

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/309493664>

Derecho a la salud en México

Article · November 2015

CITATION

1

READS

1,412

1 author:



Sergio López-Moreno

Metropolitan Autonomous University

66 PUBLICATIONS 472 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Situación del derecho a la salud en México [View project](#)



Evaluación del Sistema Integral de Calidad en Salud [View project](#)



Derecho a la Salud en México

Coordinadores

Oliva López Arellano
Sergio López Moreno

Derecho a la Salud en México

Primera edición, 2015

D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana
Prolongación Canal de Miramontes 3855
Colonia Ex-Hacienda San Juan de Dios
14387, México, Distrito Federal

ISBN 978-607-28-0534-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Portada: composición a partir de las obras "Ternura", "Maternidad", "Flores", "Las manos de la protesta" y "El violinista", de Oswaldo Guayasamín.

La preparación y publicación de este libro contó con el apoyo financiero de la Rectoría de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, y del Programa para el Desarrollo Profesional Docente (SEP/PRODEP) a través de la Red "Salud, Condiciones de vida y políticas sociales".

A José Blanco Gil,
con cariño imborrable.

El derecho a la salud en México

Oliva López Arellano, Sergio López Moreno,

Alejandra Moreno Altamirano

I. Introducción

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental establecido desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), reconocido por múltiples tratados regionales y por numerosas constituciones nacionales. En México fue incorporado parcialmente en 1983 en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos como el Derecho a la Protección de la Salud (DPS).

A pesar de ello, para la mayoría de los mexicanos ni las condiciones de salud ni el acceso a los servicios se encuentran satisfechas. Es verdad que las tasas de mortalidad general han disminuido, que se ha incrementado la esperanza de vida y que algunas enfermedades han sido erradicadas o están bajo control, pero también es verdad que aún existen alrededor de 10 millones de mexicanos sin acceso a los servicios de salud; que en el campo casi la tercera parte de los menores de cinco años tiene talla baja para su edad; la mortalidad materna de México es la más alta en el grupo de la OCDE; que somos el país con la prevalencia de obesidad femenina más alta del mundo y que la mortalidad por algunos tipos de cáncer, Diabetes *mellitus*, problemas cardiovasculares e hipertensión no disminuye. Muchas parasitosis, enfermedades infecciosas y transmitidas por vector son todavía endémicas, a pesar de que hace décadas que existen medios

efectivos de control. A pesar de lo anterior, el principal problema radica en el hecho de que todos estos datos son todavía más graves entre las personas con menos recursos sociales y económicos (López et al, 2013).

La información más reciente indica que somos uno de los países más desiguales del mundo. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015), a pesar de ser la 14^a economía mundial, en México hay 53.3 millones de personas padeciendo pobreza multidimensional. Esto significa que casi la mitad de la población mexicana (45.5 por ciento) es tan pobre como hace veinte años. Como resultado, siete de cada 10 mexicanos se encuentra en inseguridad alimentaria.

Además, la desigualdad también es creciente: El más reciente informe de OXFAM, elaborado por Gerardo Esquivel, indica que el 1 por ciento de la población posee el 43 por ciento de toda la riqueza de México, y que mientras que el Producto Interno Bruto (PIB) crece al 1 por ciento anual, la fortuna de los 16 mexicanos más ricos se multiplicó por cinco en menos de veinte años. De hecho, 4 personas reciben el 9 por ciento del PIB total del país (Esquivel, 2105). La situación mundial es semejante: en 2014 siete de cada 10 personas vivían en países donde la desigualdad era mayor que 30 años antes, y un grupo de 85 personas tiene la misma riqueza que la mitad más pobre de la población mundial (OXFAM, 2014). Como contraparte, existen todavía cerca de 800 millones de personas que padecen hambre en el mundo (ONU, 2015).

Todo indica además que las condiciones de crisis económica y la creciente desigualdad social profundizarán las ya de por sí graves desigualdades sanitarias y de acceso a los servicios. Como ha sucedido siempre en México, el mayor costo lo pagarán las clases menos favorecidas y los grupos sociales más vulnerados: las mujeres, los indígenas, los niños y los pobres. En este contexto se debate el derecho a la salud.

Hace mucho que se reconoce que la salud está fuertemente ligada a las condiciones de vida y el desarrollo económico de los grupos poblacionales. Desde 1700 Ramazzini demostró la asociación entre el trabajo y la enfermedad; Villermé y Engels demostraron que la asociación entre pobre-

za y enfermedad no era fortuita; en el siglo XX, el feminismo demostró que los roles de género determinan la magnitud y frecuencia de muchas enfermedades. Hace algunas décadas comenzaron a publicarse estudios mostrando que la falta de libertades básicas y de respeto de los derechos humanos produce daños a la salud, fundamentalmente como consecuencia de la desigualdad y la injusticia que existen donde no hay democracia. Los estudios sobre desigualdad social y salud, como el primigenio *Informe Black*, proporcionaron elementos para comprender la forma en la que la desigualdad daña. Hemos comprobado, como dice Göran Therborn, que la desigualdad mata (Therborn, 2015).

