políticas fortalecen la democracia y dotan al sistema jurídico de legitimidad; también, reflejan el modelo de Estado que pretende realizarse y la materialización de compromisos políticos, con lo cual construyen sociedades justas y sobre todo libres.

En síntesis, concluimos que la resistencia frente al actual modelo de producción económico, cultural, social, político, filosófico y de pensamiento, es el camino indicado para generar un cambio real en la conciencia de los seres humanos. Pregonar la defensa de la vida, luchar por la dignidad de nuestros hermanos de la patria terrea, generar una revolución de las ideas, es el destino que nos ha sido impuesto por el sólo hecho de nacer en este preciso período histórico. Cuestionar las relaciones de poder, como se producen, se reproducen, se asimilan y se introducen en la desgastada conciencia colectiva, es una tarea que debemos efectuar de manera recurrente. Somos responsables, por supuesto, de los sucesos del mañana, somos guardianes de la vida, somos la esperanza de las generaciones del futuro que han depositado en cada uno de nosotros la esperanza de poder existir.

Andrés Felipe Ruiz Rivera.  
Bogotá, Colombia, enero de 2014.

# BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V., & Curtis, C. (2004). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta.
- Ackerknecht, E. (1953). *Rudolf Virchow: Doctor, Statesman, Antropologist*. Wisconsin: Madison: University of Wisconsin Press.
- Agencia EFE. (23 de 10 de 2013). *Heineken gana 483 millones de euros en el tercer trimestre*. Recuperado el 11 de 11 de 13, de <http://www.efeempresas.com/noticia/heineken-gana-483-millones-de-euros-en-el-tercer-trimestre/>
- Akin, J., & Hutchinson, P. (1999). *Health care facility choice and the phenomenon of*. Health Policy and Planning.
- Alarcón, E. (1988). *Teoría de la vida orgánica (Apuntes de Psicología)*. Pamplona: Pro Manuscrito.
- Alderman, H., & Lavy, V. (1996). *Household responses to public health services: cost and*. World Bank Research Observer.
- Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Santiago: Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
- Bellmont, Y. (2011). El concepto de Justicia Ambiental. En G. d. GIDCA, *Elementos para una teoría de la justicia ambiental y el Estado Ambiental de Derecho* (pág. 591). Bogotá: Unijus.
- Bellmont, Y. (2013). El concepto de justicia ambiental, expresión de una idea contemporánea de la justicia. En G. d. GIDCA, *Estado Ambiental de Derecho o ¿estado de cosas inconstitucional ambiental?: Derechos Colectivos y Ambientales bajo amenaza en la era de las locomotoras normativas* (págs. 89-130). Bogotá: Unijus.
- Bentham, J. (1780). *Introducción a los principios de la moral y de la legislación* (1907 reprint of 1823 edition. (First printed 1780.) ed.). Londres: Oxford: Clarendon Press.
- Bentham, J. (1830). *Constitutional Code; Collected Works (Vol. IX)*. Londres: Wellington Street, Strand.
- Betto, F., & Castro, F. (1987). *Fidel and Religion: Castro talks on Revolution and Religion with Frei Betto*. New York: Simon & Schuster.
- Bloom, D., & Sevilla, J. (2001). *Health, Wealth, AIDS and Poverty-the Case of Cambodia*. ADB/UNAIDS.

