

El derecho a la protección de la salud en América Latina: una visión ética y de derechos humanos.

Laura E. Benhumea González
Alicia Tinoco García

RESUMEN

Resulta de suma importancia el estudio y análisis de las estrategias y formas en que los Estados en cumplimiento de los ordenamientos y disposiciones internacionales, garantizan el derecho a la protección de la salud de su población, específicamente es interés del presente trabajo, estudiar y evidenciar el grado de oportunidad, calidad y atención de los servicios públicos de salud en diversas naciones latinoamericanas correlacionando el tema con la observancia y respeto de los derechos humanos.

Ha quedado evidenciado a través de estudios de organizaciones internacionales y de propias de los países, que existe una recurrente violación a los derechos humanos en el área de la prestación de los servicios de salud. Frecuentemente se presentan quejas respecto a la mala calidad de la atención médica, a la falta de medicamentos, a la ausencia de seguimiento de los padecimientos, a las escasas campañas de prevención de enfermedades, a la importancia de la salud pública, a la tendencia a la privatización de los servicios, entre otros aspectos que atentan en contra de la persona y el derecho a la protección de la salud desde el punto de vista de los servicios médicos. Ante este panorama, es necesario revisar la situación que guardan los sistemas de salud en América latina y vincular las deficiencias que éstos están presentando con respecto los ordenamientos a los cuales están sujetos por la firma y adhesión a diversos instrumentos internacionales y principalmente por las características y demandas sociales, pero adicionalmente, el estudio de los comportamientos éticos de los prestadores de los servicios de salud y de los usuarios de los mismos. Las aportaciones y evidencias que el estudio de los sistemas de salud puede aportar, sin duda son indispensables para el redimensionamiento de la importancia del cuidado, protección y promoción de la salud desde la responsabilidad del Estado, pero por supuesto también desde la autoprotección y el autocuidado ciudadano. Tarea que ha quedado pendiente en el diseño de la política pública sobre el rubro.

Se pretende después evidenciar la realidad a través de un análisis empírico, construir algunas alternativas de acción que contribuyan al mejoramiento de la prestación de los servicios de salud, pero principalmente al respeto a los derechos humanos y la cultura ética de la salud de los latinoamericanos.

Palabras ejes: sistemas de salud, derechos humanos, ética, políticas públicas, Estado y ciudadano.

Significado y Concepto de la salud

Hasta no hace muchos años, la transversalidad en el campo científico no se había hecho presente en la generación de conocimiento, sin embargo, con el desarrollo de las ciencias humanísticas hemos presenciado que temas vinculados con la vida, la salud, la enfermedad e incluso la muerte, han dejado de ser exclusivos de estudio por parte de las ciencias médicas y el punto de partida del conocimiento de éstos involucra de manera muy importante posturas de disciplinas como la psicología, la antropología, la sociología, el derecho e incluso la ciencia política y administrativa.

En este sentido, el estudio de la salud y la enfermedad resulta enriquecedor desde una perspectiva multidisciplinaria que no incluya únicamente aspectos biomédicos sino además, y de manera sobresaliente, aspectos sociales y psicológicos. El ser humano al constituirse como un ser *bio psico*

social, manifiesta que no sólo está condicionado por sus genes, sino también por los vínculos que adquiere con otros seres vivos. De aquí la importancia de ampliar los horizontes del entendimiento de aspectos íntimamente vinculados con las personas. Al respecto, Norma González González afirma que: “trabajar exclusivamente con evidencias biológicas; o bien, con datos, con fórmulas matemáticas, con variables sanito-demográficas, no hace sino seguir encubriendo el rostro centralmente humano de los problemas de salud”.¹

En temas como el de la salud y la enfermedad, resulta indispensable analizar la evolución que han sufrido los conceptos, en virtud de que precisamente ese “progreso” o “adaptación” de los mismos, ha hecho que ahora los entendamos de forma diferente. Especialmente el concepto de salud ha resistido constantes modificaciones a lo largo de su historia. Se trata de un término dinámico, activo y por ello subjetivo, cuyo análisis puede ayudarnos a comprender la valoración y la dinámica en torno a la salud en cada sociedad y época, ya que la salud ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en la vida personal y social de innumerables generaciones. “Nadie podrá negar que el estado de salud sea una constante preocupación de la humanidad, después de la vida misma, es lo que más se cuida y debe preservarse y protegerse. La consecución de formas de vida saludables se ha convertido en un objetivo al que muchas personas consagran parte de su energía y de su tiempo”.² Lo que además implica la participación de un número importante de agentes sociales en la búsqueda de la misma, a veces con intereses opuestos y desde perspectivas muy diferentes. Por ello es importante responder de qué hablamos cuando nos referimos a la salud.

Antes de intentar aclarar lo que por salud entendemos vinculando al concepto con otro que le es convergente, la enfermedad, distinguiremos entre la salud como concepto y la salud como significado.

La salud como concepto, implica un estado de equilibrio ideal entre las características biológicas de un cuerpo humano. Es un estado corporal y mental que le permite al individuo desenvolverse de manera ordinaria y sin experimentar dolor o sufrimiento. Explorar lo que se describe por salud, implica hurgar por un ambiente ampliamente vinculado con las ciencias de la medicina, con los patrones establecidos de características deseables del cuerpo humano para presentar estados de armonía y desenvolvimiento. El concepto de salud desde esta óptica ha estado ajeno al significado que de ella se ha creado desde una óptica social, cuando un individuo goza de salud y quienes lo rodean por igual, ésta se convierte en una precondition de la búsqueda de otros satisfactores, que sin duda conducen a ambientes de armonía y equilibrio que se traducen en ambientes de paz.

Salud entonces significa estar sano para tener todo lo otro que el ser humano necesita para crecer y desarrollarse integralmente: vivienda, alimentación, educación, vestido, esparcimiento. La salud significa una condición inherente a la vida de las personas, contar con las características que propician una convivencia armónica, una participación proactiva, una adquisición de responsabilidades franca. Las implicaciones de ella están presentes en la calidad de las sociedades y las políticas de sus gobiernos. Entender con claridad el significado de la salud, implica ir más allá de los componentes del concepto desde el ámbito únicamente del estado físico que ella guarda. La salud, desde esta perspectiva, involucra en su estudio los componentes de diversas disciplinas a las que les interesa conocer del dolor físico y del sufrimiento moral, de la calidad de la atención médica y de la calidad de vida del paciente, del respeto de las decisiones del personal de salud y del individuo, del reconocimiento de los derechos de las personas a ser tratadas con respeto, dignidad y autonomía.

Una visión reciente de la salud

¹ “Pobreza y Salud en el Estado de México: la atención no hospitalaria de la diabetes”. Universidad Autónoma del Estado de México/Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza/ Miguel Ángel Porrúa, Toluca, México, 2007, p. 270.

² *cfr.* Luis Manuel Sánchez y José Luis González, “Cómo ser saludable integralmente”, Océano, México, 1993, pp. 47–51.