La salud y su defensa se han convertido en motivo de preocupación general hace poco más de medio siglo. Antes del Informe Beveridge de 1942, por ejemplo, prácticamente ninguna organización o partido político del mundo ofrecían propuestas relacionadas con las políticas y programas de salud, y cuando lo hicieron fue casi siempre como medidas de contención económica (Foucault, 1990). Tiene apenas unos treinta años que el derecho a la salud comenzó a aparecer oficialmente en los debates políticos del mundo, casi siempre para justificar la imposibilidad de garantizarlo.

En la actualidad esta situación ha cambiado sustantivamente. Ahora no cabe ninguna duda de que la salud está profundamente relacionada con la dignidad humana, y que garantizarla como derecho humano es una obligación de todas las naciones avanzadas.

La violación del derecho a la salud atenta contra la dignidad de las personas porque limita el desarrollo de sus capacidades y las excluye de las oportunidades que ofrece la vida. La pérdida de la salud provoca impotencia, desconfianza e inseguridad (Therborn, 2015) y toda muerte prematura, pero especialmente la de niños y embarazadas, es un insulto a la sociedad.

Aunque es imposible garantizar a las personas que permanecerán sanas a lo largo de toda su vida, cada vez hay mayores y más efectivos esfuerzos para poner límites a las condiciones que provocan muertes prematuras y enfermedades evitables. En esa larga búsqueda el derecho y la ley

han jugado un papel muy relevante, proporcionando instrumentos que paulatinamente se han convertido en poderosas herramientas capaces de regular y humanizar la convivencia social y contribuir a producir salud.

II. El derecho a la salud en las cartas internacionales de derechos

El derecho a la salud ha sido reconocido en todas las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX como parte de los DESC, por lo que tiene más de medio siglo que se considera legítimamente como un pleno derecho social. Como se ha comentado, este tipo de derechos surgió entre el final del siglo XIX y la segunda mitad del veinte, y se caracteriza, *grosso modo*, porque "...en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio." (Sánchez-Cordero, 2000).

Los DESC están directamente vinculados con el logro de aquellas condiciones fundamentales necesarias para la satisfacción de nuestras necesidades básicas. Como ejemplos de DESC se encuentran el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a la protección y asistencia a la familia, el derecho a la seguridad social, los derechos culturales y el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.

En múltiples declaraciones y pactos internacionales se menciona explícitamente que el derecho a la salud y a su protección es un derecho humano. La siguiente es una enumeración no exhaustiva de los contenidos de los principales instrumentos internacionales en esta materia.

El artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 señala:

Artículo 25.

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, vejez, 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 de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ONU, 1948).

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, en su artículo 12, señala:

Artículo 12. 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 mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (ONU, 1966).

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XI, expresa lo siguiente:

Derecho a la preservación de la salud y al bienestar

Artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. (OEA, 1948).

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador” enuncia:

Artículo 10. Derecho a la Salud

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, entendiendo 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)

La Carta Social Europea, firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, en sus artículos 11, 12, 13 y 19, fracción 2, indica:

Artículo 11. Derecho a la protección de la salud

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines:

- a. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente.
- b. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma.
- c. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

Artículo 12. Derecho a la Seguridad Social

Para garantizar el ejercicio efectivo al derecho a la Seguridad Social, las partes contratantes se comprometen:

1. A establecer o mantener un régimen de Seguridad Social.
2. A mantener el régimen de Seguridad Social en un nivel satisfactorio, equivalente, por lo menos, al exigido para la ratificación del Convenio Internacional del Trabajo (número 102) sobre normas mínimas de Seguridad Social.
3. A esforzarse por elevar progresivamente el nivel del régimen de Seguridad Social.
4. A adoptar medidas, mediante la conclusión de los oportunos acuerdos bilaterales o multilaterales, o por otros medios, sin perjuicio de las condiciones establecidas en esos acuerdos, encaminadas a conseguir:
 - a. La igualdad de trato entre los nacionales de cada una de las partes contratantes y los de las demás partes en lo relativo a los derechos de Seguridad Social, incluida la conservación de las ventajas concedidas por las leyes de Seguridad Social, sean cuales fueren los desplazamientos que las personas protegidas pudieren efectuar entre los territorios de las partes contratantes.
 - b. La concesión, mantenimiento y restablecimiento de los derechos de Seguridad Social, por medios tales como la acumulación de los períodos de seguro o de empleo completados de conformidad con la legislación de cada una de las partes contratantes.

Artículo 13. Derecho a la asistencia social y médica.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. A velar por que toda persona que no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por su propio esfuerzo o de recibirlos de otras fuentes, especialmente por vía de prestaciones de un régimen de Seguridad Social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado.
2. A velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales.
3. A disponer lo preciso para que todas las personas puedan obtener por medio de servicios adecuados, públicos o privados, el asesoramiento y ayuda personal

necesarios para prevenir, eliminar o aliviar su estado de necesidad personal o familiar.

4. Aplicar las disposiciones mencionadas en los párrafos 1, 2 y 3 del presente artículo, en condiciones de igualdad con sus nacionales, a los de las restantes partes contratantes que se encuentren legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica, firmado en París el 11 de diciembre de 1953.

Artículo 19. Derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y a asistencia.