- Bobbio, N. (1992). *El problema de la guerra y las vías de la paz*. Barcelona: Gedisa.
- Bourdieu, P. (1994). *Libre-Echange*. París: Seuil/ les presses du réel.
- Buergenthal, T. (1989). *Derecho e Instituciones Internacionales sobre Derechos Humanos*. En O. P. OPS, & O. M. OMS, *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado* (pág. 654). Washington.
- Cannon, W. (1926). *Physiological regulation of normal states: some tentative postulates concerning biological homeostatics*. En C. Richet, & A. Petit (Ed.), *Sesamis, sescollègues, sesélèves*. París: Éditions Médicales.
- Christopher, A. (1996). *Ensayos de historia de la salud en Colombia. Crecimiento, enfermedades, propiedad y Estado entre 1902 y 1940* (Vol. 37). Bogotá, Colombia: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional IEPRI, CEREC 1996.
- Corte Constitucional Colombia. *Sentencia T-760 de 2008. Acciones de tutela instauradas por Luz Mary Osorio Palacio contra Colpatria EPS; Marlene Betancourt Mosquera contra SaludCoop EPS; Máximo Daniel Cuello Urzola contra el Seguro Social EPS, Seccional Cesar; Angélica María Rojas Castrillón contra Famisanar EPS; Cristina Lopera Grajales contra Comfenalco EPS; Mariela del Socorro Castilla Fernández contra la Clínica Cardiovascular Jesús de Nazareth y el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS; María Diva Almonacid de Martínez contra Colmédica EPS; Nasly Sánchez Zapatero, Personera Distrital Delegada en Derechos Humanos en Cartagena, contra el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS; Olga Patricia Palacio Villa contra ECOOPSOS, Entidad Cooperativa Solidaria de Salud; Mario Reyes Acevedo contra la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar; Jairo Eduardo Yepes Pérez contra el Seguro Social EPS y Coomeva EPS; y Sanitas EPS contra la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura y contra el Ministerio de la Protección Social; Carlos Cortes Cortes contra Coomeva EPS; Carmen Raquel Betancourt de Villalobos contra Saludcoop EPS; Elvia Sánchez de Alonso contra Sanitas EPS; Enrieta Dolores Rodríguez Martes contra Saludcoop EPS; Alba Isabel Pinto de Monroy contra Saludcoop EPS; Alfonso Carmelo Villamil Fernández contra Salud total EPS; Enrique del Carmen Martínez Muñoz contra Saludcoop EPS; Mery Restrepo de Zuluaga contra Cafesalud EPS; Rosario Hincapié Salazar contra Saludvida EPS. Referencia: Expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326. (Corte Constitucional Colombia 31 de Julio de 2008).*
- Corte Constitucional Colombia. *Sentencia T-355 de 2012. Orlando Rafael Llerena Viloria contra CAPRECOM E.P.S. y la Secretaría de Salud Departamental del Atlántico. Expediente T - 3292007. (Corte Constitucional Colombia 15 de mayo de 2012).*



- Corte Constitucional Colombia. *Sentencia T-469. Gilberto Arbeláez Insuasti vs. Ministerio de la Protección Social*. Expediente T - 3400788 (Corte Constitucional Colombia 23 de 07 de 2013).
- Do Rosario Costa, N. (1988). *Transición y Movimientos Sociales: Contribuciones al Debate de la Reforma Sanitaria*. Rosario, Argentina: Cuadernos Médico Sociales.
- Dworkin, R. (1977). *Taking Rights Seriously*. Londres: Duckworth.
- Dworkin, R. (1991). *The Ethical Basis of Liberal Equality*. Universidad de Siena: Ethics and economics.
- Ehrlich, P., & Ehrlich, A. (1992). *Demasiada gente rica*. Poder y libertad No. 18, 22-25.
- Engels, F. (1845). *The condition of the working class in England in 1844*. Moscow: Progress Publishers.
- Fedesarrollo. (2011). *www.fedesarrollo.org.co*. Recuperado el 14 de 11 de 13, *Los impuestos a los licores en Colombia*: <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/LOS-IMPUESTO-A-LOS-LICORES-EN-COLOMBIA-TEXTO-FINAL.pdf>
- Fee, E., & Brown, T. M. (2007). *100 Years of the Pan American Health Organization*. En *The Value of Health: A history of the Pan American Health Organization*. Rochester NY.: Rochester University Press.
- Fernández Juárez, R. (1999). *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el Altiplano aymara*. La Paz: CIPCA/ESA/OPS/MINSA.
- Flores Guerrero, R. (Mayo de 2004). *Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural*. Revista Mad. No. 10. Departamento de antropología Universidad de Chile, 1-8.
- FMI. (2011). *International Monetary Fund*. Recuperado el 15 de 09 de 2013, de Fondo Monetario Internacional: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2011/01/weodata/download.aspx>
- Foucault, M. (1990). *Omnes et singulatim: hacia una crítica de la razón política*. En M. Foucault, *Tecnologías del yo* (págs. 95-140). Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1991). *La política de salud en el siglo XVIII*. En M. Foucault, *Saber y verdad* (pág. 244). Madrid: Endymion.
- Foucault, M. (2008). *Nacimiento de la biopolítica* (Primera edición en español, 2007. Primera reimpresión, 2008. ed.). (H. Pons, Trad.) Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Herder and Herder.

