



¿Qué conocemos del derecho a la salud?

*propuesta de marco conceptual
en perspectiva crítica para Venezuela*

*María Elena
Rodríguez*



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



CORPORACIÓN
EDITORIA NACIONAL

¿Qué conocemos del derecho a la salud?
*Propuesta de marco conceptual en perspectiva crítica
para Venezuela*

SERIE 
Magíster
VOLUMEN 210

UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR, SEDE ECUADOR
Toledo N22-80 • Apartado postal: 17-12-569 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 322 8085, 299 3600 • Fax: (593 2) 322 8426
www.uasb.edu.ec • uasb@uasb.edu.ec

CORPORACIÓN EDITORA NACIONAL
Roca E9-59 y Tamayo • Apartado postal: 17-12-886 • Quito, Ecuador
Teléfonos: (593 2) 255 4358, 255 4558 • Fax: ext. 12
www.cenlibrosecuador.org • cen@cenlibrosecuador.org

María Elena Rodríguez

¿Qué conocemos del derecho a la salud?
*Propuesta de marco conceptual en perspectiva
crítica para Venezuela*



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMÓN BOLÍVAR
Ecuador



CORPORACIÓN
EDITORIA NACIONAL

Quito, 2016

¿Qué conocemos del derecho a la salud?
Propuesta de marco conceptual en perspectiva crítica para Venezuela
María Elena Rodríguez

SERIE 
Magister
VOLUMEN 210

Primera edición:
Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador
Corporación Editora Nacional
Quito, julio de 2016

Coordinación editorial:
Quinche Ortiz Crespo

Armado:
Margarita Andrade Rivera

Impresión:
Editorial América Latina,
Bartolomé Alves 623 y Pedro Cepero, Quito

ISBN Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador:
978-9978-19-767-7

ISBN Corporación Editora Nacional:
978-9978-84-9347

Derechos de autor:
Inscripción: 049327
Depósito legal: 005640

Título original: *Marco conceptual del derecho humano a la salud:
Propuesta para Venezuela desde la perspectiva crítica
de los derechos humanos y la corriente contrahegemónica latinoamericana
de salud colectiva y epidemiología crítica*

Tesis para la obtención del título de Magister en Derechos Humanos
y Democracia en América Latina, con mención en Políticas Públicas
Programa de Maestría en Derechos Humanos y Democracia en América Latina, 2013
Autora: *María Elena Rodríguez Márquez* (correo e.: *rodriguezmarielena@gmail.com*)
Tutor: *Jaime Breilh*

Código bibliográfico del Centro de Información: T-1360

Índice

Introducción / 9

Capítulo I

El vuelo de Ícaro: Enfoque hegemónico y caída de la justicia en salud / 15

Concepciones dominantes sobre salud / **15**

Cruce de corrientes: El enfoque de los determinantes sociales de la salud o el enfoque de la determinación social de la salud / **25**

Capítulo II

Mapeando de nuevo el derecho a la salud / 31

¿Qué conocemos sobre salud desde la visión crítica de los derechos humanos? / **31**

Características y principios rectores / **39**

Capítulo III

(De)construyendo el derecho humano a la salud / 57

¿Qué comprende el derecho a la salud? / **57**

Alcance del derecho a la salud / **62**

Capítulo IV

¿Cómo prevenir, garantizar y proteger la salud desde una lógica emancipadora? / 69

¿Cuáles son las obligaciones en el derecho a la salud? / **69**

Correlación de obligaciones / **89**

Conclusiones / 93

Bibliografía / 97

*A todas aquellas personas que desde cerca o lejos
directa e indirectamente me han motivado, desafiado y
apoyado, y con quienes he compartido momentos,
saberes, utopías, procesos, luchas, vida...*

Introducción

El derecho de los derechos humanos se constituye en aval jurídico de respeto, garantía y protección de derechos y libertades, pero también en anclaje de valores, percepciones e ideas dominantes, representativas de las relaciones y procesos sociales de división del hacer humano, constituidos sobre una base invisible de las normas y sus garantías; como también de la regulación y control de las relaciones entre Estados, Estado-sociedad y actores sociales-actores no estatales. Mientras que el carácter universal de los derechos humanos legitima el discurso de la dignidad y la universalidad, se invisibilizan realidades y contextos no funcionales a las culturas, las relaciones sociales y los modelos de poder imperantes y globalizados. Ocurre igual con las identidades no legitimadas social y culturalmente, homogenizadas y excluidas.

El marco conceptual del derecho humano a la salud que aquí proponemos rescata esa matriz de pensamiento, abierta a la observación, indagación, análisis y deconstrucción-construcción continua y permanente de las concepciones, simbolismos y acciones, que de una u otra manera terminan absolutizando las necesidades, realidades y contextos de vida de las personas y los pueblos. Como referentes tenemos la perspectiva crítica de los derechos humanos, fundamentalmente, desarrollada por el español Joaquín Herrera Flores, y la teoría contrahegemónica de salud, propuesta por el movimiento latinoamericano de medicina social o salud colectiva y específicamente, la epidemiología crítica de Jaime Breilh.

La concepción crítica de los derechos humanos desarrollada por Joaquín Herrera, reivindica la dimensión política y emancipadora de los derechos, invita a observar el sistema de valores que oculta el absolutismo y el esencialismo característicos de la concepción occidental de los derechos humanos; examinando y repensando categorías y parámetros normativos como ¿Quiénes lo definen y para qué se definen e implementan?, asimismo comprender la importancia de las garantías políticas, económicas, sociales y culturales además de las jurídicas. Se hace así una apuesta por formulaciones y prácticas a favor de los derechos humanos que resulten realistas y comprometidas con la opción transformadora de los contextos de inequidad e injusticia.

Los elementos o condicionantes claves que se establecen son los siguientes:

- Visión realista del mundo y los contextos, que permita orientar racionalmente la actividad social y fortalecer la voluntad de hacer frente a los problemas de acceso a bienes materiales e inmateriales, entender que los derechos no son atributos neutrales, su ejercicio no es igual como tampoco los contextos ni procesos de división del hacer humano;
- Concienciación y movilización social con fines propios sobre el sistema de valores inmerso en el lenguaje de los derechos, y el accionar político, social y cultural necesario para permitir cambios y transformaciones de equidad y justicia;
- Empoderamiento de las colectividades sociales sistemáticamente oprimidas, explotadas, discriminadas y excluidas de las condiciones dignas de ser vividas;
- Construcción de una plataforma consciente de la complejidad grupal en la que se vive y del orden que sostiene la sociedad humana.¹

La epidemiología crítica de Jaime Breilh, propone una determinación social de la salud pensada desde las condiciones de regulación social, poder y desigualdad, reconociendo cuatro desafíos importantes, como son:

1. Lucha contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista que niega la realidad como totalidad;
2. Lucha contra el predominio de la racionalidad monocultural (eurocéntrica y androcéntrica) impuesta como totalidad;
3. Lucha contra el predominio de teorías totalizantes atadas a la concepción de salud como individual y asociada a la enfermedad, resistente a la racionalidad colectiva;
4. Lucha por un replanteo de la relación entre el conocimiento académico y el conocimiento popular.²

La determinación social de la salud se entiende como «el proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades»,³ en tanto que la salud, como objeto complejo y multidimensional (dimensión general de la sociedad, dimensión particular de los grupos sociales y dimensión singular de los individuos) en el cual se incorporan las relaciones de poder como matriz integrada (clase-género-etnia), y la interculturalidad como condición de la subjetividad

1. Joaquín Herrera Flores, *La reinención de los derechos humanos*, Andalucía, Atrapasueños, 2011, p. 50-56.
2. Jaime Breilh, *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Ed. Lugar, 2003, p. 54-65.
3. Jaime Breilh, «Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, 2011, p. 51.

y la objetividad del conocimiento. El derecho de acceso a bienes, servicios y sistemas de salud supone, en igual medida, el acceso a condiciones de vida humana y natural saludables. La determinación social como principio interpretativo del derecho a la salud y las obligaciones institucionales, permiten explicar el poder determinante individual de la salud en relación con el poder determinante colectivo en sus diferentes dimensiones, dando cuenta de la relación dialéctica entre condiciones biológicas, estilos de vida, factores y modos sociales, y los procesos generales sociales, culturales y productivos que impactan la vida y la salud de las personas y la naturaleza también.

Ambas teorías tienen en común el carácter histórico, impuro, intercultural, transformador y emancipador presente en los procesos de lucha por la dignidad y la inclusión social. Por lo tanto, más que preguntar ¿qué marco conceptual es necesario para que la política de salud en Venezuela responda a una visión de derechos humanos?, será ¿qué construcciones y representaciones culturales, sociales, normativas y políticas en torno a la vida, la salud y los derechos humanos y ambientales en salud, son necesarias para que se posibilite una praxis transformadora de las condiciones y realidades de inequidad e injusticia?

Aunque nuestra intención no está en desconocer los logros del enfoque de protección y resarcimiento del derecho de los derechos humanos y, en el derecho humano a la salud, especialmente, al menos, sí reconocemos limitaciones. Siguiendo a Areli Valencia, es tiempo de avanzar hacia una visión transformativa del enfoque de la vulneración, la denuncia y la resolución del conflicto judicial entre partes. La visión transformativa del lenguaje y la acción en pro de los derechos humanos debe inspirar el nacimiento de una segunda ola dentro del movimiento mundial de los derechos humanos con mayor énfasis en la realización efectiva de la equidad social.⁴

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (en adelante CRBV), de 1999,⁵ refunda la república para establecer una sociedad que sea democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural. El Estado se constituye en democrático y social, de derecho y de justicia, con lo cual se crea un compromiso especial con los derechos sociales, la integralidad de los derechos y las garantías para hacerlos efectivos. La universalidad, la progresividad, la indivisibilidad e interdependencia, y la igualdad y no discriminación, se establecen como principios interpretativos de los derechos humanos y reguladores

4. Areli Valencia, «Derechos humanos y equidad social: Avanzando hacia una visión transformativa en la protección de los derechos humanos», en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, No. 13, enero-junio, 2010, p. 214.
5. CRBV, Gaceta Oficial, No. 36860, 30 de diciembre de 1999.

del accionar público (político, legislativo, judicial, electoral y ciudadano).⁶ Los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales tienen igual jerarquía que los derechos civiles y políticos, no han sido reconocidos así en Constituciones anteriores, y el derecho a la salud se define como un derecho social fundamental, obligación del Estado, que debe garantizar como parte del derecho a la vida.

En palabras de Edgardo Lander, sociólogo venezolano, la CRBV, reafirma y profundiza la garantía de los derechos sociales y económicos fundamentales, y apunta a reorientaciones políticas comprometidas con procesos de transformación de la sociedad venezolana en un contexto global de la hegemonía del imaginario neoliberal.⁷ La política de salud formulada con fundamento en esta Constitución revela, de hecho, cambios importantes, sobre todo, en cuanto a la integración del enfoque de derecho humano social fundamental y el fortalecimiento del carácter universal, gratuito y colectivo del sistema público nacional de salud. Lo que supuso una ruptura radical con la ideología neoliberal desde la cual se avanzaban procesos de privatización y semiprivatización de las prestaciones públicas de salud y la seguridad social especialmente en la década de 1990 del siglo XX.

La política Misión Barrio Adentro resulta emblemática al retomar el modelo de salud colectiva de la mano de la organización comunitaria de base (comités de salud y consejos comunales) y la cooperación internacional cubana,⁸ impulsada en el año 2003, que tiene como objetivo ofrecer servicios de prevención social y cuidados sanitarios bajo el enfoque de integralidad y universalización de la salud, favoreciendo a los sectores populares tradicionalmente excluidos, amplía la cobertura de los servicios públicos sanitarios en los diferentes niveles de asistencia a la salud, articulados en red con otros programas sociales de los sectores de cultura, deporte, economía social, servicios domésticos (agua potable, saneamiento sanitario básico, electricidad y gas), vivienda, seguridad alimenta-

6. La CRBV distribuye el poder público en municipal, estatal y nacional y este último se divide en legislativo, ejecutivo, judicial, electoral y ciudadano.
7. Edgardo Lander, «El proceso bolivariano y las tensiones de un proyecto alternativo», en *Rebelión*, 2 de febrero de 2009, en *Rebelión*, <<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=80123>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
8. La Misión Barrio Adentro se desarrolla en el marco del Convenio Venezuela-Cuba que ambas naciones firman en 2003, inicialmente, para el desarrollo del Plan Barrio Adentro destinado al fortalecimiento de la red de atención primaria de salud del Municipio Libertador, Distrito Capital, con el apoyo de profesionales cubanos de las ciencias de la salud. En diciembre de ese año fue convertido en la política Misión Barrio Adentro, desde el enfoque de salud colectiva y con alcance nacional.

ria y seguridad social.⁹ Junto con el resto de misiones sociales,¹⁰ Barrio Adentro contribuyó a mejorar los indicadores de pobreza multidimensional y pobreza extrema,¹¹ favoreciendo la reducción de brechas socioeconómicas y territoriales. Sin embargo, afianzar capacidades y condiciones económicas, políticas, institucionales, sociales, culturales y ambientales de manera saludable y sustentable, todavía se encuentra entre los principales desafíos.

Este estudio está dividido en cuatro capítulos. El capítulo I, introduce las corrientes de pensamiento y los enfoques que han caracterizado la evolución del concepto de salud, el cruce de corrientes de los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud, de cara a la acción desarrollada y los resultados logrados. Recorrido que revela contradicciones que son parte del conflicto de valores e intereses en pugna (económicos, sociales, culturales, políticos) en torno a las concepciones y la acción en salud desarrollada.

El capítulo II, propone el desarrollo de la salud como un derecho humano, para lo cual resulta fundamental la concepción emancipadora desde la perspectiva crítica de los derechos humanos, la salud colectiva y la epidemiología crítica. ¿Qué es el derecho humano a la salud?, ¿cuáles son los enfoques, parámetros, valores e imaginarios dominantes?, ¿qué características y principios definen la naturaleza y alcance de este derecho?, ¿qué se reconoce, invisibiliza o naturaliza en los regímenes internacional y regional de protección de los derechos humanos a la salud y en la CRBV. Estas son algunas de las preguntas que se procura responder.

El capítulo III, sigue la lógica construyendo-deconstruyendo el desarrollo conceptual y el alcance normativo y sustantivo del derecho humano a la salud sobre la base del horizonte de equidad y justicia en salud. La propuesta conceptual resulta en perspectiva de integralidad, multidimensionalidad, solidaridad y sustentabilidad, y el derecho a la salud como derecho social exigible

9. Francisco Armada, «Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela», en Centro de Estudios y Asesoría en Salud-(CEAS), edit., *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Observatorio Latinoamericano de Salud / CEAS, 2005, p. 198.
10. La política social del gobierno bolivariano de Venezuela ha impulsado más de 20 misiones sociales: Misión Barrio Adentro, Misión Guaicaipuro, Misión Niño Jesús, Misión Niños del Barrio, Misión Madres del Barrio, Misión Identidad, Misión Cultura, Misión Miranda, Misión Piar, Misión Robinson, Misión Ribas, Misión Sucre, Misión Vuelvan Caras, Misión Vuelta al Campo, Misión Milagro, Misión Sonrisa, Misión Ciencia, Misión Negra Hipólita, Misión Caricuao, Misión Amor Mayor, Misión Mercal, Misión Vivienda y Hábitat. Las misiones bolivarianas son un conjunto de programas sociales formulados para enfrentar problemas de pobreza y pobreza extrema.
11. Elías Eljuri, presidente del Instituto Nacional de Estadísticas, «La pobreza continúa disminuyendo en Venezuela», en *Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela*, <http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=376:la-pobreza>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

judicialmente y determinado socialmente. Incluido también el debate sobre la titularidad de la responsabilidad no estatal financiera y empresarial.