Existen varias concepciones para la definición de salud, entre ellas la que aborda que es un concepto que se refiere a un “equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso. Cuando alguno de esos elementos se modifica todos los otros se alteran para buscar un nuevo equilibrio del ser humano. Dicho cambio puede ser transitorio, y como proceso se reinicia en forma intermitente ante hechos fortuitos o fugaces acaecidos en cualquiera de los factores antes mencionados. Las respuestas escogidas por el ser humano ante esos estímulos externos o internos son múltiples y variadas de acuerdo a sus propias capacidades”.³

La salud es más que un estado, un “proceso continuo de restablecimiento del equilibrio, proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse, inflexible lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida”.⁴ Esta concepción implica que mantener ese equilibrio requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, y asistenciales que se requieren para sostener ese equilibrio, el cual se traduce en la capacidad de vivir como individuo, de producir, reproducir y recrear la cultura, entendida como la suma de producciones e instituciones que distancia la vida humana de la animal.

Otras escuelas de pensamiento, consideran a la salud como un “estado que se tiene o se pierde, y que su posesión implica el pleno uso de las capacidades físicas, mentales, sociales y espirituales, para autores como Barro, la salud es un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico. Mushkin en 1962 y Grossman en 1972, establecen que la salud y la educación son determinantes del capital humano, estos autores expresan una doble connotación, la de ser un bien de consumo y un bien de inversión”.⁵

En la segunda mitad del pasado siglo, como quedó mencionado en líneas arriba, comenzó a adoptarse una perspectiva de la salud que trascendía el binomio de la salud y la enfermedad, y es en 1956 cuando René Dubos expresó una concepción bidimensional de la salud, referida tanto al bienestar físico como mental: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado".⁶ En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

También en la década de 1950 Herbert Dunn aportó una descripción de la salud de la que incluía tres grandes aspectos de la misma: orgánico o físico, psicológico y social. Esta incorporación de la dimensión social fue adquiriendo un progresivo énfasis en los años sucesivos. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al (1966) citados por Martha Talavera también incluyen el componente social al concepto de salud: "Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte".⁷ Aquí vemos a la salud como en una escala continua, es decir la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

Igualmente, Milton Terris (1975) enfatizó en esta dimensión social de la definición de salud. Éste define salud como "el estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".⁸ Otro ingrediente importante para el concepto de salud es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más

³ Marta Talavera, “El Concepto de salud, definición y evolución”, 2007, <http://www.unal.edu.co/medicina>, 15 de marzo de 2010.

⁴ J.M. Orozco, *op. cit.* p.126.

⁵ *cfr.* M. Talavera *op.cit.*

⁶ Grupo Curie, “*Conceptos básicos preliminares en Salud*”, Grupo Curie, Buenos Aires Argentina, 2008, p.36.

⁷ *cfr.* M. Talavera *op.cit.*

⁸ *cfr.* M. Talavera *op.cit.*

allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente). Por su parte Alessandro Seppilli en 1971 define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".⁹

Un examen de las distintas concepciones prevalecientes de la salud no debería dejar de lado la definición propuesta en 1976 en el *Xè Congrés de metges i biòlegs en llengua catalana*: "La salud es una manera de vivir cada vez más autónoma, solidaria y gozosa... Se puede entender "autónoma" como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término "solidaria", mientras "gozosa" recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades".¹⁰

El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es indudablemente la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades".¹¹ Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora en el momento de su publicación, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos "normativa" de entender la salud. Por supuesto que intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres elementos básicos del desarrollo humano: el físico, el mental y el social. Además, busca una expresión en términos positivos, partiendo de un planteamiento optimista y exigente.

Entre las críticas que ha sufrido esta definición, no es menor la que considera que se equipara a la salud con alguna noción de felicidad, lo que la hace excesivamente utópica y poco realista. Tampoco facilita la medición de la salud de acuerdo con los parámetros que emplea. Su subjetividad hace que la definición de la OMS no ofrezca criterios de medición para cuantificar la salud. Ciertamente, esta definición tiene una reducida capacidad operativa, ya que, por ejemplo, todo aquel afectado -incluso aunque no sea personalmente- por la tiranía, la injusticia, la desigualdad o la marginación social, no puede ser incluido en la definición y debería ser etiquetado como insano. Condición muy común en nuestro entorno actual. Algunas voces críticas, como la de Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra "completo" de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica.

Una propuesta alternativa, respetuosa con los logros de esta definición, propugnaría por una definición de la salud como: un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades.

Existen otras relecturas de la definición de salud, como la que la define como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social, y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.

Dentro del tratamiento del tema, no debemos olvidar que la salud contribuye adicionalmente al desarrollo social y económico de la misma manera en que dicho desarrollo favorece la salud. Ésta constituye también uno de los componentes básicos del bienestar de la población, por lo que deberá ser, a su vez, uno de los elementos esenciales para definir y evaluar el desarrollo social en su propósito de alcanzar mejor calidad de vida a nivel individual y colectivo.

⁹ Grupo Curie, "*Conceptos básicos preliminares en Salud*", Grupo Curie, Buenos Aires Argentina, 2008, p.42.

¹⁰ *cfr.*, J.M. Orozco, *op. cit.*, pp. 92-96.

¹¹ Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, "*La Constitución de la Organización Mundial de la Salud*", Toluca, México, 2008, p.32.

Ante esta concepción de la salud y la importancia que en el mundo moderno ha cobrado como valor humano fundamental, su incorporación al debate y discusión de los derechos humanos no se hizo esperar.

El derecho a la salud o derecho a la protección de la salud

A través del estudio de la materia, ha sido común observar como las expresiones de derecho a la salud, protección de la salud y derecho a la atención de la salud son utilizadas indistintamente en los estudios y textos legislativos relativos a este derecho. Y es que, a pesar de ser una disciplina ampliamente explorada, tratada y escrita, encontramos de manera indeterminada aplicados los conceptos.

Antes de abundar en el análisis de este derecho que ocupa el presente trabajo, se asoma necesario dedicar unas líneas a la revisión de este que parece un juego de palabras, pero que en realidad significa algo diferente, de hecho, no es atrevimiento afirmar que la expresión derecho a la salud no resulta válido frente al derecho a la protección de la salud que es una realidad exigible. En el caso del derecho a la salud, tras un largo debate, no se utilizó simplemente el término derecho, como en el caso de la educación, sino derecho a la protección, en la medida en que la salud no puede ser garantizada, sólo el acceso a los servicios médicos (desde una visión parcial, porque proteger la salud implica otras acciones por parte de los Estados).

En este sentido, a la salud que concebimos como un estado de existencia y no como algo que pueda ser dado, la debemos circunscribir como parte de esa composición. Reclamar un derecho a la salud no tiene mayor sentido que el reclamar un derecho a la sabiduría o a la valentía por ejemplo. Estas excelencias del espíritu y del cuerpo requieren condiciones naturales, atención, esfuerzo y disciplina por parte de la persona que aspira a ellas. Así mismo la salud, que es el equilibrio de los componentes de nuestro cuerpo -que por supuesto se relaciona íntimamente con el cuidado que tengamos de él-, puede presentar alteraciones sin intervención de elementos externos.