- Gargarella, R. (1999). *Las teorías de la justicia después de Rawls*. Barcelona: Ediciones Paidós, Ibérica S.A.
- Gerassi, J. (1960). *On Revolutionary Medicine*. (J. Gerassi, Ed.) New York: Simon and Schuster.
- Gertler, P., & Sturm, R. (1997). *Private health insurance and public expenditures in Jamaica*. Journal of Econometrics.
- Gillon, R. (1986). *Philosophical Medical Ethics*. New York: Wiley.
- Gilson, L. (1997). *The lessons user fee experience in Africa*. Health Policy and Planning.
- Giscard, V. (1972). *Économie et Société humaine. Rencontres internationales du Ministère de l'économie et des finances*. París: Ministère de l'économie et des finances.
- Gittleman. (1982). *The African Charter on Human and Peoples Rights: A legal Analysis*. Virginia Journal of International Law. No. 22.
- Gray, J. (1986 b). *Marxian Freedom, Individual Liberty, and the End of Alienation*. En *Social Philosophy and Policy* (págs. 160-187). Cambridge.
- Gray, J. (1986). *Liberalism*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Gros, E. H. (1985). *Estudios sobre los derechos humanos*. San José: Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
- Guevara Torres, G. (1999). *Salud y Antropología*. Lima: Ministerio de Salud Ucayali-Pucallpa. OPS/OMS- Lima.
- Gwatkin, Rutstein, Johnson, Pande, & Wagstaff. (2000). *Socioeconomic Differences in Health, Nutrition and Population*. Washington, DC: World Bank.
- Hannum, H. (1984). *Guide to International Human Rights Practice*. Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Harris, J. (1974). *The Marxist Conception of Violence*. En *Philosophy and Public Affairs* (Vol. 3). Princeton: Princeton University Press.
- Hart, H. L. (1961). *The Concept of Law*. Oxford: Clarendon Press.
- Hayek, F. (1944). *The road to serfdom*. Chicago y Londres: Universidad de Chicago Press/Routledge.
- Hayek, F. (1960). *Los fundamentos de la libertad* (Edición en español 1997 ed.). Barcelona: Ediciones Folio S.A.
- Hobsbawm, E. (1995). *Historia del siglo XX, 1914 - 1991*. Barcelona: CRÍTICA.