El IV y último capítulo busca responder a la interrogante: ¿cómo prevenir, garantizar y proteger la salud desde una perspectiva emancipadora? Se describen y listan las obligaciones exigibles al Estado venezolano en el derecho humano a la salud según parámetros internacionales (universales y regionales) y constitucionales, y se hace referencia a la necesidad de trascender el enfoque de vulneración y sanción estatal centrado en resarcir daños hacia una acción que atienda también los procesos, relaciones y realidades asociados a la génesis de la violación sistemática del derecho a la salud.

CAPÍTULO I

El vuelo de Ícaro: Enfoque hegemónico y caída de la justicia en salud

CONCEPCIONES DOMINANTES SOBRE SALUD

Como en la leyenda mitológica del vuelo de Ícaro, el conocimiento producido sobre la salud, la acción desarrollada en torno a ese conocimiento y los resultados sanitarios alcanzados en las últimas cuatro décadas, sobre la base de lo que se llamó el nuevo orden económico mundial,¹² ilustran una situación social, económica, cultural, ambiental y política asociada a la salud, atrapada en un laberinto de saberes al servicio de intereses y valores legitimados por el poder global. La salud como objeto de estudio y desarrollo social ha sido tejida con alas de cera en un contexto de globalización económica que ha derretido los imaginarios del Estado nación y el tejido social, otorgando el protagonismo a actores económicos y financieros internacionales y multilaterales. La expansión de las desigualdades sociales, los modos de vida y estilos de consumo globalizados, el desplazamiento masivo de personas y un mundo más heterogéneo y contradictorio son parte de los resultados.¹³

Las demandas de justicia y equidad y el desarrollo multidimensional de la acción en salud durante la segunda mitad del siglo XX y lo que va del siglo

12. El nuevo orden económico internacional (NOEI) se propone para superar el modelo económico concebido en Bretton Woods, que deriva en brechas entre Estados centrales y periféricos. En el marco de la VI Conferencia de las Naciones Unidas, celebrada en 1974, es aprobada la Declaración y Programa de Acción para el Establecimiento del NOEI, y bajo el lema «ayuda al desarrollo» se proponen un conjunto de reglas de financiamiento internacional con objetivos de ayuda y asistencia al desarrollo, el comercio y las finanzas internacionales, la industrialización, la ciencia y la tecnología, las actividades de empresas transnacionales, la soberanía económica, la distribución equitativa de los ingresos, y el impulso del bienestar social. Pero contrario a esos objetivos, las estructuras financieras creadas se han convertido en factor estructural de la génesis y expansión de las principales inequidades entre y dentro de los Estados, la profundización de la pobreza mundial y la dominación económica, política y militar de países en desarrollo.
13. Boaventura de Sousa Santos, «Os processos da globalização», en *A Globalização e as Ciências Sociais*, Sao Paulo, Ed. Cortez, 2002, p. 11.

XXI se ha convertido en un discurso redundante que no visibiliza los procesos de génesis de la determinación social de la salud. Aunque el enfoque de los determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una oportunidad de producir conocimiento e intervenciones en torno a procesos de inequidad social, económica, cultural y territorial en salud, se cuestiona la mirada reduccionista, lineal y centrada en el fenómeno de los riesgos. En palabras de Jaime Breilh:

Si bien el modelo OMS ha contribuido a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud, el espectro de análisis sigue atado a un neocausalismo donde los determinantes sociales son asumidos como factores externamente conectados. Esto nos preocupa más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el modus operandi del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales (J. Breilh, 2011: 45).

La necesidad de desarrollar una concepción y acción dialéctica sobre salud y los procesos determinantes de la salud y la vida humana y natural son parte central del pensamiento de Breilh. Supone el desarrollo de una conciencia crítica y una práctica responsable frente a los efectos de la expansión del poder económico y la apología al mercado, de cara a la caída de la justicia en salud en detrimento de las mayorías históricamente dominadas, oprimidas, explotadas y excluidas. En este capítulo I el recorrido histórico sobre concepciones, enfoques y modelos globales en torno a la salud, revela saldos importantes pero también se hace un llamado a deconstruir lo aprendido. Se parte de una mirada global e histórica sobre la salud y su determinación social que en los siguientes capítulos irá aterrizando en el contexto normativo interno.

Miradas sobre salud a través del tiempo y la lupa de Occidente

Los enfoques conceptuales de la salud en Occidente han marcado su evolución histórica desde la concepción mágico-religiosa donde lo sobrenatural se asumía como causa de lo anormal y la enfermedad como castigo divino. El recorrido que aquí se hace tiene la intención de ubicar en el tiempo las matrices del pensamiento dominante en torno al proceso salud-enfermedad. En la época antigua greco-romana la concepción racionalista y naturalista es la que tiene mayor relevancia. El medio que rodea a las personas adquiere protagonismo sustituyendo a lo divino en su relación con el proceso salud-enfermedad. Se abandona el sentido mágico-religioso por el fomento de la higiene personal y pública. En tanto que en la Edad Media la corriente de pensamiento dominante es más teológica-filosófica, estando la razón sometida a la autoridad

de la fe religiosa. El cuerpo no podía ser objeto de estudios científicos si no solamente sus fluidos, aunque la reubicación de la asistencia sanitaria fuera del clero facilita la práctica terapéutica privada, la cual será tachada de hechicería y perseguida por la misma institución religiosa.¹⁴

Durante la modernidad temprana del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, el impacto de las nuevas formas de producción y reproducción social determinantes de la pérdida prematura de salud, despierta nuevamente la preocupación por las condiciones relacionadas con el ambiente y los entornos saludables, los modos de vida y sus efectos sobre la salud. En este período se impulsa el concepto de medicina estatal y se producen estudios sobre enfermedades ocupacionales agrupadas como enfermedades sociales producidas por el hombre en oposición a las enfermedades infecciosas y epidémicas. Hacia mediados del siglo XIX ya se contaba con investigaciones que daban cuenta de la relación entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones socioeconómicas de las personas y los grupos sociales, sin embargo, el eco que tuvieron resultó mínimo. El enfoque que prevaleció estuvo marcado por el sentido negativo que equipara salud con ausencia de enfermedad, y la producción del conocimiento desde las ciencias puras de la salud.

Al cierre del siglo XIX y comienzos del siglo XX el positivismo y el modelo biomédico de la salud se hace hegemónico. La consolidación de los Estados nación viene de la mano de avances científicos en el campo de la salud y el desarrollo de los sistemas públicos de salud sobre la base del modelo médico-asistencial, y la noción de salud centrada en la enfermedad. En este enfoque la persona humana es asumida como un ser asocial y ahistórico en su relación con el contexto y la vida, generándose una ruptura con los planteamientos de la primera etapa de la modernidad relativos a la dimensión social de la salud.¹⁵

En 1948, la OMS en su carta fundacional postula una definición global de salud basada en la triada físico-mental-social: «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».¹⁶ Para Breilh es un concepto que relaciona lo biológico con lo social, asociado a la noción de bienestar, pero desde la dimensión individual del bienestar; resulta otro enfoque que no deja de ser lineal y reduccionista al visibilizar solo parte de los elementos del proceso complejo de

14. Mary Lindemann, *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001, p. 235-241.

15. Carlos Ponte, «Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente», en Carlos Ponte *et al.*, *Salud y ciudadanía: Teoría y práctica de la innovación*, Asturias, Centro de Profesorado y de Recursos de Gijón, 2008.

16. Organización Mundial de la Salud (OMS), Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 1948, en *World Health Organization*, <www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

la salud.¹⁷ Este concepto se constituyó en la base jurídico-política de actuación de la OMS, ha influido la formulación de la política sanitaria mundial y el desarrollo de estándares (internacionales e internos) constituidos en fundamento del desarrollo del derecho humano a la salud.

Limitaciones y principales cuestionamientos a la definición de salud de la OMS

Los primeros señalamientos a la definición de salud de la OMS cuestionan su carácter utópico, estático y subjetivo, visto como estado de completo bienestar. Cuestionamientos que posteriormente derivan en una nueva propuesta de concepto «la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad» (C. Ponte, 2008: 12). Milton Terris, una de las principales voces críticas y quién propone esta reformulación, cuestiona, sobre todo, que pueda existir un estado completo o absoluto de salud, pues es parte de una relación dinámica y continua entre vida, malestar (físico, mental y social), enfermedad y muerte. Propone además un componente objetivo, las capacidades funcionales, que permitan reaccionar o adaptarse frente a los determinantes individuales y colectivos de la salud.

En esta contrapropuesta se rescata en particular la noción de salud más como fenómeno dinámico y dialéctico que como estado estático y lineal, y más que completo bienestar, bienestar relativo, complejo y multideterminado. Desde la epidemiología crítica latinoamericana, Breilh, señala, que el concepto de «completo bienestar físico, mental y social» de salud, asumido desde la dimensión individual del bienestar, aunque busca superar la visión restringida y negativa sobre salud, supone todo lo contrario, refuerza la dimensión individual y de enfermedad. En tanto que definida como «fenómeno complejo que no comienza y se reproduce en las personas sino en la sociedad y, solo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los sujetos», posibilita trascender el enfoque biomédico y a la vez afianzar el paradigma de la complejidad social de la salud (J. Breilh, 2012: 106). Permite además entender la salud como un proceso multidimensional que alcanza elementos generales de la estructura social, los procesos que determinan los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir de los grupos sociales, los estilos individuales de vida y las condiciones biológicas, psicológicas y corporales.

17. Jaime Breilh, «La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud», en *La Tendencia*, No. 13, abril-mayo, Quito, Friedrich Ebert Stiftung-Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), 2012.

El camino avanzado desde Alma Ata hasta Río

Desde la conferencia internacional de Alma Ata hasta las declaraciones de Bangkok y Río sobre promoción de salud y determinantes sociales, han transcurrido más de tres décadas de propuestas conceptuales y acuerdos políticos sin que las metas de equidad en salud logren concretarse. Las declaraciones y lineamientos de rechazo a la injusticia sociosanitaria se promovieron en el contexto de auge del nuevo orden económico mundial, determinante estructural de las principales desigualdades en detrimento, especialmente, de los Estados periféricos y pueblos en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social. Un ejemplo es la Declaración de Alma Ata, constituida en referente del desarrollo de la atención primaria de salud, con el objetivo común de lograr el nivel más alto posible de salud y la meta «salud para todos en el año 2000».¹⁸ Se hace incluso un llamado a intervenciones multisectoriales adecuadas a los contextos y necesidades de salud específicas de los países y sus comunidades, el desarrollo de servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y una participación activa del sector sanitario y otros sectores conexos (agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas, comunicaciones), incluida la participación comunitaria.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es otro instrumento indispensable para comprender el desarrollo histórico de las concepciones y enfoques en torno a la salud pública y colectiva. La salud se define como el estado integrador del bienestar humano individual, social y económico, y la promoción de la salud como la vía para la reducción de las desigualdades y el desarrollo del máximo potencial de salud, siendo necesarias condiciones previas favorables como educación, vivienda, alimentación, ingresos, ecosistemas estables, acción comunitaria, justicia social y paz mundial. La relación entre la persona, el medio natural y las formas de vida, trabajo y ocio resultan determinantes a favor y en contra de la salud y la vida saludable, siendo factores determinantes las condiciones ambientales, políticas, culturales, económicas, sociales, biológicas y estilos de vida. Se señalan como áreas estratégicas para la promoción de la salud las políticas públicas integrales, los entornos favorables, la acción comunitaria, los estilos de vida saludable y los servicios de salud.¹⁹

18. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, Kazakstán, 1978, en *Pan American Health Organization*, <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

19. OMS, I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, noviembre de 1986, en *Organización Panamericana de la Salud*, <<http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

La Declaración de Yakarta, adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud, resulta otro referente mundial sobre todo en cuanto a retos y desafíos para el accionar colectivo en salud del siglo XXI. Al igual que en la declaración de Alma Ata, la salud se reivindica como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico de los Estados, en tanto se reconocen nuevos desafíos para los determinantes sociales de la salud relacionados con la expansión mundial de la pobreza. La lista de los prerrequisitos de salud resulta ampliada a problemáticas de seguridad social, relaciones sociales, empoderamiento de la mujer, derechos humanos y uso sostenible de recursos.²⁰

La Carta de Bangkok para la promoción de la salud, destaca sobre todo por el señalamiento que se hace a nuevos factores determinantes de la salud en el contexto de la globalización del siglo XXI. Se reconocen como factores críticos de los determinantes sociales de la salud, el incremento de las desigualdades entre y dentro de los Estados, las nuevas formas de consumo y comunicación, las medidas de comercialización en el campo de la salud, los cambios ambientales y el crecimiento acelerado de la urbanización mundial. Se hace nuevamente un llamamiento a favor de la salud colectiva, dirigido a gobiernos y organismos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) u otras organizaciones, incluidos actores empresariales. No obstante, las estrategias siguen circunscritas a acciones centradas sobre todo en gobernanza (mundial y nacional), adecuación de marcos normativos, alianzas internacionales e interinstitucionales, y promoción de la participación comunitaria en asuntos de salud colectiva.²¹ Medidas que en vez de proponer cambios profundos resultan funcionales a las relaciones de poder e intereses hegemónicos, atenúan efectos más no promueven transformaciones en su génesis.

La Declaración Política sobre Determinantes Sociales de la Salud²² es un ejemplo de ello. Aunque representa una oportunidad para atar compromisos internacionales en torno a la determinación de la salud, resulta una nueva variante del modelo causalista-reduccionista-funcionalista de los determinantes sociales

20. *Ibíd.*, IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Yakarta, 21-25 de julio de 1997, en *World Health Organization*, <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
21. OMS, VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud, 27-11 de agosto de 2005, en *World Health Organization*, <www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
22. OMS, Conferencia Mundial de Río de Janeiro, Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 19-21 de octubre de 2011, en *World Health Organization*, <http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

de la salud. Las acciones a favor de la promoción de la salud y en contra de las inequidad no trascienden de la gobernanza participativa, centradas en: a) el mejoramiento de la gobernanza nacional a favor de la salud y el desarrollo sostenible, con procesos transparentes e incluyentes de toma de decisiones, formulación de políticas eficaces y, rendición de cuentas con resultados cuantificables; b) el fomento de la participación social y comunitaria en la formulación y aplicación de políticas que reconozcan las necesidades de las personas y los grupos más afectados por las inequidades sociales; c) el reconocimiento del sector salud para la reducción de las inequidades sanitarias a través de servicios de salud accesibles, disponibles, aceptables, asequibles y de calidad; d) el fortalecimiento de la gobernanza mundial siendo importante la cooperación y la solidaridad internacional, y e) el fortalecimiento de espacios de rendición de cuentas y vigilancia social de medidas adoptadas y sus resultados.

La caída de la justicia en salud

La visión integradora y transformativa de la salud en vez de materializarse durante este período nutrido de numerosos debates, reuniones, declaraciones y compromisos políticos internacionales, experimenta más bien un revés en el plano real, con datos globales que dan cuenta de contradicciones significativas, como son: a) la mercantilización de los servicios de salud; b) la incidencia elevada de la mortalidad infantil y la mortalidad materna prevenibles; c) la reemergencia de enfermedades previamente controladas; d) la incidencia de nuevas enfermedades asociadas a modos y estilos de vida, medios y entornos de trabajo no saludables e inseguros, y el fenómeno de la movilidad humana; e) la expansión de las desigualdades sociales por morbilidad y mortalidad prevenibles, y acceso universal a medicamentos, bienes y servicios de asistencia a la salud; f) la degradación del medio ambiente, la pérdida de la biodiversidad y el fenómeno del calentamiento global; g) la pandemia del virus y síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH/sida) en países periféricos y semiperiféricos; h) la pérdida de soberanía alimentaria de la mano de hambrunas mundiales; i) la expansión de la pobreza, las guerras y los conflictos internos; j) el reforzamiento del enfoque médico-asistencial en el sector de la salud.²³

El proceso de globalización neoliberal en América Latina, especialmente en los años 80 y 90 del siglo pasado, revela la mayor implementación de programas de ajuste estructural del Banco Mundial (BM) y el Fondo Mo-

23. Hugo Spinelli, «La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

netario Internacional (FMI), con metas claras de medicalización y mercantilización de los bienes y servicios públicos de atención a la salud, además de la privatización de otros servicios básicos (agua, saneamiento sanitario, energía eléctrica, gas, educación, transporte) cuyo acceso resulta determinante para las condiciones de vida y salud de las personas, los grupos sociales y los pueblos.