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho de los trabajadores migrantes y sus familias a protección y asistencia en el territorio de cualquier otra parte contratante, las partes contratantes se comprometen:

2. A adoptar, dentro de los límites de su jurisdicción, medidas apropiadas para facilitar la salida, el viaje y la acogida de estos trabajadores y sus familias, y a proporcionarles durante el viaje, dentro de los límites de su jurisdicción, los servicios sanitarios y médicos necesarios, así como unas buenas condiciones de higiene.

(Consejo de Europa, 1996)

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, en sus arts. 31.1 y 35 señala:

Artículo 31. Condiciones de trabajo justas y equitativas

1. Todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, seguridad y dignidad.

Artículo 35. Protección de la salud

Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.

(Parlamento Europeo, 2000)

La Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos, en su art. 16, dice:

Artículo 16.

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.
(Organización de la Unidad Africana, 1981)

El derecho a la salud, además, es reconocido como componente sustantivo de otros derechos en otros tratados internacionales. Entre ellos destacan la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, de 1965; en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, y en la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989.

Obligaciones generales del Estado en la protección de la salud

El desarrollo de los derechos humanos ha implicado el surgimiento de derechos y deberes para distintos actores sociales. En materia de salud, los Estados, organismos internacionales, empresas privadas, organismos no gubernamentales y personas tienen obligaciones directas e indirectas relacionadas con el respeto, la protección y la satisfacción de este derecho, tanto en las situaciones contingentes como en las que derivan de las condiciones estructurales.

Como se ha señalado, en virtud del derecho internacional e independientemente de sus sistemas y económicos, todos los Estados tienen la obligación directa de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud (ONU, 1993). Adicionalmente, si el ejercicio de los derechos humanos no estuviese garantizado en las legislaciones de los países, los Estados están obligados a adoptar todas las medidas legislativas o de otro carácter

que fueren necesarias para hacerlos efectivos (OEA, 1969; OACNUDH, 2014; González Delgado, 2014). En este contexto se inscriben los esfuerzos por garantizar el derecho a la salud en México.

De acuerdo con la Observación general 14, la referencia al más alto nivel posible de salud física y mental no se limita al derecho a la atención de la salud, al abarcar un conjunto de satisfactores que constituyen una precondition para llevar una vida sana, y que hacen ese derecho “extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (ONU, 2001).

En otras palabras, el derecho a la salud es un derecho que depende de la concurrencia de otros satisfactores que, en conjunto, determinan las condiciones de salud. Por esta razón se acepta que el derecho a la salud es un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que deben ser considerados como verdaderos determinantes sociales de la salud.

Adicionalmente, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU considera que entre los componentes del derecho a la salud figura un sistema de protección que brinde a las personas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud mediante una atención de salud oportuna y apropiada. Este sistema de protección debe cumplir con un mínimo de condiciones, y pone como ejemplos la disponibilidad, la accesibilidad geográfica, económica y cultural, la aceptabilidad y la calidad de los servicios. Con la presentación de estos ejemplos, no exhaustivos, el CDESC hizo un esfuerzo por dotar de contenido concreto al derecho a la salud, por lo menos en lo que respecta a su componente de protección.

III. Situación del derecho a la salud en México

En nuestro país el derecho a la salud fue consagrado por primera vez en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el 3 de febrero de

1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional. El texto del artículo quedó como sigue:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

De lo anterior pueden desprenderse varias conclusiones. Entre las más relevantes destaca el que, en lugar del derecho a la salud, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señale el derecho a la protección de la salud, lo que puede interpretarse como un esfuerzo por *positivizar* el primero. Lo anterior tiene relevancia en la medida en que, al positivizar el derecho a la salud, los múltiples componentes que conforman este derecho en realidad se circunscriben a la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso. Por esta razón, cuando en México se habla de derecho a la salud en realidad se hace referencia al acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos.

Esta situación se ha modificado paulatinamente. Un primer cambio ocurrió con el surgimiento en México de los Organismos *No Jurisdiccionales de Protección de Derechos Humanos*, entre las que destacan la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, que han jugado un relevante papel en la defensa del derecho a la protección de la salud en México, al no existir ningún órgano jurisdiccional dedicado específicamente a su defensa directa.

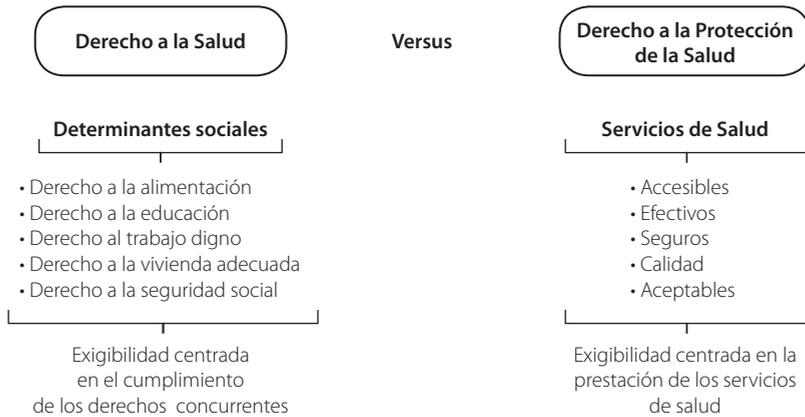
El cambio de visión más importante, sin embargo, ocurrió cuando el CDESC emitió en 2001, durante su 22º período de sesiones, la Observación General 14, referida al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud señalado en el párrafo 1 del artículo 12 del PIDESC (CDESC, 2000).