- Jewkes, J. (1955). *The Economist and Economic Change*. En *Economics and Public Policy*. Washington D.C.: The Brookings Institution.
- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* (2005 ed.). Riga: Tecnos.
- Kymlicka, W. (1995). *Filosofía política contemporánea. Una introducción*. Barcelona: Ariel.
- Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía multicultural*. Barcelos: Paidós Ibérica.
- Kymlicka, W. (1997). *The new debate ober minprity rights*. Toronto: Universidad de Toronto.
- Leighton, C., & Diop, F. (1993). *Protection of the poor under cost recovery*. Bethesda, Maryland: Abt Associates.
- Leighton, C., & Foster, R. (1999). *Economic impacts of malaria in Kenya and Nigeria*. Bethesda, Maryland: HFS Project, Abt Associates.
- Locke, J. (1690). *Segundo tratado sobre el Gobierno Civil. Un ensayo acerca del verdadero origen, alcance y fin del Gobierno Civil*. (C. 1. Mellizo, Trad.) Madrid: Alianza.
- López-Casanovas, G., Rivera, B., & Currais, L. (2005). *Health and economic growth: findings and policy implications*. Boston: MIT Press.
- McClure, F. J. (1970). *Water Fluoridation, The Search and the Victory*. En M. J. Editor, *Appropriate Use of Fluorides for Human Health, OMS*. Bethesda, Maryland: OMS, Ginebra 1986.
- Mesa Cuadros, G. (2007). *Derechos ambientales en perspectiva de integralidad. Concepto y fundamentación de nuevas demandas y resistencias actuales hacia el "Estado Ambiental de derecho"*. Bogotá D.C., Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Mesa Cuadros, G. (2011). Elementos para una teoría de la justicia ambiental y el Estado de Derecho. En G. d. GIDCA, *Elementos para una un teoría de la justicia ambiental* (págs. 25-62). Bogotá: Unijus.
- Mill, J. S. (1863). *El utilitarismo*. (R. 1. De Castilla, Trad.) Buenos Aires: Aguilar.
- Mittelbrunn, C. P. (2008). *Conceptos fundamentales de la a través de su historia reciente*. Asociación para la defensa de la sanidad pública de Asturias. Fedecaria ONG.
- Mora Torres, E., Páez Molina, H., Quiñonez Daza, W., & López M, M. (2007). *Mujer, salud y tradición en los U'wa de colombia y cuestiones de género en las comunidades indígenas*. Cubará: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia UPTC.
- Needham, D., Godfrey-Faussett, P., & Foster, S. (1998). *Barriers to tuberculosis control in urban Zambia: the economic impact and burden on patients prior to diagnosis*. International Journal of Tuberculosis and Lung Disease.

- Nozick, R. (1988). *Anarquía, Estado y Utopía*. Nueva York: Fondo de cultura económica.
- OEA. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador de 1988*. San Salvador: Organización de Estados Americanos.
- OG. No 1. ONU. (1989). *Observación General Número 1. Presentación de Informes por los Estados Partes. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- OG. No. 3. ONU. (1990). *La índole de las obligaciones de los Estados Partes. Observación General Número 3*. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OG. No. 4. ONU. (1991). *El derecho a una vivienda adecuada. Observación General Número 4*. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OG. No. 5. ONU. (1994). *Personas con discapacidad. Observación General Número 5*. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OG. No. 6. ONU. (1995). *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores. Observación General Número 6*. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OG. No. 14. ONU. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General Número 14*. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OMS - Temas de salud VIH. (s.f.). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 13 de 10 de 02, de [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
- OMS - UNICEF. (1978). *Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata*. Kazajistán - URSS: Organización de las Naciones Unidas.
- OMS. (1948). *Preámbulo. Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100*. Nueva York: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud*. Ottawa, Canada: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). *Contribuciones positivas de las iniciativas sanitarias mundiales*. Ginebra: Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