Hacer de la propia salud el deber de otra persona o del Estado no solo es injusto, es imponer un deber imposible de cumplir. La salud de alguien no está en la voluntad de otorgarla o no por parte de otro, sino en los factores externos que se nos puedan garantizar y propiciar para cuidarla. En este sentido, la salud es un bien que cada uno debe de proteger, exigiendo garantías para que pueda ser de este modo.

El derecho a la protección de la salud está vinculado, por su origen, al derecho asistencial y al de la seguridad social. Sin embargo, al incluirse en los textos constitucionales el derecho a la protección de la salud no sólo ya no se relaciona necesariamente con la asistencia y la seguridad social, sino que adquiere rango propio, adquiere autonomía, incorporándose a la cada vez más larga lista de los derechos sociales.

“La teoría de un derecho a la salud se sale del terreno del buen sentido, sirve para minar la responsabilidad personal, y, además, sitúa una obligación en un lugar donde no puede satisfacerse, por ser imposible de cumplir”.¹²

No obstante lo anterior, se puede afirmar que los ordenamientos jurídicos no están directamente reconociendo un derecho a la salud, sino que su postura es admitir que la salud además de estar inserta en los ordenamientos, debe estar protegida. Decimos pues que no hablamos de un derecho a la salud, sino de una protección a ésta a través de los medios que la proyectan hacia una mayor efectividad progresivamente.

Antes de ser parte del derecho...

La salud puede ser vista como un asunto filosófico, como un hecho cultural, como elemento de debate político, como castigo divino o como asunto de regulación económica. Pero para nuestro caso, la salud

¹² Eduardo Martínez et. al. “Tratado del derecho a la protección de la salud”. Universidad Complutense de Madrid, España, 2004, p.123.

es entendida como materia del derecho. Es decir, aquí dejaremos de lado el debate filosófico, cultural y político de la salud, para centrarnos en su posible naturaleza jurídica, en el marco del derecho actual. La salud desde esta perspectiva se deduce del derecho internacional de los derechos humanos.

La limitación precisa del contorno del derecho a la protección de la salud ha despertado especial interés entre quienes se dedican a su conocimiento. Su contenido puede ser tan amplio como el concepto mismo de salud, y este último sigue sin alcanzar un consenso en su formulación, así que dedicaremos esta parte a definir los antecedentes del derecho a la protección de la salud, y cómo éste se ha comportado con el paso del tiempo en las legislaciones internacionales, cómo se ha logrado posicionar en las tareas de los estados e inclusive en el mismo ideario individual de los derechos del ser humano.

La salud no conoce de nacionalidades. Para todos los pueblos de la tierra, el cuidado de la salud se ha venido convirtiendo en una de las labores más decisivas en el mantenimiento de sus sociedades. En este contexto, consideramos a la salud como un bien humano que escapa a los controles fronterizos y es un tema de común interés y preocupación. ¿Por qué es importante tener un derecho que proteja la salud de los seres humanos? Es importante ignorar momentáneamente que la salud tiene por muchas razones una simbiosis con la enfermedad, y dar por hecho que la salud implica muchos más elementos que aquellos que están vinculados con los médicos, los hospitales y los tratamientos para “mejorarla”; garantizar el derecho a la salud implica generar un ambiente más sano de desenvolvimiento de las personas, condiciones adecuadas de trabajo y estudio, posibilidades de esparcimiento, alimentación balanceada, vestido adecuado, menos ruido, menos contaminación, equilibrio vital entre los diversos elementos que rodean la vida de las personas. Para poder exigir estas condiciones, entonces se torna indispensable también, exigir el cumplimiento del derecho a la protección de la salud.

Pensar a la salud de los seres humanos como un derecho nos obliga sin duda a abundar sobre el Estado de derecho, ya que el paso de los ideales a las realidades jurídicas internacionales y locales, no podrían ser si no tienen como base ese estatus formal. Entendamos al Estado de derecho como el órgano de producción jurídica y, por tanto, como ordenamiento jurídico en su conjunto, siendo su fundamento un gobierno de leyes. Discutir y describir entonces un derecho humano específico positivizado, presupone la existencia del imperio de la ley, entendiendo a ésta última como reflejo de la voluntad popular, la existencia de poderes diversos que equilibren el ejercicio del mismo y una administración pública que opere al estado; pero sobre todo, un sistema de garantías jurídicas formales y efectivas.

Suponiendo que el desarrollo del derecho a la protección de la salud cuenta con esta condición antecedente, intentamos construir una definición de salud como un bien jurídico que debe llenar por lo menos tres requisitos: 1) que sea moralmente aceptable y por tanto no solo obedecería a una pura formalidad académica y conceptual sino que además trataría de responder a necesidades humanas concretas, 2) que sea real o potencialmente garantizable desde los servicios de salud, por tanto se definiría en términos de formas racionales y razonables de intervención para el mantenimiento o reposición de la salud, 3) que sea jurídicamente exigible, por tanto pueda encajar dentro de la lógica jurídica que nos obliga a definir el bien jurídico protegido de tal manera que sea ese, y no otro, su objeto de protección, acorde con los fines últimos del derecho a la salud.¹³

Históricamente vale la pena recurrir a una breve reseña del surgimiento de la necesidad de protección pública de la salud. “La consideración moderna del concepto de Salud va nacer en Paris a lo largo del Siglo XIX. En la primera mitad del siglo se desarrollan una serie de acontecimientos en la capital gala, que la van a convertir en protagonista de los pasos más decisivos hacia una consideración moderna de la protección sanitaria”.¹⁴

“En 1834 se celebra una primera reunión internacional que busca armonizar la adopción de medidas preventivas contra la extensión de procesos epidemiológicos, a la que siguió la I Conferencia Sanitaria

¹³ Víctor de Currea-Lugo, “*La salud como derecho humano, 15 requisitos y una mirada a las reformas*”. Cuadernos Deusto de Derechos Humanos, No. 32, Universidad de Deusto, Bilbao España, 2005, pp. 32–48.

¹⁴ Eduardo Martínez, *op. cit.*, p. 122.

Internacional en 1851. En esta asamblea se aprobó, por primera vez, un Proyecto de Reglamento Sanitario Internacional, el cual se considera por la doctrina, como el hito que permite hablar del comienzo de la era moderna de la Salud Pública”.¹⁵

Las siguientes Conferencias Internacionales, celebradas en París (1859), Estambul (1866) y Washington (1881), entre otras ciudades, se ocuparon de desarrollar progresivamente normas y procedimientos de cooperación sanitaria internacional, siempre bajo el prisma de la necesaria instauración de sistemas eficaces de vigilancia y notificación de datos epidemiológicos, bajo la supervisión de los correspondientes órganos de control.¹⁶

Los primeros años del siglo XX asisten a los intentos de crear una Institución mundial encargada de vigilar la salud. En 1902 se crea la Oficina Sanitaria Panamericana, a la que sigue, en 1905, la creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública, la cual, con sede en París, se construye bajo los auspicios de doce Estados. El estallido de la Gran Guerra, en la segunda década del siglo, es también una señal encaminada a la creación de un organismo dedicado a preservar la salud de todos los pueblos. La devastación de la primera gran conflagración mundial de la centuria, unida a la enorme mortandad, cifrada en más de quince millones de fallecidos, junto a las gravísimas epidemias de tifus y gripe desatadas en función de todos estos factores, influirán también, como otras causas, en la creación en 1920 de la Sociedad de Naciones, antecedente inmediato de la Organización de las Naciones Unidas.¹⁷

Dentro de la estructura de la Sociedad de Naciones, se articuló la Organización de Higiene, que se estableció bajo una triple encomienda de funciones: Información epidemiológica, Estadísticas sanitarias y Patrones biológicos internacionales.