Con respecto al Derecho a la Salud, la Observación General 14 del CDESC, señala:

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”... tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.... Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.
11. El Comité interpreta el derecho a la salud... como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”.

Desde esta perspectiva, se consideran como principales factores determinantes de la salud el acceso al agua limpia potable, las condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Como se verá enseguida, los ajustes a la Constitución Política Mexicana de hace cuatro años posiblemente permitan a mediano plazo la satisfacción de estas condiciones (figura 1).

Figura 1. Diferencias entre el Derecho a la Salud y el Derecho a la Protección de la Salud, de acuerdo con la Observación General 14 del PIDESC.



La reforma constitucional mexicana sobre derechos humanos

El 10 de junio de 2011 la Cámara de Diputados de los Estados Unidos Mexicanos reformó una serie de artículos a fin de fortalecer el estatus jurídico de los tratados internacionales de derechos humanos en México, dotándolos de rango constitucional y estableciendo, entre otras cosas, que las normas internacionales relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014).

Estas reformas quedaron plasmadas en la Constitución Política de la siguiente manera:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece. Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados

internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia. Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2014).

De esta manera, a partir de 2011 los derechos humanos están garantizados en México por la Constitución Política, los tratados internacionales y los tribunales internacionales con competencia regional (que en el caso de México es la Corte Interamericana de Derechos Humanos).

Antes de la publicación del decreto de reforma el Estado Mexicano circunscribía sus responsabilidades al otorgamiento de garantías individuales, limitándose a garantizar la disponibilidad de instrumentos procesales de tutela de derechos pero sin reconocer los derechos humanos como tal.

Con la reforma, los contenidos del derecho a la salud y los procedimientos a través de los cuales se puede garantizar su cumplimiento pasan a ser los mismos que los establecidos en los tratados internacionales firmados por México y examinados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU. Para que estas aspiraciones se cumplan es necesario que todas las políticas en la materia adecuen su diseño a este nuevo paradigma.

El derecho a la protección de la salud

A pesar de todo lo anterior, en México es común que los intentos por fortalecer el sistema de salud se centren únicamente en el desarrollo de los propios servicios y no en la persona (OMS, 2007). El empoderamiento de las personas es un supuesto básico del enfoque de derechos humanos, y éste no se alcanza con el simple reconocimiento de las personas como titulares del derecho, sino estableciendo mecanismos que les permitan participar en el diseño e implementación de las políticas públicas y acceder a las vías procesales cuando este derecho no es respetado.

En México aún es necesario precisar cuáles son las obligaciones del estado en materia de protección de la salud bajo un enfoque de derechos humanos. Lo importante es que ya existe un conjunto de instrumentos internacionales y el marco constitucional adecuado para asumir esta tarea.

1. Para comenzar el Estado mexicano debe garantizar que la protección de la salud sea parte de los principios transversales que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos. En este sentido destaca que la administración de los servicios de salud en México se caracterice por el descuido de los principios de *máximo uso de recursos disponibles* y de *garantía del nivel mínimo* del derecho, que guardan una estrecha relación con las obligaciones inmediatas y progresivas que sustentan la garantía de la calidad como parte del derecho a la protección de la salud (López et al, 2014).
2. En segundo término las acciones diseñadas y ejecutadas en materia de atención pueden y deben basarse en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. Sabemos que el principal objetivo de toda política pública es dar racionalidad a la acción estatal, pero los criterios de eficiencia y productividad, por ejemplo, sólo pueden utilizarse si las acciones sanitarias se sujetan, en primer término, a las obligaciones del estado en materia de protección del derecho a la salud.
3. En este escenario, la propuesta de crear un sistema de atención universal sólo puede plantearse si es capaz de brindar iguales oportunidades de servicio a todo los que lo requieran, independientemente de su capacidad de pago, a fin de alcanzar equitativamente el más alto nivel posible de salud. Esto implica garantizar el derecho de todos —y no sólo de quienes pueden pagar— a acceder a servicios de salud de buena calidad, efectivos, seguros, suficientes y oportunos. Sólo así la atención sería un verdadero atributo del derecho a la protección de la salud.

En materia de *Derecho a la Protección de la Salud*, la Observación General 14 del CDESC señala que los servicios de salud deben cumplir con los siguientes criterios:

a) **Disponibilidad**

Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

b) **Accesibilidad**

Presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- i) No discriminación;
- ii) Accesibilidad física;
- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad); y
- iv) Acceso a la información.

c) **Aceptabilidad**

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados... y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) **Calidad**

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

43. Los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud (...) el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;
- b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre;
- c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable;
- d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;

- f) Adoptar y aplicar (...) una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población.
44. Entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:
- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil; Que implica: La reducción de la tasa de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años, el sano desarrollo de los niños (apartado a del párrafo 2 del artículo 12) y adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna y los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información;
 - b) Proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas que tienen lugar en la comunidad;
 - c) Adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas;
 - d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
 - e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos.
(Observatorio de Política Social y Derechos Humanos, 2014)

El derecho de acceso a establecimientos, bienes y servicios (Apartado b, párrafo 12) implica:

- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d) del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud;
- Programas de reconocimientos periódicos;
- Tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad;
- El suministro de medicamentos esenciales, y

- El tratamiento y atención apropiados de la salud mental.
- La mejora y el fomento de la participación de la población:
 - En la prestación de servicios médicos preventivos y curativos.
 - En la organización del sector de la salud.
 - En el sistema de seguros.
 - En la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

Asimismo, los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud.*

- Las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros (CDESC, 2000: 19)
- Incorporar la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre (CDESC, 2000: 20)
- La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud.