- OMS. (2004 b). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado el 15 de 09 de 2013, de Road traffic accidents: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1086?lang=en>
- OMS. (2004). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado el 15 de 09 de 2013, de Liver Cirrhosis: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1081?lang=en>
- OMS. (2006). *Trabajar en Pro de la Salud*. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Catalogación por la biblioteca de la OMS.
- OMS. (2010 b). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de Alcohol*. En 2. d. Octava sesión plenaria (Ed.), 63.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2010). *Diez datos sobre los medicamentos esenciales*. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (02 de 2011). *Nota descriptiva N°349 Alcoholismo*. Recuperado el 2 de 11 de 2013, de Centro de prensa OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- OMS. (2012). *Informe Mundial sobre el Paludismo*. Organización Mundial de la Salud OMS.
- OMS. (2012 b). *La OMS publica nuevas recomendaciones sobre el VIH en las que pide un tratamiento más temprano*. Centro de Prensa de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2012 c). *Global Health Observatory Data Repository*. Recuperado el 2 de 10 de 13, de Global Information System on Alcohol and Health: Alcohol Control Policies: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1132?lang=en>
- OMS. (2013). *Centro de prensa. Temas de salud*. Recuperado el 02 de 11 de 2013, de Tuberculosis: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
- OMS. (2013 b). *Nota descriptiva N°114*. Centro de prensa de la OMS.
- ONU - Programa Mundial de Alimentos. (s.f.). *Programa Mundial de Alimentos. Luchando contra el hambre en el mundo*. Recuperado el 02 de 10 de 2013, de <http://es.wfp.org/hambre/datos-del-hambre>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Resolución 217 A (III). París: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. (1949). *Convenio I de Ginebra. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1949 b). *Convenio II de Ginebra. Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.

- ONU. (1949 c). *Convenio III de Ginebra. Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1949 d). *Convenio IV de Ginebra. Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1950). *Resolución 421E (V)*. Asamblea General de las Naciones Unidas. Sesión Plenaria 314.
- ONU. (1955). *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos. Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social.
- ONU. (1959). *Declaración de los Derechos del Niño*. Sesión Plenaria Número 841. Resolución 1386 (XIV). Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial*. Asamblea General Resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1966 b). *Resolución 2200A*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Resolución 2200 A (XXI). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.
- ONU. (1969). *Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social*. Resolución 2542 (XXIV) del 11 de diciembre de 1969. Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Organización de las Naciones Unidas. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer.
- ONU. (1982). *Observación General Número 6, sobre el derecho a la vida*. Comité de los Derechos Humanos, Artículo 6 - Derecho a la vida, 16º período de sesiones. Organización de Naciones Unidas.
- ONU. (1982 b). *Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Resolución 37/194, de 18 de diciembre de 1982. Organización de las Naciones Unidas.
- ONU. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, Austria: Organización de las Naciones Unidas.

- OPS - OMS. (2003). *Informe del grupo de trabajo 1 de la comisión sobre macroeconomía y salud*. Washington, D.C.: OPS.
- OUA. (1981). *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul)*. XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana. Nairobi, Kenya: Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana.
- Pardo, A. (1997). *¿Qué es la salud?* Revista de medicina de la Universidad de Navarra, 4-9.
- Pérez, M. D. (2009). *La memoria filmada. Historia Socio-Política de América Latina a través del cine. La visión desde el norte*. Madrid: IEPALA.
- Quevedo Vélez, E. (Mayo de 1992). *Los tiempos del cólera: orígenes y llegada de la peste a Colombia*. Revista credencial. Colección Historia de la ciencia y la tecnología en Colombia, 29.
- Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice* (Primera edición al español, 1979 ed.). (F. d. Económica, Ed., & M. D. González, Trans.) Cambridge, Massachusetts, United States: The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Roberts, F. (1952). *The cost of health*. London: The Turnstyle press.
- Roemer, M., & Friedman, J. W. (1971). *Doctors in Hospitals: Medical Staff Organization and Hospital Performance*. Baltimore: The Johns Hopkins Press.
- Roemer, R. (1989). *El derecho a la atención de la salud*. En OPS-OMS, *El derecho a la salud en las Américas*. Estudio constitucional comparado (pág. 654). Washington.
- Röpke, W. (1946). *Civitas Humana, ou les questions fondamentales de la reforme économique et sociale: capitalisme, collectivisme, humanismw, économique. État, société, économié*. (P. Bastier, Trad.) París: Librairie de Médicis.
- Rosen, G. (1958). *A History of Public Health*. Nueva York: MD Publications, Inc.
- Saint-Exupéry, A. (2002). *El principito* (Quinta reimpresión ed.). Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Sand, R. (1952). *The Advance to Social Medicine*. Londres: Staples Press.
- Schwelb, E. (1964). *Human Rigths and the International Community*. Chicago: Quadrangle.
- Sen, A. K. (2000). *Desarrollo y Libertad*. (E. Rabasco, & L. Toharia, Trads.) Barcelona: Editorial Planeta.
- Sen, A. K. (2002). *El derecho a no tener hambre*. (R. Arango Rivadeneira, Ed.) Bogotá, Colombia: Universidad Externado de Colombia.