Las diferentes tensiones y los conflictos políticos que desembocan en la II Guerra Mundial llevan también a la desaparición de la Sociedad de Naciones en el marco de una vorágine bélica como no se ha vuelto a conocer jamás. En el marco de una reflexión conjunta de las naciones que habían combatido y atendiendo a los deseos planetarios de evitar otro multitudinario enfrentamiento, se decide, en las postrimerías de esta segunda conflagración mundial, fundar la Organización Mundial de la Salud. Las Naciones Unidas se van a convertir, de este modo, en el foro de reunión de la mayoría de los Estados formados en el mundo, bajo unos objetivos resumidos en cinco aspectos:

- Garantizar la paz y la seguridad internacionales.
- Desarrollar relaciones amistosas entre las Naciones, basadas en el derecho de los pueblos a la autodeterminación.
- Promover la cooperación internacional.
- Resolver pacíficamente los conflictos de orden económico y social entre las Naciones, y,
- Respetar los Derechos Humanos.¹⁸

La protección de la salud al ser parte del derecho

“Los derechos humanos.... Están penetrados por intereses ideológicos y no pueden ser entendidos al margen de su trasfondo cultural. Sin embargo, como ocurre cuando un fenómeno se reconoce jurídicamente, se comienza a negar su carácter ideológico, su estrecha vinculación con intereses concretos, y su carácter cultural; es decir, se le saca del contexto, se universaliza y por ello, se le

¹⁵ *Ibid.*, p.124.

¹⁶ *cfr.*, *Ibid.*, pp. 124-125.

¹⁷ *cfr.*, *Ibid.*, pp. 126-128.

¹⁸ *cfr. Ibid.*, p. 129.

sustraer su capacidad y su posibilidad de transformarse y transformar el mundo desde una posición que no sea la hegemónica”.¹⁹

Pareciera obvio a primera vista argumentar que el derecho a la protección de la salud debe considerarse como un derecho social universal, pero como esta precisión es inexacta en la realidad, vale la pena mencionarlo. Existen una gran cantidad de autores, gobiernos e instituciones que conceptualizan el derecho a la protección de la salud de manera distinta. Las razones que fundan esta presunción obedecen en gran medida al desarrollo socio-histórico de las naciones en un primer nivel, pero también son de carácter ideológico-político en una segunda instancia.

El derecho a la protección de la salud se va desarrollando a través de las demandas sociales de los ciudadanos, conformando la definición actual de la salud, que es el “estado de absoluto bienestar físico, mental y social, institucionalizada internacionalmente en 1946 con la constitución de la Organización Mundial de la Salud. Más tarde, este derecho encontrará un mayor desarrollo, dentro del área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales”.²⁰

El derecho a la protección de la salud es un derecho social y universal, independiente de la situación de vulnerabilidad de sus destinatarios ya que, además, es un elemento esencial para que el Estado pueda sentar las bases para eliminar la desigualdad existente entre los miembros de una sociedad.²¹

Adicionalmente, los derechos sociales tienen la característica de ser prestacionales, es decir, que requieren de una acción positiva por parte del estado, la cual se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio. En específico, el derecho a la protección de la salud se define como “el sistema de normas jurídicas de derecho social, que tiene por objeto regular los mecanismos para lograr la protección de la salud como bien supremo del hombre, a través de la delimitación del campo de la actividad gubernamental, social e individual, siendo ésta un elemento de justicia social”.²²

Respecto al derecho a la protección de la salud, el papel del Estado no se limita a una obligación de no hacer, sino que conlleva la generación de las condiciones que permitan que esa protección sea efectiva. Corresponde entonces al Estado “... asumir el deber de proteger la salud mediante la organización y puesta en funcionamiento de los medios necesarios para acceder a ella”.²³

No olvidemos que el derecho a la protección de la salud no es, ni puede ser el derecho a estar sano, sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible. Este derecho contiene libertades y medidas de protección. Libertades como el control de la persona de su propio cuerpo y de su propia salud, a la información relacionada con su salud, a rechazar tratamientos, a la salud reproductiva y sexual, a no ser torturado, entre otras libertades y medidas de protección relacionadas con el acceso a los medios y los recursos que le permitan mantener y/o tratar de recuperar su salud entendiendo como acceso no solo el acceso propiamente dicho sino la oportunidad, disponibilidad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

El derecho a la protección de la salud como una condición de paz.

¹⁹ Herrera Flores, Joaquín, “*Hacia una visión compleja de los derechos humanos*”, El vuelo de Ateo, Ed. Desclée de Brouwer, España, 2000, p.23.

²⁰ Gimenez, J.C., “*El Concepto de salud*”. Proyecto Salutia. <http://www.proyectosalutia.com/salud/> 02 de febrero de 2010.

²¹ Olga Sánchez Cordero de García Villegas (1), “*El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México*”, Conferencia dictada en el Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, celebrado en la ciudad de México, el 22 de noviembre de 2002, p.4.

²² Salomón Díaz Alfaro, “*Derecho constitucional a la protección de la salud*”, Porrúa, México, 1983, p. 167.

²³ Olga Sánchez (1), *op. cit.* p.9.

Como cualquier otro derecho humano, el ejercicio y el respeto del derecho a la protección de la salud debe otorgar al ser humano una serie de condiciones que generan en su vida individual y colectiva ambientes de paz. En un sentido positivo, la paz es entendida como un estado de tranquilidad y quietud, el cual debe obtenerse en primera instancia por el equilibrio personal del individuo, pero al cual contribuye de forma incuestionable el ambiente global que le rodea, no olvidemos que a partir de una visión inter y transdisciplinar de las ciencias, el ser humano es entendido y estudiado como un ente bio-psico-social.

Cuando hablamos de paz, nos referimos a la Paz positiva -a aquel concepto que surge como respuesta en los años 70's del siglo pasado al cambio de percepción del mundo en conflicto-, a la paz que es además de la ausencia de violencia directa, aquella que identifica haya relaciones equitativas entre las personas, que haya justicia social, respeto de los derechos humanos y del estado de derecho. La paz ya no es un estado, sino un proceso que puede mejorar constantemente las relaciones entre las personas y las condiciones estructurales.

En su texto "Cultura de paz y gestión de conflictos", Vicenç Fisas argumenta que "la paz ha sido un deseo del hombre, una meta a alcanzar ya en sus relaciones como individuos, o mediante la creación de un nuevo orden social que la sostenga y respete".²⁴ Este texto, resulta de importancia mayor en el planteamiento de la estrecha relación que hay entre la paz y los derechos humanos, es precisamente un acercamiento a un conjunto seleccionado de cuestiones que están alrededor de los procesos que nos acercan o nos alejan de la paz, la violencia y de un tipo determinado de conflictos. Es precisamente la falta de conocimiento, reconocimiento y respeto de los derechos humanos y el derecho a la protección de la salud, una de esas cuestiones que nos alejan de la paz.