En relación al derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades y la lucha contra ellas, la Observación expresa que esto implica:

- Programas de prevención y educación sobre aspectos de la salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica. Asimismo, promover determinantes de la buena salud como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

* Obligaciones fundamentales señaladas en los párrafos 43 y 44 de la Observación General 14.

- El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia.
- La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la sistematización de datos y su desglose, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas.

Otro ámbito a considerar es el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial (Art, 12, apartado b, párrafo 2), en particular la adopción de:

- Medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales.
 - La necesidad de velar por el suministro adecuado de agua limpia potable y la creación de condiciones sanitarias básicas.
 - La prevención y reducción de la exposición de la población a sustancias nocivas tales como radiaciones y sustancias químicas nocivas u otros factores ambientales perjudiciales que afectan directa o indirectamente a la salud de los seres humanos.*
 - Reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral.‡
- Además, el apartado b) del párrafo 2 del artículo 12 abarca la cuestión relativa a la vivienda adecuada y las condiciones de trabajo higiénicas y seguras.

* El Comité toma nota del principio 1 de la Declaración de Estocolmo de 1972, en el que se afirma que “el hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, la igualdad y el disfrute de condiciones de vida adecuadas en un medio de calidad tal que le permita llevar una vida digna y gozar de bienestar”, así como de la evolución reciente del derecho internacional, en particular la resolución 45/94 de la Asamblea General sobre la necesidad de asegurar un medio ambiente sano para el bienestar de las personas; del principio 1 de la Declaración de Río de Janeiro; de los instrumentos regionales de derechos humanos y del artículo 10 del Protocolo de San Salvador a la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

‡ Párrafo 2 del artículo 4 del Convenio N° 155 de la OIT.

- Suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y
- Disuasión del uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas.

Grupos específicos

Respecto a los contenidos del derecho sobre estrategias transversales y en grupos específicos, desarrollados en el Art. 12 “Temas especiales de alcance general” (numerales 18-27), destacan:

La no discriminación e igualdad de trato, que prohíbe toda la discriminación en lo referente al acceso a la atención a la salud y a los factores básicos determinantes de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

La perspectiva de género, en donde el Comité recomienda que los Estados incorporen esta perspectiva en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre, dado que este enfoque reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud.

Mujeres

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Entre sus contenidos destacan:

- Prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer
- Políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

- Reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar.
- Suprimir todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva.
- Adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

Niños

- Medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños.
- Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades.*
- Que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre
- Acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas.
- La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental.
- Adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones.‡

* Párrafo 1 del artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

‡ Véase la resolución WHA47.10 de la Asamblea Mundial de la Salud titulada “Salud de la madre y el niño y planificación de la familia: prácticas tradicionales nocivas para la salud de las mujeres y los niños, de 1994.

- Dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

Adolescentes

- Proporcionarles un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.
- Proporcionarles una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tenga en cuenta la confidencialidad y la vida privada y el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.
- La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.
- (CDESC, 2000: 24)

Personas mayores

- Dar un enfoque integrado de la salud (prevención, la curación y la rehabilitación)
- Reconocimientos periódicos para ambos sexos.
- Medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores.
- Prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.

Personas con discapacidades

El Comité reafirma lo enunciado en el párrafo 34 de su Observación General N° 5, que aborda la cuestión de las personas con discapacidades en el contexto del derecho a la salud física y mental. Asimismo, el Comité subraya la necesidad de velar por que no sólo el sector de la salud pública, sino también los establecimientos privados que proporcionan servicios de salud, cumplan el principio de no discriminación en el caso de las personas con discapacidades.

Pueblos indígenas

Los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.

- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas. En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. A este respecto, las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

Adicionalmente se plantean un conjunto de obligaciones legales de carácter general, entre las que destacan:

- Garantizar que el derecho a la salud se ejerza sin discriminación.
- Obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.
- No son permisibles las medidas regresivas adoptadas en relación con el derecho a la salud.
- Obligación de respetar, proteger y cumplir (párrafos 33-37 con obligaciones específicas que derivan del derecho a la salud)
- Adoptar medidas tanto nacionales como mediante la asistencia y la cooperación internacional (económicas y técnicas), para dar plena efectividad a los derechos reconocidos en el Pacto, como el derecho a la salud.

- Impedir que terceros conculquen ese derecho en otros países.
- Los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones.
- Obligación individual y solidaria de cooperar en la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados dentro del país. (CDESC, 2000)

Si bien sólo los Estados son Partes en el Pacto y, por consiguiente son los que, en definitiva, tienen la obligación de rendir cuentas por su cumplimiento, todos los integrantes de la sociedad, incluyendo los particulares (profesionales de la salud, familias, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y el empresas privadas) tienen responsabilidades en la realización del derecho a la salud. Los Estados Partes deben crear un clima que facilite el cumplimiento de esas responsabilidades.