La revolución tecnológica y los avances en la informática, robótica y biotecnología en salud, hacen parte también de los componentes globalizadores que fortalecen el enfoque médico y de eficacia. Igual ocurre con la industria farmacéutica y la comercialización de los equipos médicos e insumos clínico-quirúrgicos. En el sector laboral la flexibilización de las relaciones de trabajo y la precarización del empleo vino acompañada de la privatización de los fondos de pensiones de la seguridad social, y una mayor exposición a accidentes de trabajo y a enfermedades ocupacionales prevenibles.²⁴ El derecho humano a la salud es convertido en mercancía y su goce efectivo sujeto a los vaivenes del mercado, y el ingreso familiar como condicionante del acceso y la calidad de los bienes y servicios de salud, mientras que la demanda por la determinación social de la salud es silenciada a favor de la estabilidad macroeconómica y la liberalización del mercado interno.

Otro ejemplo es la expansión de la agroindustria en el sistema alimentario global que impacta las relaciones de producción y reproducción social, con incidencia en las condiciones de vida humana y natural. Los sistemas de producción, procesamiento y distribución de alimentos a gran escala, han copado prácticamente los espacios, capacidades y posibilidades locales. La hegemonía que detentan las empresas transnacionales dentro del sistema alimentario global se expresa en el incremento de sectores productivos controlados externamente, y en el monopolio que ejercen sobre los productos básicos, las semillas, los agroquímicos, la ingeniería genética y patentes, con la subsecuente dependencia de insumos genéticamente manipulados. Se han creado además nuevos patrones de consumo alimenticio y el acceso a alimentos inocuos, nutritivos y suficientes resulta desigual y dependiente de las condiciones socioeconómicas y capacidades desarrolladas individual, colectiva e institucionalmente. En el sector de trabajadoras/es y población adyacente a las producciones industriales se revela además un incremento de la morbilidad por enfermedades ocupacio-

24. Oscar Feo, «Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente», en *Ciencia & Saúde Coletiva: Revista eletrônica*, vol. 8, No. 4, enero, 2003, p. 893. *Scientific electronic library online*, <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a11v8n4.pdf>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

nales asociadas a la toxicidad de los productos químicos e insumos empleados, estrés laboral e incidencia de neoplasias ocupacionales.²⁵

La globalización bajo esos términos representa la imposición de una forma de concebir el mundo, la sociedad, y los sistemas de producción y transferencias financieras. Según Aníbal Quijano:

se trata de una estructura productiva, financiera y comercial integrada y, una drástica reconcentración del control del poder político y de recursos de producción en manos de funcionarios del capital, especulativo. Es la universalización de la civilización capitalista y la conformación de un bloque central de poder que aparece como la autoridad de todo el orden mundial.²⁶

Luego de la caída del muro de Berlín y el colapso de la antigua Unión Soviética en 1989 y 1991, las rivalidades entre los poderes antagónicos se diluyen y el modelo capitalista neoliberal se convierte en poder hegemónico. Asumido además como sendero de luz para alcanzar el desarrollo económico y social,²⁷ lo paradójico es que tanto intereses colectivos, como derechos sociales, económicos, culturales y ambientales quedan a merced del libre mercado transnacional. La convergencia necesaria es ahora entre libertades políticas y libertades económicas, y la imposición global de ese consenso se vuelve monopólica. Para De Sousa Santos, las especificidades desaparecen y la receta neoliberal se aplica a todos los países por igual, independientemente de los contextos y realidades, favoreciendo el incremento de brechas entre y dentro de cada Estado, siendo aplicado un único modelo (económico, político, social y cultural) en sociedades, pueblos y realidades que son muy diferentes (B. de Souza Santos, 2002: 42).

En el campo de la salud el BM se convierte prácticamente en la principal institución financiera del sector de salud, cooptando el poder político de la OMS y llegando a establecer lineamientos y directrices globales para el desa-

25. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador (UASB-E), Observatorio Regional de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, agroindustria, minería e industria en general, en *UASB-E*, <<http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/index.php>>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

26. Aníbal Quijano, «Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina», en Santiago Castro-Gómez, Óscar Eduardo Guardiola Rivera, Carmen Rosa Millan de Benavides, edit., *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*, Bogotá, CEJA / Instituto Pensar, 1999, p. 100.

27. La globalización económica neoliberal se fundamenta en el Consenso de Washington suscrita por los Estados centrales del sistema mundo a mediados de la década del 80 del siglo XX. Allí se prescribe el papel de los Estados en la economía y el rol de los nuevos actores económicos transfronterizos, convertidos en actores centrales de la economía mundial. B. de Souza Santos, «Os processos da globalização», p. 29.

rollo de una –nueva– acción en salud, contraria, incluso, a los parámetros que se proponen en Alma Ata, Ottawa, Adelaida, Yakarta y Bangkok.²⁸ Hay una intención clara de fortalecer el enfoque biomédico del sector salud, privatizado ahora y funcional a los intereses económicos transnacionales en detrimento de la acción colectiva e integral de la salud.

La noción de Estados nación o Estados soberanos queda reducida a la mínima expresión, siendo América Latina un buen ejemplo, convertido en el subcontinente con las mayores brechas sociales entre y dentro de los países. Edgardo Lander señala cómo la influencia del pensamiento colonialista occidental en nuestro continente ha sido y es factor determinante de la mirada colonial de dependencia que persiste hacia los países centrales, de reproducción o anhelo de reproducción de los patrones de consumo y los niveles de bienestar de esos países, en tanto que las miradas de autonomía y equidad se vuelven arcaicas y utópicas.²⁹

La expansión de esa matriz de pensamiento ha sido tal que la gama de posibilidades de integración transfronteriza se amplió al Área de Libre Comercio de las Américas (ALCA), el Mercado Común de la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Comunidad Andina de Naciones (CAN), el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y los Tratados de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos (EUA) y la Unión Europea (UE). En la otra orilla se ubica la Alianza Bolivariana para los Pueblos de nuestra América (ALBA) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), que proponen formas alternativas de integración de la región bajo modelos de desarrollo solidario y sustentable, respetuosos de la soberanía de los Estados, las identidades y prácticas de los pueblos ancestrales, bajo una dimensión sociopolítica y de derechos humanos.³⁰ Estas iniciativas igual cuentan con el desafío de no convertirse también en espacios de aprobación de acuerdos y discursos alternativos que no conlleven procesos y resultados de transformación y cambio.

28. Vicente Navarro, «Situación de salud en el mundo», en Marciano Sánchez, Concha Colomo y Clara Repeto, edit, *Globalización y salud*, Madrid, Federación de Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, 2005, p. 18-20.

29. Edgardo Lander, «Eurocentrismo y colonialismo en el pensamientos social latinoamericano», en S. Castro-Gómez, Ó. Eduardo Guardiola Rivera, C. R. Millán de Benavides, edit., *op. cit.*, p. 49-50.

30. Edgardo Lander, «Los retos de otra integración en América Latina», en Esperanza Martínez y Alberto Acosta, comp., *Soberanías*, Quito, Abya-Yala / Universidad Politécnica Salesiana, 2010, p. 150.

CRUCE DE CORRIENTES: EL ENFOQUE
DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD
O EL ENFOQUE DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD

**Las corrientes del Norte y el modelo OMS
sobre los determinantes sociales de la salud**

La crisis y la expansión de inequidades y desigualdades en salud en el ámbito mundial, hacen que la noción sobre los determinantes sociales sea retomada y convertida ahora en enfoque referencial del conocimiento y la acción para la salud. Este nuevo impulso resulta en la creación de la Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (Comisión de DSS) en el año 2005. Allí se propone como categorías de análisis, la equidad, la integralidad y la intersectorialidad sanitaria, aunque, vale decir, este interés por desarrollar la dimensión social de la salud se remonta al siglo XIX con la corriente crítica del pensamiento europeo liderado por Rudolf Virchow, salubrista alemán y uno de los principales representantes de ese movimiento reformista de 1848. Virchow, señalaba que la salud no es un problema médico sino la otra cara de un problema político que demanda reformas sociales radicales, democracias completas y sin restricciones, educación, libertad y prosperidad colectiva (C. Ponte, 2008: 13).

Prácticamente un siglo después, la corriente contrahegemónica latinoamericana de salud colectiva y epidemiología crítica, desarrolla también un pensamiento y acción comprometida con la transformación social de las condiciones de vida y trabajo de las personas, invisibilizado por la OMS y el pensamiento anglosajón (J. Breilh, 2011). En efecto, resulta curioso que la OMS a través de la Comisión de DSS reconozca nuevamente la necesidad de otros abordajes, en torno a las condiciones desiguales en que las personas viven, crecen, trabajan, enferman, envejecen y mueren asociadas a condiciones de vida, trabajo y salud, acceso a bienes materiales e inmateriales, poder, y participación social y comunitaria, de la mano de políticas sanitarias fallidas.³¹

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las in-

31. OMS, Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, doc. EB124/9, párr. 7 y 8, Ginebra, 2008, en *World Health Organization*, <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

equidades sanitarias entre y dentro de cada país.³² Se trata en particular de: la distribución del poder, los ingresos y los bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de las personas, tales como su acceso a la atención sanitaria, la escolarización y la educación; sus condiciones de trabajo y ocio; y el estado de su vivienda y entorno físico. La expresión «determinantes sociales» resume pues el conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que ejercen gran influencia en el estado de salud (1).

Este esquema distingue entre situación socioeconómica y política, determinantes estructurales e intermedios. El contexto sociopolítico y la posición socioeconómica comprenden aspectos estructurales culturales e institucionales que tienen influencia en los patrones de estratificación social y en las oportunidades de salud constituyentes de las inequidades sociosanitarias. El contexto socioeconómico y político abarca un conjunto de aspectos entre los cuales están:

- El rol que cumplen los gobiernos para erradicar las inequidades en salud;
- Las políticas macroeconómicas fiscales o de regulación del mercado laboral según el impacto en las condiciones sociales;
- Las políticas sociales que afectan el estado de bienestar colectivo y el mercado de trabajo;
- La distribución de la tierra y la vivienda;
- Las políticas sociales asociadas al goce efectivo de condiciones integrales de salud como educación, alimentación, medio ambiente, atención sanitaria, servicios básicos;
- Y las normas culturales y valores sociales dominantes.

La clase social, el género y la etnicidad se señalan como variables conectadas entre sí con el acceso a ingresos, poder y recursos materiales e inmateriales, determinantes estructurales de la estratificación social y la posición socioeconómica de las personas y los grupos en la sociedad. En tanto que los factores intermedios determinan la vulnerabilidad relacionada con condiciones perjudiciales para la salud. Entre los que se señalan:

- Circunstancias materiales como educación, ingreso familiar, ocupación y condiciones de empleo, vivienda, y acceso a agua potable y saneamiento básico, entornos de vida;
- Circunstancias psicosociales como relaciones de tensión y estrés, circunstancias y redes de apoyo psicosocial;

32. Las inequidades en salud se definen como desigualdades injustas, potencialmente evitables y denotan cierto sentido de injusticia. Margaret Whitehead, «The concept and principles of equity and health», doc. EUR/ICP/RPD414, s. l., Programme on Health Policies and Planning of the WHO Regional Office for Europe, 2000, en *Programa de Salud Pública y Comunitaria CIEE y FLACSO-Argentina*, <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

- Factores conductuales como estilos de vida y consumo;
- Factores biológicos como carga genética, nutrición, edad, sexo;
- Sistema de salud en función del acceso a servicios y programas de promoción y cuidados de la salud.³³

Esta caracterización de factores sociales determinantes de la salud ha sido objeto de varios cuestionamientos:

- Se definen como factores externos de los procesos estructurales que los producen y reproducen, bajo la lógica reduccionista que fragmenta la realidad que se quiere intervenir;
- Están formulados como factores de riesgo y de vulnerabilidad de las condiciones de salud personal y colectiva, de manera que la determinación opera básicamente sobre efectos o resultados, el carácter de permanencia desaparece mientras que lo contingente sustituye a lo determinado;
- Aunque se hace referencia a determinantes estructurales no se profundiza ni se cuestiona el orden social, económico y cultural hegemónico, las fuerzas de poder imperante, los procesos globalizados de acumulación de capital y de concentración de poder, dominación, discriminación y explotación humana y de la naturaleza;
- Las inequidades sociales quedan reducidas a problemas de distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios;
- El enfoque de la Comisión de DSS carece de dimensión política y convierte a los determinantes en factores. Lo que hace que pierdan el carácter de procesos sociohistóricos.³⁴

Señalamientos que se hacen, especialmente, al resultar un modelo formulado desde la lógica lineal sociocausal, y los factores sociales determinantes efectos relacionados entre sí, pero de manera externa a la estructura social. En el informe «Subsanar las Desigualdades en una Generación», la Comisión de DSS propone recomendaciones para que la acción política global en torno a los determinantes sociales se desarrolle dentro de una justicia redistributiva y gobernanza eficaz, mas no transformadora. Se proponen acciones para mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos, medir la magnitud de los problemas, analizar y evaluar

33. Erik Blas y Anand Sivasankara, edit., “Equity, social determinants and public health programmes”, Ginebra, World Health Organization, 2010, en *World Health Organization*, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

34. Oliva López *et al.*, «Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, 2011.

los efectos de las intervenciones estatales,³⁵ pero a ciegas de la crisis del modelo civilizatorio vigente, génesis de las principales inequidades, desigualdades y vulnerabilidades en salud.

Las corrientes del Sur y el modelo de la determinación social de la salud

La salud colectiva y la epidemiología crítica latinoamericana se han convertido en corriente contrahegemónica del pensamiento global sobre salud. Siguiendo a Breilh, se revela un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones de poder de la sociedad de mercado, los modos de vida consumista estructurados según la clase social, el género y la etnia de las personas y los grupos, los perfiles de salud, la estructura social de propiedad y acumulación de riquezas, las políticas estatales y relaciones culturales, razones por las cuales el enfoque de la determinación social de la salud ha sido invisibilizado por el pensamiento anglosajón (J. Breilh, 2011: 4). En esa misma línea la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) ha señalado que el modelo OMS de los determinantes sociales no pasa de ser un discurso y práctica funcionalista al mantenimiento o de ajustes formales del modelo de sociedad dominante. Aunque se amplía el alcance conceptual y operativo del modelo de los determinantes sociales de la salud, las interpretaciones y abordajes siguen en lógica causal y de asociación lineal y externa entre factores.

La determinación social se planteó en Latinoamérica, como categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. Por ello, se propuso la determinación social para devolver al fenómeno salud su carácter complejo y multidimensional, abarcando los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo pensamos a la salud y de los fundamentos de cómo construimos las prácticas.³⁶

35. OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, «Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud», 2009, p. 2, en *World Health Organization*, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.
36. Asociación Latinoamericana de Medicina Social, «Documento para el debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud», p. 3, en *UASB-E*, <<http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/eventos/documentos/ALAMES/pdf>>. Fecha de consulta: abril de 2012.

La determinación social de la salud como principio interpretativo permite explicar la relación dialéctica entre lo biológico y lo social, la sociedad y la naturaleza, y las tendencias saludables-protectoras y no saludables-destructoras de los procesos de vida y salud desde diferentes dominios de determinación (general, particular y singular).³⁷ No es solamente un proceso de determinación social de la salud, también de vida humana y natural.