La cultura de paz es un conjunto de valores, actitudes y comportamientos que reflejan el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad, y que colocan en primer lugar los derechos humanos, el rechazo a la violencia en todas sus formas y la adhesión a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, así como la comprensión entre los pueblos, los colectivos y las personas. Construir la, requiere un proceso de formación y concientización de los seres humanos, un camino de educación en valores y por supuesto condiciones que otorgue y propicie el Estado para despertar la convivencia armoniosa y el desarrollo integral individual y colectivo. La discriminación, la violencia, los escasos y deficientes servicios públicos, el mal cuidado del medio ambiente y una serie de otros factores negativos que distinguimos en las sociedades actuales, no propician condiciones favorables de vida, respeto a los derechos humanos y por consecuencia la paz.

La paz en sentido positivo como se mencionó anteriormente, rechaza cualquier expresión de la violencia, directa (física y/o verbal), estructural o cultural -lo que Johan Galtung llama el triángulo de la violencia) ya que las raíces de ésta, involucran ciertas formas sociopolíticas y culturales de una sociedad: la represión, explotación, marginación, racismo o sexismo.

En este sentido, Adela Cortina en su *Ética del Desarrollo*, siguiendo la afirmativa Kantiana de la Metafísica de las costumbres, asegura que la meta del derecho y de la política consiste en construir la paz. "Construir la paz positiva exige averiguar cuáles son las causas de los conflictos y realizar intervenciones positivas de paz. Pero también descubrir qué daños amenazan a las personas y protegerlas frente a ellos, ya que todas son vulnerables y necesitan protección. La seguridad de las personas y de los pueblos no se logra sólo a través del control de las armas, ni tampoco sólo a través del vínculo jurídico entre las naciones, sino protegiéndoles de todo aquello que amenaza su integridad: las armas, pero también el hambre, la enfermedad, la incultura, las doctrinas excluyentes, la desigualdad injusta, la agresión de los mercados financieros especulativos, el saqueo del medio ambiente."²⁵

²⁴ Fisas, Vicenç, "Cultura de paz y gestión de conflictos", Icaria-Ediciones UNESCO, Barcelona, 2002, p. 123.

²⁵ Cfr. Adela Cortina, "La filosofía kantiana de la paz", en Ana Andaluz (ed.), Kant, *Razón y Experiencia*, Salamanca, UPSA, 2005, p.p. 589-604.

El vínculo de consecuencia entre la paz y los derechos humanos se presenta tras estos razonamientos, como una cualidad indiscutible de los regímenes democráticos, desafortunadamente el concepto de los derechos humanos han quedado atrapado en si mismo y a pesar de ser causa y/o consecuencia de la paz, ésta última ha sido subestimada por los responsables de la acción de los gobiernos e inclusive por los beneficiarios de la misma.

El Derecho a la protección de la salud, una revisión legal y de aplicación en América Latina.

A manera de reporte.

No resulta atrevido iniciar afirmando que ante la necesidad de proteger la salud y reconocer a ésta como un derecho humano fundamental que impone obligaciones y acciones por parte del Estado, se detecta una recurrente inoperancia administrativa de los gobiernos, una incapacidad de otorgar valor real a la protección de la salud y una inercia negativa del ciudadano personal, lo cual involucra a la persona misma, la cultura y las instituciones, razón por la cual se intentan evidenciar al derecho positivo, a los procesos administrativos y de las políticas públicas y por supuesto a la participación ciudadana, se intenta describir a los procesos y acciones que pretenden garantizar el derecho a la protección de la salud en países latinoamericanos.

Con la finalidad de presentar con mayor claridad la forma en la que se atiende la garantía del derecho a la protección de la salud, dividiremos a esta prerrogativa en dos grandes ámbitos:

1. Los determinantes básicos para la salud.

Esto incluye políticas públicas de prevención, de difusión y promoción, de saneamiento público, de cuidado del medio ambiente y de salubridad, para enfrentar y prevenir enfermedades epidémicas y de otra índole.

- Condiciones sanitarias del entorno: agua potable, drenaje, alcantarillado, pavimentación.
- Condiciones biológicas: epidemias, principales causas de muerte, expectativas de vida, enfermedades nuevas, etc.
- Condiciones socioeconómicas: nutrición, vivienda, condiciones laborales sanas, drogadicción, alcoholismo, enfermedades relacionadas con la pobreza.
- Condiciones ecológicas: emisión de contaminantes, contaminación del agua, cuidado de los recursos naturales.
- Acceso a la educación y a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- Condiciones de violencia y conflictos armados.

2. El cuidado de la salud.

Esto incluye los servicios de salud que se prestan (materiales y humanos), las políticas públicas que se adoptan para afrontar la enfermedad y sus efectos sobre los individuos.

- Sistemas de salud; elementos materiales y humanos necesarios para la atención de la salud (hospitales, clínicas, medicamentos, profesionales de la salud, seguros en caso de enfermedad, invalidez y/o vejez, entre otros).
- Políticas públicas encaminadas al cuidado de la salud: programas mixtos, públicos, privados, porcentaje de recursos económicos del estado destinados a la salud, etcétera.

Nuevamente vislumbramos la responsabilidad compartida en el cuidado y atención de la salud, desde el espacio individual hasta las acciones globales, como podremos ir clarificando en párrafos posteriores, existe una clara inclinación por la protección de la salud desde el punto del cuidado de la salud y no desde los determinantes de la misma.

El derecho a la protección de la salud surge por influencia internacional como un derecho social consagrado en las constituciones gracias a los movimientos independentistas y revolucionarios que propiciaron el pensamiento social y el nacimiento del estado benefactor, que miró la apremiante necesidad de reconocimiento de los Derechos Sociales, entre ellos la protección de la salud. A partir de esta premisa, los sistemas de salud del continente americano desde entonces, se caracterizan generalmente por la falta de cobertura y fragmentación en la provisión y el financiamiento. Por ello es necesario revisar las categorías desde las cuales fueron teorizados los subsistemas jurídicos nacionales vinculados con el derecho a la protección de la salud.

Existe en América latina un común denominador: la mayor parte de las constituciones nacionales reconocen como derecho fundamental la protección de la salud, y por lo tanto otorgan al Estado el deber de garantizarla, sin embargo, la interpretación se reduce al cuidado médico de la salud y los servicios asistenciales. No existe una concepción integral de la protección de la salud, tomando en cuenta el cuidado del medio ambiente, educación de calidad, esparcimiento, condiciones favorables de trabajo, la alimentación adecuada, el deporte, entre otros factores que contribuyen al desarrollo armonioso del ser humano.