Hasta aquí las propuestas de la Observación General 14 del CDESC. Enseguida abordaremos las posibilidades de cumplirlas y la necesidad de trascenderlas en el mediano plazo.

IV. Perspectivas a mediano plazo

En México se han presentado recientemente algunas demandas de garantía del derecho a la protección de la salud con resultados variables.* Desde el punto de vista jurisdiccional destaca el juicio relacionado con la necesidad de contar en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

* No nos referimos aquí a las demandas judiciales emprendidas contra médicos en el ejercicio de su profesión y que pueden clasificarse como actos de negligencia, impericia o negativa de atención (que constituyen delitos que se procesan penalmente) sino a situaciones que derivan de la estructura de los servicios de salud y que atentan contra el Derecho a la Protección de la Salud del que ya hemos hablado.

(INER) con un servicio clínico especializado para la atención de pacientes con VIH-SIDA, conocido como “el caso del Pabellón 13”, y sobre el cual la Segunda Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) determinó en octubre de 2014, en su Resolución 378/2014, que el INER debía salvaguardar el derecho humano a la salud “al nivel más alto posible” de las personas portadoras del VIH, recibiendo el tratamiento médico correspondiente en instalaciones separadas del resto de pacientes; otro caso es el de Claudia Guadalupe Sifuentes Salazar, quien demandó de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud el otorgamiento de la atención médica integral oportuna al que tiene derecho como derechohabiente, y cuya resolución se encuentra en curso;

En general, puede decirse que las demandas de justiciaabilidad directa en materia de derecho a la protección a la salud son pocas y casi siempre limitadas a la provisión de medicamentos. Un estudio reciente, que revisó 30 estudios en tres países, entre 1966 y 2012, encontró que la mayor parte de los casos se refieren a la necesidad de incorporar beneficios no incluidos en los planes de salud (especialmente en materia de nuevas tecnologías sanitarias) y proporcionar medicamentos de dispensación básica y excepcional (Revez et al, 2013).

Casos excepcionales en Latinoamérica son los de Colombia y Brasil, cuyo ordenamiento jurídico permite presentar demandas individuales en materia de prestación de servicios. En el caso de Colombia, según el Informe de la Defensoría del Pueblo, en 2013 se presentaron 115,014 acciones de tutela reclamando mejores servicios de salud, principalmente en materia de tratamientos, medicamentos y citas médicas. De ese total, el 70 por ciento se referían a acciones contenidas en los planes obligatorios de salud, es decir, que debían haberse entregado a los pacientes sin ninguna restricción. Los más afectados fueron los pacientes más pobres (Palomino, 2013). No obstante, estos casos se refieren exclusivamente a la actuación de los servicios médicos y con frecuencia terminan justificándolos, con el argumento de la escasez de recursos del sistema. Un antecedente importante en sentido contrario es el debate surgido en torno a la sentencia T-760 del 31 de julio de 2008, en el que diversos grupos académicos y

sociales se manifiestan por reconocer y cambiar los límites —impuestos por el mercado a través de la exigencia de mayor eficiencia del sistema de salud— que impiden hacer efectivo el derecho a la salud reconocido doctrinariamente por la Constitución de Colombia. Ese debate continúa abierto, pero sin duda será un precedente de las acciones que se promuevan en Latinoamérica para garantizar el derecho a la salud, y no sólo a su protección (Varios autores, 2010). En Brasil, de manera semejante, la mayor parte de las demandas en materia de derecho a la protección de la salud también se refieren a la provisión de medicamentos no incluidos en los programas de atención farmacéutica del Sistema Único de Salud (Ramos, 2013).

En el ámbito no jurisdiccional existen más ejemplos. El órgano no jurisdiccional de protección de derechos humanos que más recomendaciones ha emitido en México en materia de salud es la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Su trabajo ha sido relevante en la defensa de la protección de la salud de las personas bajo prisión, de los militares y portadoras de VIH. En este último rubro, hasta 2013 la CNDH había recibido 347 quejas relacionadas con la inadecuada prestación del servicio público de salud a personas seropositivas o enfermas de sida; 175 relacionadas con la violación de los derechos de estas personas; 88 con negligencia médica; 87 con no proporcionar atención médica; 79 con la omisión de suministro de medicamentos; y 69 con la negativa de atención médica.

En el Distrito Federal se han presentado también diversas quejas, pero es particularmente notable la Recomendación 5/2014 presentada por la Comisión de Derechos Humanos del DF contra la Secretaría de Salud del DF, quien aceptó indemnizar 18 casos, que involucran diez fallecimientos de niños, por haberse vulnerado su derecho a la salud.

En el caso de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos no existe ningún antecedente de quejas sobre la violación del derecho a la protección a la salud presentada por individuos o grupos mexicanos. Nos parece que esta situación no cambiará mientras que México no firme el Protocolo Facultativo del PIDESC, que está en vigor desde el 5 de mayo de 2013, pero que el gobierno mexicano se ha negado reiteradamente a firmar.