En ese espíritu Breilh, propone cuatro elementos básicos necesarios para la nueva determinación social:

1. Sustentabilidad en la producción de bienes de los que depende la vida;
2. Soberanía que implica la necesidad de decisión autárquica, autosuficiencia y poder democrático en la vida;
3. Solidaridad como vigencia de relaciones sociales solidarias;
4. Bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo, y recursos vitales como son agua, aire y alimentos.³⁸

Estos elementos o principios se hacen necesarios para el desarrollo del pensamiento emancipador y una acción transformativa en lo social, cultural, económico y político. La unidad y la diversidad socio-sanitario-ambiental se constituye en núcleo interpretativo de este modelo. Como también la lógica dialéctica entre el poder generativo de lo individual y el poder de reproducción social de lo colectivo. Para Breilh la dialéctica entre el orden colectivo y el orden individual opera como un movimiento en dos vías donde el todo tiende a reproducir las condiciones existentes en el colectivo y la parte –la persona– tiende a generar cambios en la totalidad, y es ese movimiento el que al final se constituye en determinante social de la salud (J. Breilh, 2010c: 103). De allí que el espíritu emancipador resulte de la movilización popular por la transformación de los procesos de producción y reproducción social excluyentes sociales y destructores de la naturaleza.

En general el carácter transformador, integral y emancipador que se le atribuye a la determinación social de la salud, resulta una apuesta por cambios reales que trasciendan las medidas de control y adaptación política postuladas desde el modelo OMS. De hecho, se niega como objetivos estratégicos la redistribución del ingreso y el acceso a los servicios visto como medidas limitadas a una gobernanza eficaz, reivindicaciones culturales aisladas, y propuestas de negocios ecológicos. En tanto se reconoce la necesidad de convertir este

37. Jaime Breilh, «Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud», en Programa Andino de Derechos Humanos (PADH), comp., *¿Estado constitucional de derechos?: Informe sobre derechos humanos. Ecuador 2009*, Quito, UASB-E-PADH /Abya-Yala, 2010a.

38. Jaime Breilh, «Las tres <S> de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud», en Roberto Passos Nogueira, edit., *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, Río de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-(CEBES), 2010c, p. 96-97.

paradigma en herramienta para ampliar el alcance del derecho a la salud, su exigibilidad y justiciabilidad frente a violaciones sistemáticas de los derechos humanos en salud.³⁹

39. Jaime Breilh, «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)», en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Antioquia, Universidad de Antioquia, vol. 31, 2013, p. 21, en *Salud Colectiva*, <<https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>>. Fecha de consulta: mayo de 2013.

CAPÍTULO II

Mapeando de nuevo el derecho a la salud

¿QUÉ CONOCEMOS SOBRE SALUD DESDE LA VISIÓN CRÍTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS?

Las reflexiones en torno a las concepciones y visiones sobre salud tratadas en el capítulo I, ahora corresponde analizarlas en el contexto de la aplicación de los derechos humanos. En ese sentido es necesario conocer y comprender el entramado de intereses, valores e ideas que son parte de las normas y los parámetros que rigen el derecho humano a la salud, para así avanzar hacia un entendimiento que al menos reconozca las complejidades, brechas y grietas ocultas en el lenguaje de las normas y las acciones en torno a la salud, de cara a las necesidades reales de las personas y la gestación de los procesos de lucha social.

En palabras de Joaquín Herrera Flores,

Necesitamos recuperar lo político como esfera complementaria y paralela a la lucha por la dignidad desde los derechos humanos, teniendo siempre en mente que: Primero; recuperar lo político no consiste en entender la política como la búsqueda de un mejor o peor sistema de gobierno. Lo político es más bien, una actividad compartida con otros a la hora de crear mundos alternativos al existente. La dignidad de lo político no reside únicamente en la gestión –la tan traída y llevada gobernanza–, sino, asimismo, en la creación de condiciones para el desarrollo de las potencialidades humanas.⁴⁰

En el contexto de globalización del siglo XXI el derecho humano a la salud necesita más que nunca recuperar la dimensión política y espíritu emancipador. En el plano normativo ha sido regulado como derecho social de cumplimiento progresivo postergable y sus garantías, limitadas y supeditadas a las

40. Joaquín Herrera Flores, «Derechos humanos y paz: Nuevos fundamentos filosóficos y jurídicos para nuevas prácticas sociales», en Carmen Rosa Rueda Castañón y Carlos Villán Durán, edit., *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*, Madrid, Edic. Madú, 2007, p. 271.

capacidades institucionales y la suficiencia de recursos. Muchas conquistas alcanzadas desde los procesos de lucha social han terminado ancladas en el papel y las desigualdades sanitarias convertidas en sus principales violaciones. Boaventura De Sousa Santos, señala como los derechos humanos a pesar de su origen emancipatorio han sido puestos al servicio de las necesidades reguladoras de los Estados y la comunidad internacional de naciones.⁴¹ La dialéctica entre la regulación y la emancipación ha perdido tal fuerza que demanda nuevas reconstrucciones tanto del derecho como de la política.⁴²

En el derecho a la salud, inquieta, por ejemplo, la hegemonía del enfoque biomédico en los diferentes ámbitos de regulación, garantía y protección, reproducido y legitimado social y culturalmente. La demanda de ampliar la protección normativa a la prevención sustantiva no solo resulta imperiosa, debe entenderse de manera diferente, dando chance a otras visiones y construcciones-deconstrucciones normativas, culturales, sociales y políticas contextualizadas, integradas y multidimensionadas. En este capítulo II se pretende avanzar en esas líneas ofreciendo coordenadas para nuevas lecturas sobre el derecho humano a la salud.

¿Qué es el derecho humano a la salud?

Derecho social fundamental

La CRBV define el derecho humano a la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, relacionado con la calidad de vida y el desarrollo humano. Su reconocimiento como derecho social fundamental le concede una posición jurídica privilegiada, le otorga garantías constitucionales de aplicación inmediata y lo ubica en igual jerarquía con el resto de derechos constitucionales. Como derecho social, convoca y es convocado por otros derechos y libertades asociados a condiciones y planes de vida digna de ser vivida.

Al tener como base estos parámetros, la CRBV abre paso a una nueva fase caracterizada por la equivalencia entre derechos constitucionales y derechos fundamentales que en Constituciones anteriores resultaba restringido solo a derechos individuales (civiles y políticos). Este nuevo esquema tiene

41. De Sousa Santos señala que los derechos humanos aún concebidos como universales, tienden a funcionar como un localismo globalizado o como una forma de globalización desde arriba, bajo valores occidentales y liberales que resultan funcionales a los intereses de los Estados capitalistas hegemónicos.
42. Boaventura de Sousa Santos, *La globalización del derecho: Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Bogotá, Facultad de Derecho-Universidad Nacional de Colombia / Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, 1991, p. 212.

que ver con la concepción del Estado venezolano, definido como democrático, social, de derecho⁴³ y de justicia. La búsqueda de justicia social, la participación protagónica del pueblo, y la preeminencia de los derechos humanos (irrenunciables, indivisibles e interdependientes) son parte ahora de los propósitos prioritarios del ordenamiento jurídico y la organización social.⁴⁴

La centralidad no es exclusiva de las normas y la justicia formal, la persona, sus derechos y libertades, y condiciones de vida digna adquiere ahora relevancia. El poder popular retoma un rol protagónico en la determinación y control del poder del Estado. Esta función emancipadora no se reconocía⁴⁵ en el derecho a la salud, al igual que en el resto de derechos sociales, económicos, culturales y ambientales, concebidos en el pasado como derechos programáticos o simples aspiraciones sin posibilidades o limitaciones para hacerlos justiciables y realizables.⁴⁶ El carácter fundamental le otorga además un aval ante potenciales intentos de desregularización normativa y mercantilización del sector salud, como ocurrió en décadas anteriores en el contexto de mayor auge de la globalización neoliberal en Venezuela y el resto de países de América Latina.⁴⁷

Luigi Ferrajoli define los derechos fundamentales como:

todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados de estatus de personas, de ciudadanos o

43. El surgimiento del Estado social de derecho tiene lugar ante la crisis del Estado liberal de finales del siglo XIX y el siglo XX. En este concepto se equipara en importancia los derechos sociales, económicos y culturales con respecto a los derechos civiles y políticos. El Estado asume protagonismo en la función social y la igualdad resulta una obligación tan importante como la libertad, con un nuevo significado asociado a la responsabilidad de transformar el orden económico y social imperante. La participación se enmarca además en un modelo de democracia participativa en función de recuperar la relación soberanía popular-gobierno.
44. CRBV, art. 2 y 19.
45. Jaime León Gañán Ruiz, «De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia», p. 198, en *Universidad de Antioquia*, <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/red/article/viewFile/10086/9289>>. Fecha de consulta: abril de 2012.
46. Las brechas conceptuales y jurisprudenciales entre derechos civiles y políticos, y derechos económicos, sociales y culturales, en detrimento del segundo grupo de derechos, los convierte, como en su momento señaló Ligia Bolívar al referirse a la distinción generacional de los derechos humanos, en derechos de segunda clase, asumidos más desde la perspectiva temática que de derechos justiciables. Ligia Bolívar, «Derechos económicos, sociales y culturales: Derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes», en Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *Estudios básicos de derechos humanos*, t. V, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1996.
47. La ideología y enfoque neoliberal sobre las concepciones de salud y el rol del Estado plantea la desregularización de normas que se constituyan en obstáculo para la conversión del derecho a la salud en bien comercial, sometido a las reglas del mercado (oferta y demanda); y el Estado, reducido en su rol de garante del derecho, y las responsabilidades, convertidas en individuales y sujetas a las capacidades personales y familiares.

personas con capacidad de obrar; entendiendo por *derecho subjetivo* cualquier expectativa positiva (prestaciones) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica; y por *estatus* la condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de estas.⁴⁸

En esta definición la categoría de derecho fundamental equivale a derecho subjetivo universal. No obstante, las posibilidades jurídicas de los titulares se presentan como si no existiera una relación íntima y dinámica con las capacidades y posibilidades materiales asociadas a contextos y realidades de desigualdad social, económica, cultural y/o territorial. De hecho, el carácter restringido de la titularidad jurídica, de cara a la universalidad de los derechos humanos, resulta en uno de los principales cuestionamientos que se hace a esta definición. Devela el imaginario de dos clases de sujetos jurídicos: personas a quienes la titularidad de los derechos está normativamente reconocida, y sujetos reales que viven en contextos de exclusión, discriminación y marginación donde poco importa si se les reconoce jurídicamente la posibilidad de invocar y exigir judicialmente derechos.⁴⁹

En esa línea reflexiva se comparte la defensa que Arango hace por y para una concepción de justicia sensible a las diferentes desigualdades sociales determinantes de las capacidades y condiciones de las personas, evitando que desventajas naturales y sociales se conviertan en limitaciones para el reconocimiento y ejercicio efectivo de los derechos.⁵⁰ Desde esta concepción de justicia, el derecho a la salud como derecho social fundamental, exige del Estado garantías normativas y políticas orientadas a resarcir y reparar los daños, pero también a generar condiciones para el ejercicio efectivo del derecho a la salud y los derechos humanos en salud, reducir las brechas sociales, culturales y territoriales que impactan negativamente en la salud de las personas y los grupos sociales, y procurar la transformación de los principales problemas y factores determinantes. Supone una visión política, realista, que parta desde las diferencias y desigualdades existentes en la sociedad venezolana.

48. Luigi Ferrajoli, «Derechos fundamentales», en *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Madrid, Trotta, 2009, p. 19.

49. David Sánchez Rubio, *Repensar derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*, Madrid, Ed. MAD, 2007, p. 24-26.

50. Rodolfo Arango, «Promoción de los derechos sociales constitucionales por vía de protección judicial», en *El Otro Derecho*, No. 28, julio, Bogotá, Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, 2002, p. 210, en *Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativo (ILSA)*, <<http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/od/elotdr028/elotdr028-05.pdf>>. Fecha de consulta: abril de 2012.

Derecho convocante de otros derechos humanos

El derecho a la salud es además un derecho social en interacción con otros derechos humanos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, cuyo goce o ejercicio conjunto expresa condiciones y entornos de vida, salud, trabajo y muerte. En ese sentido, la CRBV dispone que el derecho a la salud se garantiza como parte del derecho a la vida⁵¹ a través de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.⁵²

El derecho a la salud no implica exclusividad ni mayoritariamente el acceso a bienes y servicios de atención a la salud. Hasta la Constitución de 1961 el paradigma hegemónico con respecto al derecho a la salud estaba basado en la relación salud-enfermedad. Salud entendida como contrario a enfermedad, y la dimensión biomédica expresión exclusiva del contenido normativo del derecho a la salud. En tanto que las obligaciones a cargo del Estado, reducidas a la prestación de cuidados de la salud en beneficio de personas y grupos que no contarán con medios propios para satisfacer las necesidades vitales asociadas a la prevención y protección de la salud.

La Constitución de 1999 no solo abre paso a un nuevo esquema inclusivo de derechos y garantías, también a sujetos de derecho históricamente invisibilizados y excluidos (pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas con incapacidades físicas y mentales, personas mayores). Propone un régimen de integralidad e interdependencia de derechos, libertades y garantías que en el derecho humano a la salud se puede observar en el articulado de otros derechos. Por ejemplo, en los siguientes derechos: a) integridad física, psíquica y moral de las personas; b) asistencia y protección integral a la maternidad; c) asistencia, protección integral y prioridad absoluta de niños, niñas y adolescentes; d) atención integral a personas mayores; e) vivienda higiénica, segura y adecuada; f) seguridad social incluidas las prestaciones por contingencias de salud; g) condiciones de trabajo seguras, higiénicas y ambiente de trabajo adecuado; h) inversión, producción, divulgación y protección de la obra científica y tecnológica; i) deporte y recreación para elevar la calidad de vida individual

51. El derecho a la vida tradicionalmente ha sido interpretado como la prohibición de ejecuciones extrajudiciales y desapariciones forzadas, pero tanto en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos como en la ONU, y, recientemente, en tribunales constitucionales, se establece que la violación del derecho a la vida ocurre también por privación del derecho a vivir en dignidad. Argumentación que se hace a partir de interpretaciones que vinculan el derecho a la vida con la tutela de los derechos económicos, sociales y culturales.

52. CRBV, art. 83.

y colectiva; j) salud integral, cultura y prácticas tradicionales; k) ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado.⁵³

En el plano internacional (universal y regional interamericano), cabe decir que el derecho a la salud está definido en términos integradores, pero sin mecanismos y garantías suficientes que aseguren su efectividad y plena justiciabilidad.

Sistema Universal de Derechos Humanos (SUDH)

En el SUDH de la ONU son varios los instrumentos y demás fuentes del derecho internacional de los derechos humanos que reconocen el derecho a la salud como un derecho inclusivo de otros derechos, libertades y factores determinantes de la salud y del bien-estar de las personas. Así tenemos:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), convertida en referente universal y base del desarrollo de otros instrumentos internacionales de derechos humanos dispone en el párrafo primero del art. 25 «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».⁵⁴ El derecho a la salud está reconocido en relación con otros derechos humanos, el bienestar de las personas, y el acceso a los bienes y servicios.

2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), instrumento internacional referente del carácter obligatorio de los derechos económicos, sociales y culturales, dispone en el art. 12 «Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental».⁵⁵ Y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC),⁵⁶ en la Observación general No. 14, señala:

El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular, el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la informa-

53. CRBV, art. 46, 76, 78, 80, 82, 86, 87, 98, 111, 122 y 127.

54. Asamblea General de las Naciones Unidas, 183a. Sesión Plenaria, Declaración Universal de Derechos Humanos, res. 217A(III), Ginebra, 10 de diciembre de 1948, en *Naciones Unidas*, <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>. Fecha de consulta: mayo de 2012.