Es necesario reconocer que los sistemas de salud en la mayor parte de los países latinoamericanos han ido mejorando su operatividad e incrementando el tipo y calidad de atención. Sin embargo a causa de factores diversos aún distan mucho de convertirse en sistemas de calidad que den satisfacción a las personas. Entre ellos encontramos sociedades altamente pobladas, con altas tasas de natalidad, altos índices de marginación y por lo tanto diversas enfermedades relacionadas con la pobreza, pero en contraste con esta última afirmación, viven inmersos en procesos de globalización que acarrearán entre otros males enfermedades modernas como el cáncer o la obesidad.

Se presenta además en la atención de la salud, una deficiencia de personal capacitado (tal vez con excepción Cuba), tecnologías médicas recicladas (no de vanguardia), debilidades gubernamentales (descentralización, concesión, ausencia de planeación, ausencia de procesos eficientes de políticas públicas), desinterés social y Estatal.

Sin duda estos factores construyen un panorama poco alentador, sin embargo la gravedad de las circunstancias radican más en el descuido e ignorancia de los determinantes de la salud, de aquellos elementos mencionados anteriormente y que representan el antecedente de muchos de los padecimientos y males que después tienen que atenderse desde el ámbito médico. En las sociedades latinoamericanas no se favorecen precisamente la autogestión, el autocuidado y la intervención social.

Es cierto que los derechos sociales son normas y como tales deben tener efectos vinculatorios para los sujetos obligados, sin embargo, en realidades como éstas, la ausencia de una única línea de acción permite la interpretación y el criterio de quien en turno, tiene la responsabilidad administrativa de prestar un servicio o emprender acciones. No olvidemos que ante la necesidad de garantizar la protección de la salud, los Estados y sus gobiernos recurrentemente ante la omisión o la acción equivocada, violentan este derecho y abonan a la destrucción de la paz individual y colectiva. Indudablemente la brecha que se abre entre los derechos positivizados y su puesta en práctica en varias naciones continúa creciendo.

Como casos de excepción podemos mencionar a Argentina y Cuba, países que han apostado una mayor inversión en investigación y recursos de atención a través de los servicios de salud, a pesar de que comparten la realidad de la no prevención.

Como podemos vislumbrar ante esta realidad, el derecho a la protección de la salud en países latinoamericanos se encuentra reconocido y plasmado en los ordenamientos jurídicos; se señala al Estado como el principal responsable de dotar los servicios médicos asistenciales e incluso la inversión privada ha cobrado importancia debido a la calidad que argumentan ofrecer. La salud sin duda es un tema

sensible y de capital importancia para los individuos, lo que parece no dimensionar el Estado, ya que como se mencionó en líneas antecedentes, la prevención de condiciones no saludables para los individuos y los grupos debiera ser una realidad también en estas naciones. Parece mostrarse una aparente lucha por la calidad de los servicios médico que sin duda es fundamental, pero parece invertirse y hacerse poco para prevenir mañana lo que preocupa hoy.

Sin duda alguna, violentar a través de diversas prácticas el derecho a que los ciudadanos protejan su salud, resulta atentador a los procesos de paz que se deben ir construyendo continuamente. Tal vez no existen guerras, movimientos amados y estamos frente a una paz negativa, pero es necesario privilegiar una paz positiva que no solo garantice el respeto de los derechos humanos, sino propicie condiciones de satisfacción, equidad y desarrollo de las personas y las sociedades de las cuales forman parte.

A modo de realidad concreta. Conclusiones.

Siguiendo a Marciano Sánchez Bayle, en que existen dos concepciones del derecho a la salud y consecuentemente de los sistemas sanitarios:

- a) La que entiende la salud como un derecho ciudadano y suele ir acompañada de servicios públicos sin ánimo de lucro, que atiende las necesidades de los ciudadanos, y
- b) La que considera la salud y la asistencia sanitaria como bien de consumo, al que se tiene acceso según la capacidad económica de cada uno.

“Esta segunda supone la desprotección de los más pobres y más enfermos y una tremenda desigualdad en el acceso. Por eso la primera es la que más frecuentemente se ha desarrollado en los países desarrollados, con la excepción de los Estados Unidos de Norte América”.²⁶

Algunos la entienden como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Otros como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social); sin embargo, para algunos, son las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Sea como fuere, la definición de salud siempre tendrá sus particularidades, tanto para los organismos encargados de su vigilancia y fomento como para los gobiernos responsables de darle un estatus legal. Inclusive, a la OMS se le ha criticado su definición señalando que es demasiado amplia y vaga.

Definida de una u otra forma, al final, tanto las Cartas Magnas como los reglamentos y leyes de los diferentes países, coincidieron en que la salud, o las prestaciones de los servicios para su preservación, es un derecho de los ciudadanos por encima de su situación política, social, cultural o laboral y que es obligación de los gobiernos su implementación.

Si bien, las políticas de salud públicas ponen el acento en la salud de los individuos, en realidad lo que los gobiernos pretenden es garantizar el estado de bienestar de las comunidades y la ausencia de epidemias o pandemias que tanto los dañarían. Sin embargo, en lo personal, las autoridades no pueden obligar a las personas –desde lo individual- a que cuiden su salud y las de sus familias. Por más que se reglamente o se impongan gravámenes a los, por ejemplo, alimentos chatarra, o las bebidas alcohólicas y los cigarrillos, o bien se desarrollen campañas intensas de prevención o información de los daños que causan, los corporativos que las producen han sido más fuertes de las políticas de sanidad social de los gobiernos.

No obstante las malas notas en el estado de salud de muchos ciudadanos respecto a la obesidad, el cáncer, la hipertensión y otros varios padecimientos prevenibles, dentro de las instituciones, existe una seria desorganización en cuanto a la administración de los recursos, la aplicación de los programas, pero sobre todo la falta de políticas serias de prevención de enfermedades o, lo que en otras palabras sería la promoción de una “cultura de la salud”.

²⁶ Marciano Sánchez Bayle, *op. cit.*

Sin embargo, se observa que en los países latinoamericanos, no existe esta preocupación que es directamente proporcional al nivel económico de los grupos sociales. Al revisar las condiciones de vida de un país, su población, el Producto Interno Bruto, su potencial económico e industrial, sus tasas de nacimiento, mortalidad, promedio de vida, todos esos indicadores, nos reflejan a qué se enfrentan los programas de salud.

Ejemplo de las consecuencias de esta falta de cultura, es que, del 11% de las mujeres latinoamericanas que mueren por consecuencia de un aborto clandestino, en Argentina, esa cifra es más del doble: el 25% de la mortalidad materna es atribuida a las interrupciones mal realizadas.

En este sentido, se observa que además de la corrupción y la impunidad, lo que retrasa el sueño de mantener sociedades sanas es la mala distribución de la riqueza, por una parte, pero también, que los programas de salud se centran básicamente en solucionar problemas sanitarios, pero no tanto en pugnar por su prevención. Mucho menos en generar una cultura de su cuidado.

En un mundo globalizado, donde las distancias y los flujos de transportación hacen que las fronteras se acerquen, los movimientos de población sean más fluidos y frecuentes, las políticas de salud de los países –del primero, segundo o tercer mundo- se convierten en estratégicos para todos los países del orbe.