¿Derecho a la salud o derecho a la protección de la salud?

En el marco del debate mundial sobre los derechos humanos, los movimientos sociales y las organizaciones de las Américas reunidas en Brasilia en 2007 reconocieron las múltiples dimensiones del Derecho a la Salud, en particular su relación con los determinantes sociales. En esa reunión se señaló:

“...que la salud es un derecho humano universal, deber del Estado, cuya realización precisa un conjunto de determinantes como la alimentación sana y segura; derecho al trabajo digno y valoración del trabajo reproductivo; ingresos adecuados; acceso, uso y permanencia en la tierra; manejo sustentable de los recursos naturales y renovables; vivienda digna con saneamiento ambiental, participación ciudadana democrática, acceso universal a los servicios de educación y salud oportunos, humanizados, de calidad y pertinentes culturalmente, políticas públicas sociales inclusivas y relaciones sociales no sexistas ni racistas, con tolerancia cultural y religiosa, lo que a su vez expresa que tanto los determinantes de la salud como el derecho a la salud son indivisibles e interdependientes.”

En este contexto se hace evidente que para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibilite procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales universales, integrales, equitativas y participativas”.

(Carta de Brasilia, 2007)

Como parece claro, uno de los problemas más importantes que enfrenta la lucha por el Derecho a la Salud en México es diferenciarlo del Derecho a la Protección de la Salud. Esto no significa que no se deba luchar por el derecho de todos los seres humanos a disponer de la más amplia, suficiente y oportuna protección de la salud. El acceso universal y equitativo a servicios de salud de buena calidad es un requisito fundamental de cualquier sociedad justa. Pero también es cierto que el derecho a la salud, como se ha señalado, no se agota con el otorgamiento de servicios. Se trata de un derecho complejo, cuyo alcance sólo puede lograrse cuando se conjuntan las condiciones que permiten a los seres humanos el disfrute de una vida plena, elegida libremente de entre múltiples opciones.

La primera medida que es necesario tomar para diferenciar el Derecho a la Salud es identificar su contenido sustantivo, quién es el titular del derecho y quién es el sujeto obligado. Durante este proceso es necesario trascender los indicadores sanitarios convencionales, que por lo general se refieren a la ausencia de muertes, enfermedades o complicaciones —y que resultan útiles para evaluar el grado de garantía alcanzado en materia de Protección de la Salud— a fin de proponer dimensiones de mayor complejidad, orientadas al logro de aquellas condiciones personales y grupales que amplían las libertades positivas y permiten a las personas controlar sus propias acciones y determinar su destino. De acuerdo con Isaiah Berlin, las libertades negativas aluden a la ausencia de restricciones o prohibiciones “de hacer”, y equivalen al concepto tradicional de libertad; en otras palabras, un sujeto es más libre a medida que tiene menos prohibiciones de hacer determinadas cosas. Las libertades positivas, en cambio, son condiciones que “permiten” a las personas realizar las acciones que las libertades negativas no les prohíben.

Como parece evidente, la lucha por el Derecho a la Salud alude a la creación de condiciones estructurales que promuevan y faciliten el alcance sistemático de mayores y verdaderas libertades positivas a todas las personas y grupos sociales. Amartya Sen ha utilizado el concepto de libertades de Berlin para fundamentar su categoría de *capacidades*. Para este autor, el conjunto de capacidades de una persona se puede definir como el

conjunto de vectores de realización a su alcance, en donde la realización se refiere a los distintos tipos de cosas que uno logra con los bienes que posee. Para Amartya Sen —quien, como Marx, es un severo crítico del *fetichismo de los bienes*— la realización es más importante que la cantidad de bienes poseídos. Su concepto de capacidades busca trascender el modelo de John Rawls, para quien una sociedad justa es aquella en la que todos tienen las mismas oportunidades para acceder a los bienes que él denomina *primarios* (integridad personal, libertades básicas, prerrogativas políticas, renta y riquezas). Sen, en cambio, afirma que la igualdad debería darse en la capacidad que tiene cada sujeto para convertir o transformar esos recursos en libertades, especialmente en libertades concretas para elegir la vida propia de acuerdo con las razones personales de cada uno. El ejercicio de las capacidades, en consecuencia, no sólo depende de las condiciones en las que vive una persona y de los bienes de los que dispone en un determinado momento, sino de todo su pasado. Se trata de una especie de *summa* del proceso vital humano. Bajo este esquema es que los derechos sociales, y en particular el Derecho a la Salud, ocupan un papel relevante, pues conectan al Estado social de derecho con la democracia, y a la salud con las capacidades humanas (Di Castro, 2010).

Aún falta mucho para demostrar que es posible dotar de contenido positivo al Derecho a la Salud, tal como han propuesto Amartya Sen, Martha Nussbaum y Jennifer Prah Ruger, entre otros. Pero es muy posible que el desarrollo del concepto de *capacidades en salud* sea un objetivo asequible en pocos años para aquellos sistemas políticos interesados en mejorar realmente la salud de sus poblaciones. De lo que no cabe duda es de que el contenido jurídico del Derecho a la Salud tendrá que incluir todas aquellas dimensiones que, en conjunto, permiten a las personas ampliar sus opciones para decidir, de manera verdaderamente libre, el tipo de vida que desea vivir. En esta esfera es en la que los derechos sociales se enlazan con las libertades básicas y responden, al mismo tiempo, a las aspiraciones de mejor salud, más democracia y mayor justicia.