55. *Ibíd.*, Vigésimo primer período de sesiones, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. A/RES/21/2200, Ginebra, 1966, ratificado por Venezuela, GO, No. 2.146, 28 de enero de 1978.

56. El CDESC de la ONU tiene como función principal vigilar el cumplimiento del PIDESC por los Estados parte, pero también producir jurisprudencia a través de las observaciones generales. Aunque no son estrictamente vinculantes tienen valor jurídico y cumplen con la finalidad de precisar el alcance y contenido de los derechos humanos.

ción y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.⁵⁷

El derecho a la salud se define así en interacción con otros derechos y libertades. Comprende asistencia a la salud a la vez que se hace extensivo a otros derechos, libertades y factores determinantes básicos de la salud. El CDESC se posiciona también frente a la necesidad de ampliar el alcance de los determinantes sociales a otros ámbitos relacionados con distribución de los recursos e inequidades de carácter social y de género, junto a los nuevos desafíos en el ejercicio del derecho a la salud como son el rápido crecimiento demográfico mundial, la proliferación de nuevas enfermedades y afecciones de salud prevenibles, el acceso deficiente a información sobre cuestiones relacionadas con la salud, la pérdida de cohesión social y el incremento de la violencia y conflictos armados.⁵⁸

3. Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), en el art. 24 establece el derecho de los niños, las niñas y adolescentes al disfrute del más alto nivel posible de salud y el acceso a servicios de tratamiento de enfermedades y rehabilitación de la salud. Se integran en las medidas para hacer efectivo este derecho la dimensión social de la salud, incluyéndose como factores determinantes de la salud infantil el suministro de alimentos suficientes y nutritivos, el suministro de agua potable salubre, la aplicación de tecnologías disponibles, y el cuidado del medio ambiente.⁵⁹

4. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDM), aunque prioriza al enfoque biomédico y mantiene una visión restringida de género, centrada en temas de planificación familiar y el ciclo reproductivo de la mujer, reconoce la importancia de asegurar servicios de salud asociados a condiciones sociales y nutricionales de la mujer.⁶⁰

Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos (SIDH)

El derecho a la salud en el SIDH cuenta con la paradoja de estar definido en términos integrales e inclusivos pero sin garantías jurídicas que le reconozcan carácter justiciable. La exigibilidad judicial debe invocarse en conexión con otros derechos civiles y políticos o con los derechos a la educación

57. CDESC, Vigésimo segundo período de sesiones, Observación general No. 14, «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», doc. E/C.12/2000/4, párr. 3, Ginebra, 2000.

58. *Ibíd.*, párr. 10 y 11.

59. Asamblea General de las Naciones Unidas, Sexagésimo primer período de sesiones, Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, doc. A/RES/44/25, art. 24, Ginebra, 1989, ratificado por Venezuela, GO, No. 34.541, 29 de agosto de 1990.

60. *Ibíd.*, Trigésima Cuarta Sesión, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, doc. A/RES34/180, Ginebra, 1979, ratificada por Venezuela, GO, No. 3074 E., 16 de diciembre de 1982.

y/o sindicalización, únicos derechos sociales que cuentan con mecanismos y garantías directas de protección jurisdiccional.

1. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DA-DDH), postula en el art. XI que «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».⁶¹

2. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el Protocolo de San Salvador, resulta clave para el análisis del derecho humano a la salud. Prácticamente es el único instrumento regional vinculante que delimita la naturaleza y alcance normativo de este derecho. Establece en el art. 10 el derecho al disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social.⁶² Tanto la doctrina como la jurisprudencia internacional señalan que el derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a gozar de buena salud o a no estar enfermo, sino como el derecho a disponer de bienes, servicios y condiciones que faciliten o posibiliten alcanzar el mayor nivel posible de salud y bienestar. Pues son variados y diversos los factores individuales, sociales, ambientales y culturales determinantes del estado de salud de las personas, los grupos y los pueblos.

Derecho como proceso de lucha social

Las concepciones y regulaciones contemporáneas sobre el derecho a la salud han sido resultado de procesos históricos de lucha social, demandantes de protección legal y judicial pero sobre todo de dignidad humana. No obstante, con el correr del tiempo el valor simbólico de esas luchas ha desaparecido, invisibilizados los motivos e ideas motoras. En tanto que el valor jurídico del derecho conquistado se ha convertido en el gran trofeo como que si el reconocimiento de un cuerpo normativo y de garantías legales resultara suficiente para asegurar el goce efectivo del derecho conquistado.

En el derecho a la salud opera de hecho un desplazamiento de la dimensión política a favor de la dimensión jurídicopositiva. Joaquín Herrera alerta ante la necesidad de cambiar de perspectiva y evitar caer en la trampa de los derechos que otorga más importancia a los derechos que a los humanos. Es necesario evitar la lógica que conduce a una concepción de derechos humanos

61. Organización de Estados Americanos (OEA), IX Conferencia Internacional Americana, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Bogotá, 2 de mayo de 1948, aprobada por Venezuela en 1948.

62. OEA, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, San Salvador, 1988.

disociada de las capacidades reales y las condiciones materiales e inmateriales adecuadas para poderlos ejercer.

Hablamos de derechos y parece que tal reconocimiento jurídico ya ha solucionado todo el problema que suponen las situaciones de desigualdad e injusticia que las normas deben regular. Solo debemos preocuparnos de las garantías judiciales de los mismos, obviando absolutamente que tras todo el edificio jurídico subyacen sistemas de valores y procesos de división del hacer humano que privilegian a unos grupos y subordinan a otros (J. Herrera, 2011: 15).

Herrera plantea la necesidad de rescatar los compromisos y deberes que resultan de esos procesos de lucha social, más que derechos abstractos y deberes pasivos impuestos desde afuera. Compromisos y deberes que en el contexto venezolano y en el derecho humano a la salud, supone, por ejemplo:

- Transformar el enfoque biomédico en un enfoque integrador de lo biológico-social-natural de la salud;
- Generar la soberanía política y económica del Estado;
- Reconocer jurídicamente y garantizar en términos reales el derecho a la salud;
- Desarrollar el sistema público nacional de salud bajo los principios de universalidad/no discriminación, integralidad, solidaridad, equidad, participación, progresividad/no regresividad y sustentabilidad;
- Garantizar condiciones democráticas para el ejercicio efectivo del derecho a la participación social y comunitaria en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación de la política de salud u otras medidas asociadas a la salud.

CARACTERÍSTICAS Y PRINCIPIOS RECTORES

La definición del derecho a la salud como un derecho social fundamental integrador de otros derechos y condiciones determinantes del bien-estar individual y colectivo de las personas, los grupos sociales y los pueblos, se identifican varios elementos característicos y principios rectores, que facilitan el entendimiento de su naturaleza, fines y alcance.

Características

Universalidad

La idea de que todas las personas son titulares de derechos humanos por su naturaleza humana se encuentra prácticamente en todos los instrumentos internacionales (universales y regionales) de derechos humanos, como también el deber de remover obstáculos que menoscaben o invaliden la realización efectiva de los derechos en condiciones de igualdad. La Constitución de 1999 establece el derecho a la protección universal de los derechos humanos en los siguientes términos:

- El Estado garantizará a toda persona el goce y ejercicio de los derechos humanos;
- No se permitirán discriminaciones fundadas en la raza, sexo, credo, condición social o aquellas que, en general, tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce y ejercicio en condiciones de igualdad de los derechos y las libertades de toda persona;
- La enunciación de los derechos y garantías contenidos en la constitución y en los instrumentos internacionales de derechos humanos no debe entenderse como negación de otros que siendo inherentes a la persona, no figuren expresamente en ellos.⁶³

En el derecho a la salud supone garantías de acceso universal a condiciones, bienes, servicios de salud, y la prohibición y anulación de medidas que obstaculicen o nieguen la igualdad formal y sustantiva. El Estado, por su parte, debe actuar (acción-inacción) y en consecuencia, adoptar medidas políticas, presupuestarias, legislativas, judiciales que aseguren la protección de salud individual y colectiva sin discriminaciones de índole alguna.

No obstante, es importante señalar que las nociones sobre universalidad de los derechos y sujeto universal titular de derechos formuladas desde la teoría liberal de los derechos humanos no están libres de señalamientos. El lenguaje utilizado resulta abstracto y lejos de caracterizar el universalismo humano, lo homogeniza e invisibiliza las diferencias socioculturales, socioeconómicas y sociopolíticas entre las personas, los grupos, los pueblos y sus contextos vitales. De hecho, los movimientos feministas cuestionan el androcentrismo de los derechos humanos, rechazándose la jerarquización de lo universal en el derecho por considerar que no es más abstracto y universal que personalizado y contextual.⁶⁴ Y en esa misma línea los movimientos indígenas

63. CRBV, art. 19-22.

64. Frances Olsen, «El sexo del derecho», en Ramiro Ávila Santamaría, Judith Salgado y Lola Valladares, comp., *El género en el derecho. Ensayos críticos*, Quito, Ministerio de Justicia

señalan que aún con todo y los avances en la positivización de derechos colectivos, las dificultades para su aceptación social e institucional siguen presentes. El colonialismo y la cultura occidental se constituyen así en factores asociados a la homogeneización cultural, y por ende a la enajenación de la existencia diferente indígena en la dimensión tanto individual como colectiva.⁶⁵

El discurso y la práctica sobre la universalidad del derecho y los derechos humanos sigue sustentado en el imaginario hegemónico del sujeto universal varón, propietario, educado, heterosexual, blanco y occidental, en tanto que las diferencias y las desigualdades se expresan a medias y sobre la base de intereses parciales y sesgados que consistentemente contradicen el fin de la universalidad de los derechos humanos. En general, aunque se reconocen avances importantes en la codificación de derechos específicos a grupos, sectores y pueblos (mujeres, niños/as, trabajadores/as, migrantes, personas de la tercera edad, personas con incapacidades, personas que viven con el VIH/sida, pueblos indígenas)⁶⁶ tradicionalmente invisibilizados, los sistemas hegemónicos de producción y reproducción social, género, etnia y cultura, favorecen la adaptación, y la reproducción de valores, imaginarios y patrones de conducta que apuestan a su discriminación, opresión y exclusión, y al ocultamiento de las necesidades (inmateriales y materiales), realidades locales y contextos de vida, resultando en negación de la igualdad y la justicia.

Como bien señala Boaventura de Sousa Santos, las luchas de la igualdad deben ser luchas por el reconocimiento de las diferencias y la universalidad material. La universalidad no puede ni debe seguir siendo vista como tomar la parte por el todo, donde la parte es homogénea y nada de lo que queda fuera de la totalidad importa.⁶⁷

Dimensión individual y colectiva

La relación entre la dimensión individual y colectiva expresa la naturaleza compleja de este derecho, reivindica el valor de la solidaridad, y extiende

y Derechos Humanos / UNIFEM / Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2009, p. 153.

65. Erick Gutiérrez, «Aportes para una visión liberadora de los derechos humanos desde una crítica intercultural», en Maryluz Guillén, coord., *Los derechos humanos desde el enfoque crítico: Reflexiones para el abordaje de la realidad venezolana y latinoamericana*, Caracas, Defensoría del Pueblo / Fundación Juan Vives Suriá, 2011.
66. La CRBV es el primer marco constitucional que incorpora un capítulo de derechos a los pueblos indígenas. En el art. 122 reconoce que el derecho a la salud integral debe considerar las prácticas y culturas indígenas.
67. Boaventura de Sousa Santos, *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2006, p. 20.

las posibilidades de protección jurídicopolítica de la titularidad y las necesidades asociadas a la vida y salud individuales como colectivas. De manera que la dimensión individual no podría estar plenamente protegida si no se dispone o accede a condiciones colectivas de vida humana y natural saludable.

En ese espíritu la Constitución dispone que el Estado venezolano tiene a cargo la obligación de promover condiciones de bienestar colectivo y el acceso a los bienes y servicios.⁶⁸ Lo que define la idea de bien-estar no es lo individual sino lo colectivo. Perspectiva que rompe con la hegemonía del enfoque biomédico dominante, representa una oportunidad y a la vez un desafío para el desarrollo dialéctico entre las dimensiones individual-colectiva y colectivo-individual.

Según Breilh, «la salud individual y las formas de la salud colectiva constituyen dimensiones distintas, pero profundamente interrelacionadas». La dimensión tanto individual como colectiva del derecho a la salud desde la visión biomédica está focalizada a asistir, regular y controlar los efectos en la salud biológica (psicológica-corporal) de las personas, los grupos y las comunidades. En tanto que la perspectiva de la determinación social posibilita ampliar y profundizar el alcance del derecho y las obligaciones estatales con respecto a los procesos generales de la sociedad, particulares de los modos colectivos de vida y singulares de las personas, protectores o destructores de vida y salud (J. Breilh, 2009: 265). Lo que además supone medidas no solamente redistributivas y compensatorias, que también supongan transformaciones al modelo de sociedad.

Indivisible e interdependiente

La indivisibilidad y la interdependencia dan cuenta del carácter de unidad que prevalece en el derecho a la salud y su relación interdependiente con otros derechos humanos y los factores y procesos determinantes de la salud. Se expresa en que el derecho a la salud no puede fraccionarse ni tampoco jerarquizarse. En tal sentido, la DUDH resulta un referente básico al ubicar en igual posición a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Sin embargo, más de cuatro décadas han debido pasar para que en Asamblea Extraordinaria de la ONU, en 1993, se vuelva a reivindicar el esquema de la interdependencia de los derechos humanos.

La Declaración y Programa de Acción de Viena afirma que todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. De manera que la comunidad internacional de Estados debe tratar a los derechos humanos como una unidad, de manera justa y equi-

68. CRBV, art. 83.

tativa, con igualdad, dándoles a todos el mismo peso.⁶⁹ En el plano interno, la CRBV dispone que «el Estado garantizará a toda persona [...] el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos».⁷⁰ La indivisibilidad e interdependencia resulta así en principio interpretativo del derecho a la salud pero también de la obligación estatal de proteger y garantizar los derechos humanos en salud.

Salud-vida

La CRBV establece que el Estado debe garantizar el derecho a la salud como parte del derecho a la vida, es decir, como elemento constituyente básico del derecho a la vida, a través de medidas políticas y de otra índole, orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.⁷¹ Es un derecho cuyos componentes aparecen definidos en relación dialéctica con otros derechos vitales esenciales y su realización depende del goce conjunto de otros derechos y condiciones básicas esenciales. La relación entre ambos derechos es necesaria tanto para la dimensión biológica-individual como social-colectiva de la salud. La pérdida o aumento de condiciones de vida saludable necesariamente repercute en detrimento o a favor del proceso vida-salud-enfermedad-muerte de las personas.

En el marco internacional, la DUDH afirma «toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia, la salud».⁷² Y la Observación general No. 14 sobre el derecho a la salud establece que todo ser humano tiene derecho al más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.⁷³

Salud-alimentación

La Observación general No. 12 sobre el derecho a la alimentación deja en claro la estrecha relación que hay entre el derecho a una alimentación adecuada y el ejercicio de otros derechos humanos.⁷⁴ Con respecto al derecho a la salud es evidente la relación de interdependencia que hay entre nutrición y condición de salud. Ahora bien, más que acceso a productos alimenticios, la

69. Asamblea General de la Naciones Unidas, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena, doc. A/CONF.157/23, párr. 5, Ginebra, 25 de junio de 1993.

70. CRBV, art. 19.

71. *Ibíd.*, art. 83.

72. Asamblea General de la Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos..., art. 25.

73. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 1.

74. *Ibíd.*, Vigésimo octavo período de sesiones, Observación general, No. 12 «El derecho a una alimentación adecuada», doc. E/C.12/1999/5, párr. 1 y 4, Ginebra, 1999.

prioridad está en la accesibilidad y disponibilidad a alimentos inocuos y a una producción alimentaria sostenida y sustentable. De allí la necesidad de tener en claro los significados de adecuación y sostenibilidad y sustentabilidad asociados a la soberanía alimentaria.