No podemos –cuando hablamos de la salud en América Latina- dejar fuera los objetivos de desarrollo del Milenio que firmaron los países miembros de la ONU (2000) y que, a cinco años de la fecha límite, harán una evaluación del 20 al 22 de septiembre en Nueva York. El Secretario General de las Naciones Unidas ha dado a conocer un adelanto de los primeros diez años del programa.

Coincidimos con el planteamiento del organismo mundial en el sentido de que, para alcanzar estos resultados, es necesario fortalecer los sistemas nacionales de salud mediante la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil; superar las limitaciones en materia de recursos humanos, crear nueva infraestructura y perfeccionar y desarrollar el suministro; mejorar la gobernanza y la administración con una mayor intervención en los sistemas informales, formales y descentralizados de protección de la salud.

Estas son las alternativas. Estos los planteamientos.

Sin embargo, con todo y las buenas intenciones de los gobiernos, la propia ONU ha aceptado que no será fácil cumplir con los compromisos del Milenio. Existen todavía demasiadas inercias que tomará muchos años superar. Por lo pronto, consideramos que una vez aceptados y reconocidos los derechos a la prestación de los servicios de salud en prácticamente todos los países del mundo, es responsabilidad de las sociedades, voltear hacia sí mismas e implementar una verdadera “cultura de la salud” que apoye estos propósitos. Aquí la clave está en proporcionar a los niños y jóvenes los elementos didácticos suficientes para enfrentar en un futuro las complicaciones sanitarias producto de la transgenización de los alimentos y el cambio climático que actualmente estamos padeciendo.

El derecho a la protección de la salud es hoy una realidad internacional que orquesta el escenario mundial, pero sobre el que aún falta mucho por hacer, mucho trabajo por emprender en las legislaciones nacionales, conciencia ciudadana en el cuidado de la salud, y el mejoramiento indiscutible de los servicios médicos, para que éstos puedan prestarse sin duda con prontitud, calidad y calidez.

Un reto sin duda mayúsculo.

Bibliografía

Ariansen Céspedes Jaime, “La Historia de la salud”, Instituto de los Andes, Perú, 1999.

Aristóteles, “*Ética Nicomaquea*”, trad. Antonio Gómez Robledo, colección Sepan Cuantos, No. 70, México, Porrúa, 1989.

- Artiles Visbal Leticia, “*El Derecho a la Salud, Situación en países de América Latina*”, Instituto Superior de Ciencias Médicas, La Habana, 2004.
- Bernabeu Mestre, J. y Gascón Pérez, E., “*Historia de la Enfermería de Salud Pública en España (1860-1977)*”, Universidad De Alicante, Alicante, España, 1999.
- Bitzer, O., “Un enfoque *Andragógico*”, Educar, México, DF., 1993.
- Castro Arachu, “El derecho a la salud no se garantiza en el mercado”, *Contacto memoria de la Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos*. Ecuador, 2005, No. 180, Julio - diciembre de 2005.
- Cienfuegos Salgado David, “*Historia de los Derechos Humanos, apuntes y textos históricos*”, CODEHUM, México, 2005.
- Comisión de Derechos Humanos del Estado de México, “*La Constitución de la Organización Mundial de la Salud*”, Toluca, México, 2008.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. “*Sistema Único de Saúde*”. CONASS Brasília, 2007.
- Cortina, Adela; “*La filosofía kantiana de la paz*”, en Ana Andaluz (ed.), Kant, Razón y Experiencia, Salamanca, UPSA, 2005.
- Currea-Lugo Víctor de, “La salud como derecho humano, 15 requisitos y una mirada a las reformas”. *Cuadernos Deusto de Derechos Humanos*, No. 32, Universidad de Deusto, Bilbao España, 2005.
- Charles Mayra, “*Lanzan Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015*”, La Verdad de Tamaulipas, 18 de junio de 2010.
- Díaz Alfaro Salomón, coord. “*Derecho constitucional a la protección de la salud*”, México, Porrúa, 1983.
- Eliana Labra María y Ligia Giovanela, “*Construcción del Sistema Único de Salud y Participación de la Sociedad Civil*”; Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur, Río de Janeiro, 2007.
- Elizondo Mayer-Serra Carlos, “El derecho a la protección de la salud”, *Salud pública de México*, vol.49, no. 2, marzo-abril, México, 2007.
- Escribano Collado Pedro, “*El Derecho a la Salud*”. Cuadernos del Instituto García Oviedo, Universidad de Sevilla, España, 1976.
- Ferriol A. et. al., “*Política Social: El mundo contemporáneo y las experiencias de Cuba y Suecia*”, Prontográfica, Uruguay, 2004.
- Fisas Vicenç; “*Cultura de paz y gestión de conflictos*”, Editorial Icaria-Ediciones UNESCO; Barcelona, 2002.
- Fisas Vicenç; “*Seguridad humana*”, en Jesús Conill (coord.), *Glosario para una sociedad intercultural*, Valencia, BANCAJA, 2002.

Flores Aréchiga Amador, “El sistema de salud mexicano, observaciones y notas comparativas”, *Salud Pública y Nutrición*, Facultad de Salud Pública y Nutrición Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002, Vol. 3, No.2 Abril-Junio 2002.

Frenk Mora Julio, Ana Luisa Liguori y Jaime Sepúlveda Amor; “*Salud y Derechos Humanos*”, colección Perspectivas en Salud Pública no. 22, Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1995.

Fuenzalida-Puelma Hernan L, “*El Derecho a la Salud en las Américas, Estudio Constitucional Comparado*”, Organización Panamericana de la Salud, Washington EU, 1989.

García Romero Horacio, coord., *El derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos*, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, México, 1996.

González, González Norma, coord., “*Pobreza y Salud en el Estado de México: la atención no hospitalaria de la diabetes*”, Universidad Autónoma del Estado de México/Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza/ Miguel Ángel Porrúa, 2007, Toluca.

Grupo Curie, “*Conceptos básicos preliminares en Salud*”, Grupo Curie, Buenos Aires Argentina, 2008.

Herrera Flores Joaquín, “*Hacia una visión compleja de los derechos humanos*”, Ed. Desclée de Brouwer, España, 2000.

Instituto Brasileiro de Geografía y Estadística, “*Estatísticas do Século XX*”, Rio de Janeiro, 2003.

Kaplun, M., “*El Comunicador Popular*”, Editorial Humanitas, Buenos Aires, 1990.

López Acacio Yolanda, “La salud y la enfermedad en la historia más antigua”, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela, 2008.

Macia Soler M. L., “*Sistema Nacional de Salud Español, Características y análisis*”, Enfermería Global, No. 10, mayo de 2007.

Martínez y Hernández Eduardo y Luis Francisco García Perulles, “*Tratado del derecho a la protección de la salud*”. Universidad Complutense de Madrid, 2004, España.

Mercado R., “*Educación para la Salud*”. Editorial Limusa, Madrid, 1990.

Ministerio de Salud y Secretaría de Gestión Estratégica y Participativa, “*Caminos del derecho a la salud en el Brasil*”, Textos Básicos en Salud, Brasilia, 2007.