Referencias

- Carta de Brasilia (2007). Minga para reducir las inequidades en salud en la región de la Américas. Movimientos y Organizaciones Sociales y Populares de las Américas, Reunión Regional de Consulta con la Sociedad Civil sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Brasilia 12-14 de abril (inédito).
- CDESC (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2014). Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- CONEVAL (2015). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México, 2014. México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/Paginas/IEPDS_2014.aspx
- Consejo de Europa (1996). Carta Social Europea (Revisada). Estrasburgo, Francia. Disponible en: <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Spanish.pdf>
- Di Castro, E. (2010) Derechos sociales, democracia y justicia. En: Dieterlen P. (comp.) Los derechos económicos y sociales. Una mirada desde la filosofía. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México, 2010.
- Esquivel G (2015). Desigualdad extrema en México: Concentración del poder económico y político. OXFAM México, agosto de 2015. Disponible en: http://cambialasreglas.org/images/desigualdadextrema_informe.pdf
- Foucault M (1990). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. En: Foucault M. La vida de los hombres infames. Ed. La Piqueta. Madrid, España. 1990.
- González Delgado A (2014) Facilidad de hacer exigible el derecho a la alimentación en México: una revisión sistemática de la literatura (Proyecto Terminal presentado como tesis para obtener la Maestría en Salud Pública con Área de Concentración en Nutrición). 6 de febrero de 2014. México: Instituto Nacional de Salud Pública. pp. 13-18
- López Arellano O, López MS y Delgado CI (2013). Determinantes sociales de la salud. En: Hernández Ávila y Lazcano Ponce (Edits.) Salud Pública: Teoría y Práctica. Editorial El Manual Moderno. México, 2013.
- López Moreno S, Ortega SR, Álvarez JA, Montealegre SM (2014). El sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México. En: López S, Jarillo E, Garrido F y Villa B. (Coord.) El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica. Universidad Autónoma Metropolitana, Academia Nacional de Medicina, INSP. México, 2014. pág. 113-131
- OACNUDH (2014). ¿Qué son los derechos humanos? Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Observatorio de Política Social y Derechos Humanos (OPSDH) 2014. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/sidesc/>
- OEA (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia. 1948. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>

- OEA (1969) Convención Americana Sobre Derechos Humanos (Pacto de San José) (B-32). Convención Americana sobre Derechos Humanos suscrita en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 7 al 22 de noviembre de 1969. Disponible en: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
- OEA (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”). Asamblea General de la OEA, 18 Periodo de Sesiones. San Salvador, El Salvador. 17 nov. 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- OMS (2007). People at the Centre of Health Care. Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems. Ginebra, Suiza.
- ONU (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25. Organización de las Naciones Unidas. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York. 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- ONU (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Resolución de la Asamblea General, San Salvador El Salvador, 17 de Noviembre de 1988. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- ONU (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Resolución A/CONF.157/23. Viena, Austria, 14 a 25 de junio de 1993.
- ONU (2001). Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Resolución HRI/GEN/1/Rev.5, Ginebra, Suiza, 26 de abril de 2001.
- ONU (2015). Reto Hambre Cero. ONU, 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/zerohunger/challenge.shtml>
- Organización de la Unidad Africana (1981). Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul). XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la OUA. 27 jul 1981. Nairobi, Kenya.
- OXFAM (2014). Event it up. Time to end extreme inequality. OXFAM Internacional, Oct. Disponible en: <https://www.oxfam.org/en/research/time-end-extreme-inequality>
- Palomino, S (2013). ‘Cada 2 minutos hay una tutela para exigir el derecho a la salud’, Así lo dice Jorge A. Otálora, Defensor del Pueblo. [Periódico El Tiempo]. 15 de enero de 2013. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12516281>
- Parlamento Europeo y Consejo de Europa (2000). Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, Doc. C 364/6. Niza, Francia. 7 dic 2000. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf
- Ramos KA, Ferreira AD (2013). Brasil. Análisis de demandas judiciales por medicamentos para uso fuera de etiqueta que se presentaron contra la Secretaría del Estado de Saúde de Minas Gerais. Revista de Direito Sanitário 2013;14(1). Disponible en: <https://tinyurl.com/pzsb7ul>
- Revez L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M y Salgado O (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(3):213–22.

- Saltalamacchia N y Covarrubias A (2014). La dimensión internacional de la reforma de derechos humanos: antecedentes históricos. En: Carbonell M y Salazar P (coord.) *La reforma Constitucional de Derechos Humanos*. México: Porrúa y UNAM.
- Sánchez-Cordero, O (2000). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, México, D.F. 9 de octubre de 2000.
- Therborn G (2015) *La desigualdad mata*. Alianza Editorial. Madrid, España, 2015.
- Varios autores (2010). *La sentencia T-760: alcances y limitaciones*. Cuadernos del Doctorado No. 11, Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Bogotá, Colombia, 2010.



Derecho a la Salud en México

Se terminó de imprimir en noviembre de 2015.
La edición consta de 500 ejemplares