La relación entre el acceso y la disponibilidad de productos alimenticios inocuos con los procesos de salud-enfermedad está determinada por las condiciones (económicas, sociales, culturales, climatológicas, ecológicas o de otra índole) que caracterizan la producción de los alimentos. En ese sentido, la Constitución dispone que es obligación del Estado garantizar seguridad alimentaria, entendida como «la disponibilidad suficiente y estable de alimentos en el ámbito nacional y el acceso oportuno y permanente a estos por parte del público consumidor». La producción alimentaria está además definida como actividad de interés nacional, fundamental para el desarrollo económico y social de la nación venezolana.⁷⁵

Con ello, se otorga prioridad a las garantías de disponibilidad y accesibilidad universal de los alimentos, favoreciendo a los grupos y sectores sociales en condiciones de vulnerabilidad y estableciendo lineamientos que priorizan la producción nacional alimenticia. En contextos neoliberales la expansión de la agroindustria mundial de los alimentos ha venido acompañada más bien de la pérdida de soberanía alimentaria en Estados que contaban con bienes y recursos o apoyo institucional para el fortalecimiento de la producción interna de los alimentos y la satisfacción de las necesidades nutricionales básicas de sus habitantes en todas las etapas del ciclo vital humano.

Salud-vivienda adecuada

La CRBV⁷⁶ y el CDESC, Observación general No. 4,⁷⁷ contienen varias referencias que dan cuenta de la relación de interdependencia del derecho a la salud y el derecho a la vivienda. En general, la relación se establece basada en el derecho a disponer de un lugar con condiciones sanitarias y seguras donde resguardarse de factores climáticos adversos o de otra índole, con servicios y facilidades u otras condiciones que favorezcan una habitabilidad saludable.

De los elementos característicos del derecho a una vivienda adecuada prácticamente en todos hay relación con la protección de salud:

- Seguridad jurídica de la tenencia, pues toda persona tiene derecho a gozar de algún grado de seguridad de la tenencia que además de ofrecerle

75. CRBV, art. 305.

76. *Ibíd.*, art. 82, establece que «toda persona tiene derecho a una vivienda segura, higiénica, adecuada, con servicios básicos esenciales que incluyan un hábitat que humanice las relaciones familiares, vecinales y comunitarias».

77. CDESC, Sexto período de sesiones, Observación general No. 4 «El derecho a una vivienda adecuada», doc. E/1991/23, Ginebra, 1991.

protección legal para disponer de un espacio físico adecuado, le ofrezca confianza y cierta tranquilidad mental ante prácticas de desalojos forzados, hostigamiento u otras amenazas que puedan afectar la salud integral;

- Disponibilidad de servicios materiales, facilidades e infraestructura, resultando vitalmente necesarios para la salud, la nutrición y la seguridad de las personas y particularmente, los servicios de agua potable, energía para cocinar, calefacción y alumbrado, instalaciones sanitarias y de aseo, drenaje y servicios de emergencia;
- Gastos soportables, los gastos de la vivienda no deben comprometer la satisfacción de necesidades vitales como salud, nutrición y seguridad de las familias;
- Habitabilidad de la vivienda, el espacio debe ser adecuado para protegerse de fenómenos climáticos y atmosféricos adversos u otras amenazas a la salud, riesgos estructurales y vectores de enfermedades, debiendo contar con cierto grado de preferencia personas y grupos en condiciones de vulnerabilidad (personas mayores, niños, niñas y adolescentes, personas con algún tipo de discapacidad, personas que viven con afecciones crónicas de salud, personas víctimas de desastres naturales, personas que viven en zonas de alto riesgo);
- Adecuación cultural, se refiere a disponer de materiales de construcción que puedan expresar identidad cultural, garanticen comodidad, higiene y seguridad del espacio. Lo que determinaría las condiciones básicas de vivienda, salud y vida de las personas y sus familias.⁷⁸

Salud-agua

El agua además de considerarse un recurso natural limitado y un bien fundamental para la vida y la salud, es un derecho-garantía de la realización de otros derechos humanos. La Observación general No. 15 sobre el derecho al agua señala que el recurso agua es necesario, aparte de los usos personales y domésticos, para el ejercicio del derecho a una alimentación adecuada y evitar el hambre, asegurar la higiene ambiental y la prevención de enfermedades asociadas con el consumo de agua, la protección de la salud, el trabajo decente, la participación de prácticas culturales y, para disponer de una vivienda con condiciones saludables.⁷⁹ El abastecimiento adecuado del agua supone que debe ser suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico, como también en espacios de trabajo y educación. Afirmación que se hace sustentada en el deber de evitar la

78. *Ibíd.*, párr. 8.

79. *Ibíd.*, Vigésimo noveno período de sesiones, Observación general, No. 15, «El derecho al agua», doc. E/C12/2002/11, párr. 1 y 6, Ginebra, 2002.

deshidratación física y la reducción del riesgo de afecciones de la salud relacionadas con el agua.

De hecho, que sea salubre, suficiente y accesible es parte de los elementos característicos del derecho humano al agua, resultando determinantes para la vida y la salud humana y natural. Estos son: a) disponibilidad, se refiere al uso continuado y suficiente del agua para la satisfacción de las necesidades vitales, como también de higiene personal y doméstica; b) calidad, da cuenta de la importancia de la salubridad del agua, libre de microorganismos y sustancias químicas o radiactivas que constituyan una amenaza para la salud en su dimensión individual y colectiva, sobre todo, para la salud de población infantil que vive en condiciones de pobreza y exclusión, personas privadas de libertad, población que vive con VIH/sida u otros estados de salud inmunodeprimidos, personas mayores, migrantes o cualquier otro grupo en condiciones de vulnerabilidad; c) accesibilidad, en el sentido que el agua, las instalaciones y los servicios de agua deben ser accesibles física y económicamente a todas las personas sin discriminaciones de índole.

La Constitución dispone además que «todas las aguas son bienes del dominio público de la Nación, insustituibles para la vida y el desarrollo».⁸⁰ El enfoque territorial visibiliza las necesidades específicas de protección de fuentes tradicionales de agua, y el acceso, suministro y distribución adecuada de bienes y servicios de agua a favor especialmente de los pueblos indígenas, las personas que viven en zona rural y zonas urbanas en condiciones de marginación y exclusión.

Salud-educación

La Observación general No. 13 sobre el derecho a la educación hace referencia expresa a la interdependencia con otros derechos humanos, y lo define como un derecho-medio indispensable para la realización de otros derechos.⁸¹ La posibilidad de ejercer el derecho a la educación facilita el desarrollo de la personalidad y las capacidades personales, técnicas y profesionales, pero además es un medio de emancipación y resulta clave para los procesos de toma de consciencia y espacios de participación relacionados con aspectos y cuestiones sobre salud, por ejemplo, sobre estilos de vida, prevención social en salud, condiciones seguras y saludables del espacio de trabajo y vivienda, responsabilidad (administrativa, civil y penal) derivada de funciones de asistencia a la salud, protección de espacios naturales y entornos sociales urbanos y rurales, modos y formas de experimentación científica en vida humana y animal, prác-

80. CRBV, art. 304.

81. CDESC, Vigésimo primer período de sesiones, Observación general No. 13, «El derecho a la educación», doc. E/C.12/1999/10, párr. 1, Ginebra, 1999.

ticas y tradiciones indígenas, medicina tradicional y terapias complementarias, conversión de derechos humanos en mercancías, contaminación de recursos y elementos naturales, productos alimenticios no saludables, modelos sociales y productivos que atentan contra el equilibrio vital.

Salud-trabajo

El trabajo es otro derecho esencial para la realización de los derechos humanos en salud, siendo parte inseparable del espíritu de una vida vivida en dignidad. La Observación general No. 18 señala que toda persona tiene derecho a trabajar para poder vivir en dignidad, convertido así en derecho-medio para la supervivencia y el bienestar individual y social de las personas y sus familias. No solo impacta la vida y la salud de las personas, también el desarrollo integral de los Estados y sus pueblos. En relación con el derecho a la salud, el derecho a un trabajo digno supone condiciones de seguridad y salud laboral y la prevención de contingencias de salud.⁸² La Constitución establece el derecho a condiciones adecuadas de seguridad, higiene y ambiente de trabajo, en tanto que el Estado debe garantizar la creación de instituciones y la adopción de medidas que aseguren el control, promoción y protección de esas condiciones.⁸³

Esta relación también se evidencia en torno a los sistemas de trabajo que en definitiva son los que determinan el cuerpo normativo y reglamentario, y las condiciones de protección y bienestar integral de las y los trabajadores. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) la salud en el trabajo debe entenderse en términos de protección de vida y bienestar integral de las y los trabajadores, sobre todo, a favor de los sectores de más alto riesgo y en condiciones de mayor vulnerabilidad (sector informal, jóvenes, mujeres y migrantes). Como medidas prioritarias se señala el fomento de la seguridad e higiene en el trabajo, la prevención y el control de los riesgos, y la defensa de condiciones y medios de trabajo, seguros y saludables.⁸⁴

Entre la gama de convenios de la OIT más relevantes para el tratamiento de la salud e higiene en el trabajo, destacan particularmente los siguientes: Convenio 121 relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales,⁸⁵ b) Convenio 130 sobre la asistencia médica y las

82. *Ibíd.*, Trigésimo quinto período de sesiones, Observación general No. 18, «El derecho al trabajo», doc. E/C.12/GC/18, párr. 1, 2 y 7, Ginebra, 2005.

83. CRBV, art. 87.

84. Organización Internacional del Trabajo (OIT), Sesión de Conferencia Nonagésima Quinta, Recomendación 197 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, Ginebra, 15 de junio de 2006.

85. *Ibíd.*, Sesión de Conferencia Cuadragésima Octava, Convenio 121 sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Ginebra, 8 de junio de 1964. Entrado en vigor el 28 de julio de 1967.

prestaciones monetarias de enfermedad,⁸⁶ c) Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos,⁸⁷ d) Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente del trabajo, e) Convenio 161 sobre servicios de salud en el trabajo⁸⁸ y f) Convenio 187 sobre el marco provisional para la seguridad y salud en el trabajo.

Salud-seguridad social

Los sistemas del trabajo al igual que los sistemas de la seguridad social han tenido como basamento político-normativo el sistema capitalista, implicando así la estratificación social y el tratamiento diferenciado de personas y grupos sociales. Sandra Liebenberg se refiere al sistema de la seguridad social como un intento de humanizar los estragos del sistema capitalista en las clases obreras, protegiéndolas de la miseria a través de prestaciones garantizadas ante contingencias socioeconómicas presentes y futuras.⁸⁹

La Observación general No. 19 señala que el derecho a la seguridad social comprende el derecho a obtener y mantener protección social (atención de salud, vejez, desempleo, accidentes laborales, prestaciones familiares, maternidad, discapacidad, supervivientes y huérfanos) sin discriminación alguna ante contingencias y riesgos en el trabajo y por razones de salud, enfermedad, incapacidad, maternidad, vejez y muerte.⁹⁰ La Constitución define el derecho a la seguridad social, como:

servicio público de carácter no lucrativo, que garantice salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales,

86. *Ibíd.*, Sesión de Conferencia Quincuagésima Tercera, Convenio 130 relativo a la prestación médica y las prestaciones monetarias de enfermedad, Ginebra, 25 de junio de 1969. Entrado en vigor el 27 de febrero de 1972.

87. *Ibíd.*, Sesión de la Conferencia Quincuagésima Novena, Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos, Ginebra, 24 de junio de 1974. Entrado en vigor el 10 de junio de 1976.

88. *Ibíd.*, Sesión de la Conferencia Sexagésima Séptima, Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente, Ginebra, 22 de junio de 1981. Entrado en vigor el 11 de agosto de 1983.

89. Sandra Liebenberg «La seguridad social como derecho humano», en Ann Blyberg y Daniel Ravindran, coord., *Círculo de derechos. Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Washington, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos / Asian Forum for Human Rights and Development, 2000, p. 226.

90. CDESC, Trigésimo noveno período de sesiones, Observación general No. 19, «El derecho a la seguridad social», en doc. E/C.12/GC/19, párr. 1, Ginebra, 2007.

pérdida de empleo,, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.⁹¹

Al igual que el derecho a la salud se define como un derecho social fundamental que resulta en instrumento esencial para crear cohesión social y reforzar el ejercicio de otros derechos.⁹² La seguridad social inaccesible e inadecuada afecta el ejercicio integral de otros derechos humanos asociados a las condiciones de vida, la inclusión social y el bienestar individual y social. Las medidas sanitarias tanto de corte preventivo como asistencial hacen parte del contenido normativo del derecho humano a la seguridad social pero bajo el dominio del enfoque biomédico. Lo que representa todo un reto para el desarrollo y consolidación del sistema de seguridad social que establece en la Constitución de 1999.

Salud-medioambiente saludable

La Constitución establece que la protección y preservación del ambiente es un derecho y deber de cada generación en beneficio de sí misma y del mundo futuro. «Toda persona tiene derecho individual y colectivo a disfrutar de una vida y de un ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado».⁹³ La salud está más protegida en la medida en que el medio ambiente también está protegido de factores (biológicos, químicos, físicos, sociales, económicos, culturales) determinantes del deterioro de las condiciones ambientales y los recursos naturales. Deterioro que en la mayoría de los eventos y circunstancias se encuentra asociado a la actividad humana.⁹⁴

En palabras de Breilh, opera un metabolismo entre ambiente y salud que amplía las relaciones personales a condicionantes socioeconómicos y socioculturales que a la vez son parte del sistema de acumulación de capitales dominante explotador humano y depredador de la naturaleza. La expansión de la agroindustria y la contaminación del agua y los alimentos tiene una clara incidencia en la proliferación de enfermedades diarreicas que afectan la salud, principalmente, de los grupos y comunidades en condiciones de mayor vulnerabilidad y exclusión social. En igual sentido, la contaminación del suelo impacta la inocuidad de la producción de alimentos y fuentes naturales de agua tan necesarios para la vida y la salud. La contaminación del aire asociada a la expansión industrial, el fenómeno de la urbanización y el rápido crecimiento

91. CRBV, art. 86.

92. *Ibíd.*, párr. 6 y 28.

93. CRBV, art. 127.

94. El PIDESC establece en el art. 12, aparte 2.b, sobre el derecho a la salud, que «entre las medidas que deberán adoptar los Estados parte en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para [...] b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medioambiente».

poblacional son también factores de incidencia de las afecciones respiratorias de salud que afectan las capacidades personales y colectivas.

Para las generaciones futuras implica además riesgos asociados a la reducción de fuentes naturales de agua y alimentos para la vida en el planeta tierra, la contaminación atmosférica y el calentamiento global, afectándose la sostenibilidad de los ecosistemas y la biodiversidad. Como también, las condiciones y posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades vitales.

En el plano regional, la Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible establece que los Estados deben promover un medio ambiente sano y contar con servicios públicos básicos. Además de contemplarse el derecho a un ambiente sano, se imputa al Estado obligaciones generales de garantizar y adoptar medidas de protección de los ecosistemas y de fomento de actividades productivas y procesos de desarrollo que sean respetuosos de los derechos humanos y la naturaleza. No obstante, al igual que en la salud colectiva son muchas las reuniones y conferencias mundiales celebradas hasta la fecha a favor del ambiente sano, como también los instrumentos mundiales y regionales aprobados por los Estados, con deberes específicos de protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente y la vida en el planeta tierra pero los resultados develan la hipocresía discursiva e inacción estatal que impera.