- Sen, A. K. (2010). *La idea de la justicia*. (H. Valencia Villa, Trad.) Bogotá: Taurus.
- Shon, L. (1982). *The New International Law: Protection of the Rights of the Individual Rather than States*. American University Law Review.
- Singer, P. (1972). *Famine, Affluence, and Morality*. En *Philosophy and Public Affairs* (Vol. 1). Princeton: Princeton University Press.
- Sohn, L. (1968). *A Short History of United Nations Documents on Human Rights*. En AAVV, *The United Nations and Human Rights* (págs. 37-169). 18th Report of the Commission to Study the Organization of Peace.
- Spence. (1993). *Tuberculosis and poverty*. Liverpool: British Medical Journal.
- Stewart, A. P., & Jenkins, E. (1969). *The Medical and Legal Aspects of Sanitary Reform*. Nueva York: Humanities Press.
- Taylor, C. (2006). *Fuentes del yo*. Barcelona: Paidós Ibérica S.A.
- Taylor, J. (2004). *Biblioteca Virtual del Banco de la República*. Recuperado el 22 de 07 de 2011, de Edición Virtual del diccionario de términos económicos elaborado por John Taylor: <http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/economia/glos/glos3.htm>
- Thomas, D., Lavy, V., & Strauss, D. (1996). *Public policy and anthropometric outcomes in the*. Journal of Public Economics.
- Turner Thackrah, C. (1832). *Los efectos de los oficios, trabajos y profesiones, y de las situaciones civiles y formas de vida, sobre la salud y la longevidad*. . Londres.
- Ulcuango, R. (1998). *Manual de la Medicina de los Pueblos Kichwas del Ecuador*. Quito.
- Uprimny, R. (1993). *Violencia, orden democrático y derechos humanos en América Latina. Viejo y nuevos retos para los noventa*. En G. G. Rodrigo Uprimny Yepes, *Derechos Humanos, Democracia Y Desarrollo En América Latina*. Bogotá, Colombia: Novib.
- Valencia Villa, H. (2010). *Cartas de Batalla: Una crítica del Constitucionalismo Moderno*. Bogotá: Panamericana.
- Vergés de López, C., & Farinoni, N. (1998). *Mujer Ngöbe: Salud y enfermedad*. Instituto de la Mujer de la Universidad de Panamá.
- Virchow, R. (1957). *Werk und Wirkung*. (H. Waitzkin, Trad.) Berlín: Rütten & Loenig.
- Virchow, R. (1958). *Disease, Life, and Man*. (L. Rather, Trad.) Stanford, CA.: Stanford University Press.



- Waitzkin, H. (2013). *Medicina y salud pública al final del imperio* (Primera edición al español ed.). (Á. O. Holguín, Trad.) Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Centro de historia de la medicina.
- Walzer, M. (1993). *Las esferas de la justicia* (Original en inglés 1983 ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Wartburg, W. (1979). *¿A right to health? Aspects of Constitutional Law and Administrative Practice*. En E. René-Jean Dupuy, *alphen aan den rijn: sijthoff and Noordhoff*.
- Wilkinson. (1989). *Class mortality differentials, income distribution and trends in 1921 - 1981*. Journal of Social Policy.
- Williams, B. (1962). *The idea of equality*. En P. Laslett, & W. Runciam, *Philosophy, Politics and Society* (2a ed.). Oxford: Oxford Basil Blackwell.