Ministerio de Salud, “*Caminos del Derecho a la Salud en Brasil*”, serie B, textos básicos en salud, Brasilia, D.F., 2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1), “*Descripción y estado de situación del Sistema Nacional de Salud*”, Madrid, España, 1997.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2), “*Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*”, Madrid, España, 2007.

Ministerio de Sanidad y Consumo (3), “*Sistema Nacional de Salud: referencias demográficas y económicas: infraestructuras, equipamiento, personal y utilización de servicios: recursos económicos: satisfacción con el sistema sanitario: situación de salud y estilos de vida*”, Madrid, España, 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo (4), “*La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud: indicadores de salud*”, Madrid, España, 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo (5), *“Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud”*, Madrid, España, 1998.

Moctezuma Barragán Gonzalo, *Los derechos de los usuarios de los servicios de salud*; Cámara de Diputados, LVII legislatura, UNAM, México, 2000.

Moreno Gracia David, “La violencia familiar un asunto de salud pública”, *Revista Salud pública y nutrición*, vol. 2 no.1 Enero-Marzo 2001. Universidad Autónoma de Nuevo León, 2001.

Núñez, H. C., *“Educar para Transformar, Comunicación, Educación y Cultura”*, Editorial IMDEC, Guadalajara, 1989.

Oficina Nacional de Estadística, *“Panorama Económico y Social de CUBA en 2007”*, Gobierno de Cuba, La Habana, 2008.

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, *“Perfil del Sistema de Salud de Brasil”*, Washington, E.U., 2008.

Plan Nacional de Desarrollo 2007/2012, Presidencia de la República, México, 2007.

Pozo José del, *“Historia de Chile”*, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 1991.

Ministerio de Salud y Política Social, *“Sistema de Salud, España 2010”*, Madrid, 2010.

Rochón A., *“Educación para la Salud”*, Masson, Madrid, 1991.

Roux, G. L de, “La Prevención de Comportamientos de Riesgo y la Promoción de Estilos de Vida Saludables en el Desarrollo de la Salud”. *Educación Medicina y Salud*. México, DF: Editorial SEP, 1994

Sagüés Nestor P., *“Elementos de Derecho Constitucional”*, Astrea, Buenos Aires 2001.

Salleras Salvador, *“Educación Sanitaria”*, Díaz de Santos, Madrid, 1985.

Sánchez, Luis Manuel y González José Luis, *Cómo ser saludable integralmente*, Océano, México, 1993.

Secretaría de Salud, *“Programa Nacional de Salud 2007-2012”*, Gobierno de la República, México, 2007.

Sánchez Bayle Marciano, *“El Derecho a la Salud como Derecho Fundamental”*, <http://www.eurosur.org/acc/html/revista/r72/72salu.pdf>, 11 de junio de 2010.

Soberanes Fernández José Luis, “La protección de la salud en la Comisión Nacional de los derechos Humanos”, Muñoz de Alba Medrano Marcia, coord., *temas selectos de Salud y Derecho*, CNDH, México, 2000.

Superintendencia de Salud, “*Instituciones de salud previsional*”, Gobierno de Chile, Santiago de Chile, 2002.

Tolentino Silva Marcus, “Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud”, *Revista Peruana de Medicina y salud pública*, vol.26, no.4, oct./dic. 2009, Lima, Perú, 2009.

United Nations Development Programme, “*Human Development Report*”, New York, E.U., 2009.

Van der Stuyft Patrick, “The right to health in times of economic crisis: Cuba's way Cuba”, *The Lancet*, Vol. 374, No. 9701, 7 November 2009.

Vega Franco Leopoldo, “Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña Histórica”, en: *Salud Pública de México*, vol. 44 no. 3, mayo-junio 2002, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2002.

Sitios electrónicos

Boletín 070809 de la Lotería Nacional, <http://www.lotenal.gob.mx/loteria/boletin070809.jsp>, 1º de junio de 2009.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Observación General no. 14”, ONU, <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>, 29 de mayo de 2010.

Constitución Española, http://www.la-moncloa.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf, 11 de junio de 2010, p.8.

Constitución de la Republica de Cuba, <http://www.cuba.cu/gobierno/cuba.htm>, 31 de marzo de 2010.

Constitución Política de la República Federativa del Brasil, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0507.pdf>, 03 de mayo de 2010.

Damsky Isaac Augusto, “*La Construcción del Derecho a la Salud en Argentina a partir de la Internacionalización de los ordenamientos Jurídicos*”, <http://www.bibliojuridica.org/libros/5/2252/10.pdf>, 10 de junio de 2010.

El Seguro Popular de salud, <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>, 21 de junio 2010.

El Sistema de Salud Chileno. Contexto Histórico y Normativo, <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>, 11 de junio 2010.

Fawthrop Tom, “In Havana Medical know-how boosts Cuba's wealth”, 17 de junio de 2006, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/business/4583668.stm>, 14 de mayo 2010.

Gimenez, J.C., “*El Concepto de salud*”. Proyecto Salutia. <http://www.proyectosalutia.com/salud/> 02 de febrero de 2010.

Gobierno español, Ley Orgánica 4/2000, http://www.cermiaragon.org/attachments/law_file_188_0.pdf, 13 de junio de 2010.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, XII Censo General de Población y Vivienda, <http://inegi.org.mx/inegi/default.aspx>, 27 de mayo de 2010.

Máis Saúde, *Direito de Todos. Resultados e conquistas 2009*. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_resultados_conquistas.pdf

Marta Talavera, “El Concepto de salud, definición y evolución”, 2007. En: <http://www.unal.edu.co/medicina>. Consultado el 15 de marzo de 2010.

Ley General de Sanidad, ley 14/1986 de 25 de abril, http://www.auxiliar-enfermeria.com/ley_gral_sanidad_00tp.htm, 10 de junio de 2010.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>, 21 de abril de 2010.

Organización de las Naciones Unidas, “*Declaración Universal de los Derechos Humanos*”, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>, 22 de mayo de 2010.

Orozco Africano J.M., “*Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena*”, 2006. Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm, 02 de marzo de 2010.

Rodríguez Ocaña E., “*Salud pública en España: ciencia, profesión y política*”, Universidad de Granada, España, 2005.

Salvador Allende, “Extracto de su discurso en la Organización de las Naciones Unidas en 1972”, http://es.wikiquote.org/wiki/Salvador_Allende, 11 de junio de 2010.

Sistema Nacional de Información de Salud, “Programa de Acción Específico 2007 – 2012”, México, 2008, <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/> 29 de mayo de 2010.

Conferencias

Sánchez Cordero de García Villegas Olga (1), “El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación de México”, Conferencia dictada en el Simposio Internacional Ética y Salud, organizado por la Asociación de Salud y Economía, celebrado en la ciudad de México, el 22 de noviembre de 2002.

Sánchez Cordero de García Villegas Olga (2), Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, celebrado en el Museo Nacional de Antropología e Historia en la Ciudad de México, el 9 de octubre de 2000.

Notas periodísticas

Raúl Llanos y Agustín Salgado “*Sin acceso a seguridad social, 4 de cada 10 capitalinos: ALDF*”, Periódico La Jornada, Miércoles 2 de junio de 2010, p. 36, 20 de junio de 2010.