Salud-integridad física, psíquica y moral

El derecho a la integridad personal busca la protección física, mental y espiritual de las personas en interrelación con los derechos a la salud y la vida. Según la CRBV el derecho a la prohibición de la tortura, implica que toda persona tiene derecho a: a) ser respetada en su integridad física, psíquica y moral, en consecuencia, ninguna persona puede ser sometida a penas, torturas o tratos crueles, inhumanos y degradantes; b) ser tratada con respeto y dignidad sobre todo cuando se encuentre en condiciones de mayor vulnerabilidad; c) no ser sometida a experimentos científicos o exámenes médicos o de laboratorio sin su libre consentimiento salvo que con ello ponga en riesgo su vida o por otras circunstancia de ley.⁹⁵

En ese orden la relatoría sobre derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en relación con la salud materna afirma que el derecho a la integridad personal es un derecho esencial para el disfrute de la vida humana y el mantenimiento de la salud de las personas. La provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna a favor de la

95. *Ibíd.*, art. 46.

mujer hace parte del derecho a la salud y opera como garantía del derecho a la integridad personal de las mujeres.⁹⁶

Salud-información

El derecho a la información es un derecho fundamental que también actúa como garantía de otros derechos. En el derecho a la salud es necesario, en función de generar conciencia sobre los deberes institucionales de regular, producir y difundir información relacionada con cuestiones de salud de interés público y colectivo, además de aportar datos y otros elementos de análisis necesarios para la rendición de cuentas institucional. En el plano personal comprende el derecho a buscar y recibir información sobre salud particular y familiar. Incluye además el derecho de tomar decisiones libres e informadas sobre estilos de vida, opciones, procedimientos, riesgos y tratamientos de salud médica y alternativa.

La Observación general No. 14 establece que el derecho a la información comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas sobre cuestiones de salud, sin que se llegue a menoscabar el derecho de confidencialidad de los datos personales sobre la salud individual.⁹⁷ La Constitución, por su parte, dispone que toda persona tiene el derecho a presentar o dirigir peticiones ante cualquier autoridad, funcionario(a) público(a) sobre asuntos que sean de su competencia, y a obtener oportuna y adecuada respuesta.⁹⁸ El ejercicio de este derecho no solo permite el acceso a información de interés personal-colectiva, promueve la participación y la implementación de acciones que favorecen la transparencia institucional, la rendición de cuentas, la prevención y la protección del derecho a la salud.

Salud-participación

El ejercicio efectivo del derecho a la participación comunitaria y social en salud fortalece el desarrollo de sistemas de salud más garantistas, inclusivos y responsables en la rendición de cuentas institucional. Posibilita los procesos de formulación y evaluación participativa de la política, programas y planes de salud, además de favorecer su legitimación y asegurar sustentabilidad. Todo sistema de salud que se califique universal, gratuito, integral, equitativo y solidario, como el venezolano, debe fomentar y fortalecer la participación social

96. OEA; Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Relatoría sobre los derechos de la mujer sobre «Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos», OEA/Ser. L/V/II, doc. 69, párr. 22 y 23, 2010, en *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, <<http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>>. Fecha de consulta: mayo de 2012.

97. CDESC, Observación general No. 14, párr. 3 y 12 (IV).

98. CRBV, art. 51.

y comunitaria en salud. Es obligación del Estado crear las condiciones para el fomento y la garantía de la participación social y comunitaria, como también prohibir medidas de discriminación en contra de la participación de determinados grupos o sectores.⁹⁹ La CRBV dispone: «La participación del pueblo en la formación, ejecución y control de la gestión pública es el medio necesario para lograr el protagonismo que garantice su completo desarrollo, tanto individual como colectivo. Es obligación del Estado y deber de la sociedad facilitar las condiciones más favorables para su práctica».¹⁰⁰

Histórico y dinámico

El desarrollo normativo del derecho humano a la salud ha sido producto de luchas históricas, gracias a las cuales se atribuyen obligaciones legales al Estado, pero además es herramienta de emancipación social de los pueblos. Inicialmente concebido en términos dualistas, y delimitado al tratamiento de enfermedades y afecciones físicas de la salud en el ámbito de lo privado, su garantía se extiende al ámbito de lo público, con reconocimiento del enfoque integral y relacional de la salud. En Venezuela está además codificado como un derecho social fundamental exigible ante los órganos de los poderes públicos del país e instancias internacionales de protección de los derechos humanos, con un contenido normativo extensible de cara a los nuevos contextos adversos y a favor de la vida y la salud.

Irrenunciable y obligatorio

La titularidad para hacer exigible el derecho humano a la salud es irrenunciable y obliga al Estado venezolano a prevenir, proteger, respetar, garantizar, regular, gestionar y sancionar a favor de su goce efectivo. Las obligaciones a cargo del Estado le son vinculantes y tienen prioridad política, legal, social y cultural. De acuerdo con el marco constitucional vigente la obligación de promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios, supone al Estado venezolano asumir la rectoría, financiamiento y gestión del Sistema Público Nacional de Salud.¹⁰¹ Estas normas son de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del poder público nacional, estatal y municipal.

99. Asamblea General de las Naciones Unidas, Sexagésimo segundo período de sesiones, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. A/62/214, párr. 84, Ginebra, 2007.

100. CRBV, art. 62.

101. *Ibíd.*, art. 83, 84 y 85.

Principios rectores

En palabras de Luigi Ferrajoli, los principios orientan el deber ser del derecho y las condiciones de su existencia, incluidas las opciones y condiciones de validez formal y material de las normas. Además, otorgan sentido a la vinculación entre los derechos humanos y los procesos democráticos.

«La subordinación de la ley a los principios constitucionales equivale a introducir una dimensión sustancial no solo en las condiciones de validez de las normas, sino también en la naturaleza de la democracia, para la que representa un límite, a la vez que la completa».¹⁰²

La CRBV reconoce como principios rectores de actuación del Estado y los derechos humanos, la igualdad y la no discriminación,¹⁰³ la indivisibilidad e interdependencia, y la progresividad.¹⁰⁴ En el derecho a la salud reconoce además como principios institucionales, la gratuidad, la universalidad, la integridad, la solidaridad, la equidad, la participación y la integración social.¹⁰⁵ Principios que han de orientar la brújula política, legislativa, judicial y ciudadana en torno al acceso a bienes y servicios de salud, el desarrollo de la dimensión social y colectiva en salud, el fomento de la participación comunitaria, la creación de condiciones sustentables, y el goce efectivo de este derecho en igualdad de condiciones y medios.

Igualdad y no discriminación

De Sousa Santos ha señalado que tenemos derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza y tenemos derecho a ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza. «Una lucha por la igualdad tiene que ser también una lucha por el reconocimiento de la diferencia, porque lo importante no es la homogenización sino las diferencias iguales» (B. De Sousa Santos, 2006: 53). Este autor devela la necesidad de revisar el principio de la igualdad y con ello el reconocimiento de las diferencias. Las interpretaciones sobre igualdad suelen ocultar las diferencias y las desigualdades, homogenizando a las personas y los grupos en un concepto de suje-

102. Luigi Ferrajoli, «Pasado y futuro del estado de derecho», en Miguel Carbonell, edit., *Neo constitucionalismo(s)*, Madrid, Trotta, 2003, p. 19.

103. La CRBV, en el art. 21, reconoce que todas las personas son iguales ante la ley y para hacerlo real, se deben adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables. Se protegerá especialmente a aquellas personas que por motivos prohibidos se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y, los abusos y maltratos que contra ellos se comentan serán sancionados.

104. *Ibíd.*, art. 19.

105. *Ibíd.*, art. 84.

to universal de derechos, reducido al género masculino, heterosexual, propietario, educado, blanco, y occidental. Descontextualizado de sus necesidades particulares, contextos y realidades sociales, culturales y territoriales.

Esta monocultura del conocimiento tiene como respaldo la legislación de la igualdad en la que todas las personas se definen iguales ante la ley y los derechos se aplican sin discriminación de índole alguna.¹⁰⁶ Sin embargo, las leyes, las instituciones, las prácticas, las relaciones institucionales y ciudadanas se estructuran en función de patrones y modelos sociales, culturales, económicos, políticos e ideológicos que generan jerarquización y subordinación, y reproducen las desigualdades y la exclusión en los espacios de la convivencia familiar, social y ciudadana, laboral, entre géneros, entre generaciones, entre etnias, entre Estado y pueblo, y entre Estados.¹⁰⁷

La renovación teórica del principio de igualdad pasa ciertamente por el reconocimiento de las diferencias y las relaciones de poder e intereses que favorecen su conversión a desigualdades y exclusión. El CDESC en la Observación general No. 14, señala que el principio de igualdad no resulta solamente en la prohibición de discriminaciones en el acceso a la atención de salud y los factores determinantes básicos de la salud, supone la creación de condiciones y medios a cargo del Estado para que todas las personas tengan acceso igual y oportuno a los bienes y servicios de salud en términos individuales y colectivos, y especialmente a favor de personas y grupos en condiciones de vulnerabilidad, incluso, con condiciones financieras adversas. Se deben establecer criterios de inclusión social como la perspectiva de género, el principio de la prioridad absoluta a favor de niños, niñas y adolescentes, y el reconocimiento del enfoque integrado (socio-biológico-cultural) de salud.¹⁰⁸ No obstante, no deja de ser una lectura de la vulnerabilidad y la desigualdad social-sanitaria centrada en efectos nocivos, riesgos y barreras, ocultándose la génesis de las condiciones de vida y modos sociales que ubica a esos grupos sociales en situaciones y condiciones que afectan el goce efectivo del derecho a la salud.

106. La discriminación se entiende como cualquier distinción, exclusión o restricción, que por diversas causas tenga como objeto y efecto impedir o dificultar el reconocimiento y ejercicio de los derechos y las libertades fundamentales.

107. B. De Sousa Santos distingue seis espacios estructurales donde se generan seis distintas formas de poder: a) El espacio-tiempo doméstico donde la forma de poder es el patriarcado; b) el espacio-tiempo de la producción, donde el modo de poder es la explotación; c) el espacio-tiempo de la comunidad, donde la forma de poder es la diferenciación desigual; d) el espacio estructural del mercado, donde la forma de poder es el fetichismo de las mercancías; e) el espacio-tiempo de la ciudadanía, llamado también espacio público, donde la forma de poder es la dominación y; f) el espacio-tiempo mundial en cada sociedad, incorporado en cada país, donde la forma de poder es el intercambio desigual.

108. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 17-27.

Progresividad y no regresividad

La progresividad encuentra vínculo con el carácter dinámico e histórico de los derechos humanos. En el derecho humano a la salud supone la posibilidad de expandir su contenido y alcance en respuesta a las necesidades, intereses y contextos particulares vigentes. Los logros alcanzados son además irreversibles, en consecuencia, los elementos del derecho a la salud y las obligaciones deben mantenerse al menos en los niveles vigentes de aplicación.¹⁰⁹ Bajo ninguna circunstancia, ni siquiera, en situación de limitación de recursos económicos, debe convertirse en posibilidad de desregularización o regresividad. De hecho, los contenidos mínimos esenciales del derecho y de las obligaciones a cargo del Estado representan un piso de inviolabilidad jurídica. Se constituyen en punto de inicio más no de llegada.

La CRBV establece: «El financiamiento del Sistema Público Nacional de Salud es obligación del Estado. [...] El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria».¹¹⁰ De manera que las limitaciones de medios o recursos no deben convertirse en motivo o justificación del incumplimiento estatal.

Participación

La participación protagónica del pueblo como principio interpretativo del derecho humano a la salud permite rescatar el sentido emancipador perdido. El protagonismo de las comunidades y la sociedad en general supone sujetos activos para la toma de decisiones determinantes de condiciones de vida y salud humana y natural, y posibilita el desarrollo del derecho desde abajo, desde las necesidades e intereses de los grupos sociales históricamente explotados, subordinados, discriminados y excluidos.

La perspectiva *desde abajo* contribuye también a revelar los riesgos paternalistas y potestativos presentes en la garantía institucional de los derechos sociales, otorgándole un sentido diferente. En el derecho a la salud, permite, por ejemplo, comprenderlo más que como derecho a prestaciones sociosanitarias, como derecho a la participación activa del goce, protección y exigencia. «No hay tutela de los derechos sin instituciones obligadas a garantizarlos, pero no hay instituciones obligadas en ausencia de sujetos capaces de obligarlos». La participación social resulta así en indicador de la eficacia del sistema de garantías institucionales, y también de la legitimidad democrática del ordenamiento jurídico vigente.¹¹¹

109. Asamblea General de Naciones Unidas, Sexagésimo segundo período de sesiones..., párr. 29.

110. CRBV, art. 83 y 85.

111. Gerardo Pisarello, «Los derechos sociales y sus garantías: Notas para una mirada desde abajo», en Cristian Courtis y Ramiro Ávila, comp., *La protección judicial de los derechos sociales*, Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Edic. Santamaría, 2009.

CAPÍTULO III

(De)construyendo el derecho humano a la salud

¿QUÉ COMPRENDE EL DERECHO A LA SALUD?

En el capítulo anterior se hizo énfasis en la necesidad de entender los significados y concepciones que subyacen en la definición del derecho humano a la salud, dejando en claro que la relación de interdependencia con otros derechos y libertades resulta en algo más que cuidados de la salud. Supone una alianza entre garantías y obligaciones que atienda parámetros de redistribución pero también transformativos de las condiciones, los modos y las estructuras determinantes de la violación sistemática del derecho humano a la salud y de los derechos humanos en salud. De allí la motivación central de expandir su contenido y alcance a parámetros de determinación social de vida, salud y bienestar colectivo, de la mano del acceso a condiciones, bienes y servicios. Reto que tiene como marco los nuevos postulados constitucionales que definen al Estado venezolano como soberano, democrático y social, de derecho y de justicia.

Contenido del derecho humano a la salud

La idea de contenidos esenciales da cuenta de cuáles son o deben ser los presupuestos básicos de exigibilidad judicial y efectividad en el plano real. Su importancia radica en que da a conocer qué comprende específicamente el derecho a la salud y qué significados se le atribuyen, ya que desde allí se definen las obligaciones legales y garantías jurídicas y políticas, aunque no deben asumirse como estándares únicos ni definitivos.

Derecho internacional de los derechos humanos

La doctrina y la jurisprudencia internacional tienen un valor clave como fuentes de derecho, en particular, el CDESC ha desarrollado una base teórica de valor jurisprudencial sobre este grupo de derechos, a través de las recomen-

daciones y observaciones generales. Específicamente, la Observación general No. 14 sobre el derecho humano al disfrute del nivel más alto posible de salud, interpreta el significado y el contenido normativo de este derecho con fundamento en el art. 12 del PIDESC, dando pie además a la clasificación y definición de las obligaciones a cargo de los Estados parte.

Establece que el derecho a la salud además de entrañar libertades y derechos, comprende una gama de factores cuyo goce resulta determinante para las condiciones integrales de vida y salud de las personas y los grupos sociales. Entre las libertades incluye el derecho a controlar el cuerpo y la salud (libertad genésica y sexual), y no ser sometido a torturas, tratamientos y experimentos médicos no consentidos. Entre los derechos incluye disponer y acceder a un sistema de protección de salud y servicios que brinden igualdad de oportunidades para el disfrute del nivel máximo posible de salud.¹¹² Entre los determinantes básicos de la salud, identifica el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas y seguras en el trabajo y el medio ambiente, y el acceso a educación e información sobre cuestiones de la salud. Como también, la distribución de los recursos, las diferencias y las desigualdades basadas en el género, las inequidades socioeconómicas y derivadas de contextos de violencia y conflictos armados, y la participación de la población en los procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la salud en los ámbitos comunitario, nacional e internacional.¹¹³

La Observación general establece cuatro elementos esenciales e interrelacionados constitutivos del derecho a la salud. A saber, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la adecuación o calidad de los bienes y servicios de salud, incluidos los factores determinantes de la salud.

Disponibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, los centros de atención a la salud y los programas sanitarios deben ser disponibles en número suficiente, incluso, factores determinantes como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal técnico y profesional capacitado y bien remunerado, y medicamentos esenciales.

112. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 8.

113. *Ibíd.*..., párr. 4, 10 y 11.

Accesibilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud, incluidos los determinantes subyacentes de salud, deben ser accesibles a todas las personas sin discriminación de índole alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. Comprende cuatro dimensiones superpuestas:

- **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles (de hecho y de derecho) a todas las personas y especialmente a los grupos y sectores en condiciones vulnerables y marginales, sin discriminación alguna por motivos de raza/etnia, color, sexo/género, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, condición de salud, situación política, social, cultural o de otra índole, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo de la igualdad en el ejercicio del derecho.
- **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población y especialmente en beneficio de los grupos en condiciones vulnerables y marginales, como minorías étnicas y poblaciones indígenas, mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas mayores, personas con alguna discapacidad, minorías sexuales y personas que viven con VIH/sida, etc. También supone que los servicios médicos y los factores subyacente determinantes de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en zonas rurales, y que el acceso a edificios públicos para las personas con discapacidad sea adecuado.
- **Accesibilidad económica o asequibilidad:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance económico de todas las personas, por lo que los pagos por servicios de atención a la salud y asociados a los determinantes básicos de la salud, deben sustentarse en el principio de la equidad.
- **Acceso a información:** implica el derecho a solicitar, recibir y difundir información acerca de cuestiones asociadas a la salud, sin que ello suponga el menoscabo del derecho a la confidencialidad de datos personales sobre salud.

Aceptabilidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados culturalmente, respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas,

las minorías, los pueblos y las comunidades, y sensibles a los requisitos de género y el ciclo generacional.

Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico, técnico y médico; por lo que es necesario disponer al menos de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente apropiados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.¹¹⁴

Esta definición de elementos constitutivos del derecho a la salud se hace desde la perspectiva de integralidad e interdependencia, permitiendo así extender la protección jurídica a prestaciones no necesariamente sanitarias asociadas a condiciones integrales de vida saludable. No obstante, bajo el dominio del enfoque biomédico, el control de riesgos sociosanitarios, y la protección de los grupos con vulnerabilidades específicas. La referencia a determinantes subyacentes de la salud aunque revela la naturaleza relacional del derecho a la salud, se hace desde la dimensión individual. Lo que precisamente cuestiona el movimiento latinoamericano de salud colectiva y la epidemiología crítica, al actuar sobre factores externamente conectados y no a favor de cambios estructurales.

La satisfacción de necesidades asociadas a la salud se garantiza a través de prestaciones que aseguren disponibilidad y accesibilidad universal, servicios, facilidades, bienes y recursos sanitarios adaptados a requerimientos científicos, técnicos y culturales; y extendidas a los determinantes subyacente de la salud, sin la pretensión política de trascender las realidades de inequidad e injusticia social que hacen parte de las condiciones de vida y el ejercicio del derecho a la salud.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

En la Constitución, el acceso universal y sin discriminación a bienes, servicios, recursos y condiciones de vida y salud, hace parte del contenido esencial del derecho a la salud, y la creación del Sistema Público Nacional de la Salud (SPNS) su garantía. Comprende el derecho a un sistema de salud universal, solidario, equitativo, integral e integrado a la seguridad social, que ga-

114. *Ibíd.*, párr. 12-13.

rantice la promoción, la prevención y la protección de salud mediante el acceso a bienes y servicios, y condiciones de vida saludable y bienestar colectivo.

De la interpretación de los art. 83, 84, 85 y 86 de la CRBV, se concluye:

- El SPNS se constituye en garantía del derecho humano a la salud y el Estado venezolano en garante de su rectoría y gestión, incluido el control y la regulación de las instituciones y las prestaciones públicas y privadas de salud. Está facultado para establecer obligaciones a actores estatales y no estatales en relación con la prestación de los servicios directa e indirectamente relacionados con la salud.
- La universalidad, la solidaridad, la equidad, la participación, la integralidad y la sustentabilidad resultan en principios rectores del SPNS. *La universalidad* supone que el acceso a los bienes y servicios no debe estar condicionado. *La solidaridad* opera entre los grupos sociales. *La equidad* social, económica, cultural y territorial se constituye en piedra fundacional del SPNS. *La participación* activa de las comunidades y la sociedad promueve el empoderamiento de los grupos sociales y comunidades, en tanto favorece la transparencia y la rendición de cuentas institucional de las políticas, planes y programas de salud u otras acciones en salud desde abajo, es decir, desde las necesidades, intereses y coordinadas diferentes a las del poder constituido. *La integralidad* entre el goce del derecho a la salud y los derechos humanos en salud, entre lo biológico, lo social, lo cultural y lo ambiental, y entre la dimensión individual y colectiva de la salud. *La sustentabilidad* comprende condiciones necesarias para asegurar la viabilidad presente y futura.
- Los cuatro elementos institucionales (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación) que establece la Observación general No. 14 están comprendidos en las características que definen las prestaciones del SPNS.
- La prohibición de la privatización de los bienes y servicios públicos de salud, financiamiento suficiente para la implementación y desarrollo de las políticas del sector salud y la gestión del SPNS, el mantenimiento de las instalaciones y equipamiento público sanitario, la participación protagónica de las comunidades, y la creación de una industria nacional de producción de insumos sanitarios, se constituyen en garantía para la sustentabilidad del SNPS.
- La promoción y la prevención en salud tiene prioridad jurídico-política y se expresa en la interacción entre el derecho a la salud y el derecho a la vida saludable. También entre las políticas u otras medidas orientadas a elevar la calidad de vida y garantizar el bienestar colectivo. Supone la correlación de elementos de control (prestaciones de asistencia a la salud y relacionadas con la salud), y de promoción y prevención de los procesos determinantes (protectores-destructivos) de vida y salud.

- La inclusión del SPNS en el sistema de la seguridad social venezolana incorpora en el accionar institucional parámetros de solidaridad y corresponsabilidad social, intersectorialidad e interinstitucionalidad, rendición de cuentas, equidad y justicia social.

ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD

El alcance se explica a través del carácter integral e inclusivo, complejo, dinámico y multidimensional del derecho a la salud, expresado en la relación con el derecho a una vida saludable y otros derechos humanos, con los procesos determinantes de vida y salud de las personas y sus familias, las colectividades y las poblaciones. Paul Hunt, en varios de los informes de la relatoría especial del CDESC sobre el derecho a la salud afirma que el alcance de este derecho resulta extensivo a factores determinantes básicos de las condiciones de vida y salud de las personas.¹¹⁵ No obstante, siguiendo la línea argumentativa de Breilh, la lectura que hace Hunt resulta en otra explicación que fragmenta el proceso complejo de la determinación social de la salud, centrado en relaciones causales vistas como factores, incluso, estructurales, pero sin interactuar con los procesos sociales y productivos dominantes asociados a la reproducción sistemáticamente de condiciones de inequidad e injusticia social en salud.

Determinación social de la salud y la vida

En el capítulo primero se hizo referencia a dos corrientes conceptuales que desde el campo de la salud social y colectiva promueven visiones diferentes: el enfoque de los determinantes sociales de la salud y la perspectiva de la determinación social de la salud. El enfoque posicionado y asumido por el CDESC en la Observación general No. 14 y las relatorías especiales es el de los determinantes sociales de la salud. Vistos como factores que interactúan entre sí constituyentes del ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas y los grupos, pero de forma superficial tan solo como asociación de elementos. Quizás el problema mayor se presenta con el desarrollo de la dimensión social concebida en lógica individual de riesgos y efectos inmediatos y externos

115. Paul Hunt, Informe de Relatoría Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. E/CN.4/2004/49, párr. 61 y 64, Ginebra, 2004.

del dinamismo y la complejidad que caracteriza los procesos protectores y destructores de salud. Igual ocurre con los grupos sociales reconocidos como titulares de derechos, con características comunes de vulnerabilidad definidas en términos abstractos y distantes de los contextos y realidades específicas.

Para Breilh, las versiones conceptuales más recientes sobre los determinantes sociales de la salud representan una reedición de los principios lineales del causalismo empírico, asumido ahora en capas de análisis multinivel explicadas bajo la metodología de causas de las causas, resultando en una asociación de resultados de la salud (morbilidad y mortalidad) en tres niveles de determinantes individuales: factores biológicos, estilos o conductas, exposición a riesgos.¹¹⁶ En coincidencia con este autor y en el espíritu de afirmar algo diferente, la explicación del alcance del derecho a la salud en vez de hacerse desde el enfoque de los determinantes sociales, se hace desde la perspectiva de determinación social de la vida y la salud.

En este enfoque la determinación social se define como un proceso complejo y multidimensional que interactúa en tres dimensiones espaciales determinantes:

- La dimensión general, corresponde a la determinación del sistema de acumulación y matriz de las relaciones de producción y reproducción social, las políticas y demás expresiones del Estado, y los procesos generales de la cultura;
- La dimensión particular, atiende las condiciones estructurales de los modos de vida (relaciones de poder, clases sociales, género y origen étnico) de los grupos con sus patrones de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y los patrones de vulnerabilidad de dichos procesos;
- La dimensión singular, expresa los estilos de vida de las personas y los procesos biológicos. Mientras que los procesos de las dimensiones general y particular suelen reproducir las condiciones de vida y salud de los grupos, los procesos de la dimensión singular tienden a generar nuevas condiciones.¹¹⁷

Este esquema tridimensional de la determinación social de la salud explica dialécticamente los procesos y las relaciones determinantes de las condiciones en que el derecho a la salud se ejerce. El derecho de acceder a bienes, servicios y facilidades se encuentra conectado con la posibilidad de disponer

116. *Ibíd.*

117. J. Breilh, «Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política», en Seminario Rediscutiendo la cuestión de la determinación social de la salud, Salvador de Bahía, Centro Brasileiro de Estudios de la Salud, 19-20 de marzo, 2010b, en *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES*, <http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3228/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_2.3lp/Diez_tesis_sobre_la_determinacion_social_de_la_vida11.pdf>. Fecha de consulta: junio de 2012.

y generar condiciones de bienestar integral, entornos de vida y trabajo, modos sociales y estilos personales, que hacen parte de un movimiento de procesos generales (protectores y destructores) de la salud y la vida humana y natural. En tal sentido, es necesario que el alcance se comprenda como elementos que llenan de contenido el derecho a la salud en niveles diferentes que interactúan, como un todo continuo, y no solo como elementos vistos en niveles o capas que ocultan el todo.

Dimensión general: injusticia e inequidad en salud

En el pensamiento de Amartya Sen la equidad en salud debe quedar incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de justicia.¹¹⁸ Además de vincularse con una distribución equitativa del poder y los recursos, este autor señala que la equidad se relaciona con la creación de condiciones sociales saludables y el desarrollo de capacidades humanas que posibiliten el disfrute de una vida sana, sin enfermedades o sufrimientos prevenibles ni mortalidad prematura. No disponer de igualdad de oportunidades en el acceso a condiciones, bienes y servicios, supone desiguales capacidades y libertades en el logro de una buena salud.

El dilema sobre equidad y justicia en salud se convierte así en un problema de distribución de recursos, bienes y poder, como también de igualdad de oportunidades y condiciones de vida saludable, pero ciego ante la crisis del sistema mundo y del modelo de sociedad (explotadora, extractivista, patriarcal y monocultural) que subyace en los procesos constitutivos de las inequidades y las desigualdades que hacen parte de la violación sistemática del derecho humano a la salud. Según Herrera Flores, es tiempo de que los derechos se hagan impuros en relación con las realidades sociales de sus titulares. Para avanzar hacia allá la equidad y la justicia social deben convertirse en parámetros referenciales de la cultura, donde la prevención y la protección del derecho a la salud tengan como correlato una praxis en salud profundamente democrática y socialmente responsable, solidaria, integral y sustentable. Es necesario que la distribución de bienes, servicios y recursos se acompañe de condiciones, modos, relaciones y procedimientos protectores de vida y salud, en tanto supone la transformación de las dinámicas y los procesos que reproducen la desigual-

118. Amartya Sen, podría decirse es el autor que en estos tiempos tiene mayor influencia en los postulados y señalamientos de justicia, equidad y desigualdad de la OMS/OPS. Señala que la pobreza es un fenómeno complejo y compuesto no solo de marginalidad y bajos ingresos, también de niveles bajos de educación, mala salud y mala atención de la salud. Amartya Sen, «¿Por qué la equidad en salud?», en *Revista Panamericana de Salud Pública: Revista electrónica*, No. 11, mayo-junio, 2002, p. 303, *Scientific Electronic Library Online*, <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>>. Fecha de consulta: junio de 2012.

dad y la vulnerabilidad humana (social, económica, cultural), territorial y de la naturaleza.

Dimensión particular: modos de vida determinados socialmente frente al acceso igual de oportunidades y condiciones de vida saludable

Los modos de vida resultan determinados socialmente y, a la vez, se convierten en determinantes colectivos de vida y salud, expresan la posición en la sociedad, el trabajo, la familia, los patrones de uso y consumo de bienes, las condiciones de reconocimiento de las identidades, las condiciones de soporte psicosocial y empoderamiento según la clase social, el sexo/género y el origen étnico. Están asociados a las condiciones y entornos de vida y trabajo, y ecosistemas saludables, capacidades de organización social, espacios de convivencia y recreación, y acceso a los bienes y servicios sanitarios y sociales (J. Breilh, 2010b) Las diferencias entre los modos de vida de las personas y los grupos, genera desigualdades y vulnerabilidades en el acceso a condiciones de vida saludable, en detrimento especialmente de grupos con carencias materiales e inmateriales, condiciones de opresión, dominación y exclusión.

El tratamiento legal y la gestión de las desigualdades y vulnerabilidades sociales suele resultar en lecturas sesgadas y fragmentadas de las realidades singulares y colectivas, reducido a la asistencia de grupos específicos (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores, mujeres, personas con enfermedades crónicas y en riesgo social, pueblos indígenas) caracterizados por elementos comunes que no escapan de la lógica abstracta. Las vulnerabilidades están definidas basándose en criterios globalizados sobre edad, incapacidad, sexo/género, condición biológica, condición social, origen étnico o cualquier otro, y las soluciones convertidas, por lo general, en medidas orientadas a neutralizar temporalmente la exposición a riesgos.

La apuesta por una sociedad para la vida, supone que existan territorios, pueblos, ciudades, comunidades, escuelas, ambientes de trabajo, entornos y condiciones de vida humana y natural saludables, pero además requiere elementos (normativos, políticos, sociales, económicas, culturales, ambientales) que conviertan lo saludable en sustentable. Breilh señala entre posibles condiciones la integralidad como ruptura de la lógica de focalización, la solidaridad en la reproducción social, la interculturalidad como ruptura con la cultura hegemónica eurocéntrica y, la soberanía como requisito autárquico de la vida.

El derecho a condiciones de vida saludable¹¹⁹ presume que estén establecidos parámetros de universalidad, equidad (social, de género y étnica,

119. La referencia a condiciones de vida saludable comprende: a) ejercicio integral de derechos sociales relacionados con satisfacción de necesidades básicas (vivienda digna, agua potable,

económica, territorial), solidaridad, integralidad entre lo biológico, lo social, lo cultural y la naturaleza, participación activa de las comunidades, progresividad y ciertamente, sustentabilidad. Presupuestos presentes en el espíritu y razón de los postulados constitucionales venezolanos.

Dimensión singular en interacción...

El poder individual determinante de la salud se asocia a las libertades que integran el contenido normativo del derecho a la salud. El estilo de vida comprende los patrones individuales y familiares de consumo y uso de bienes, las posibilidades y las capacidades personales de ejercer el libre albedrío en decisiones y acciones sobre cuestiones de salud-enfermedad que en dialéctica con las condiciones biológicas (carga genética, edad, sexo), sociales y naturales del entorno de vida y el orden social, resulta igualmente determinante en los procesos de vida y salud.

¿Grupos vulnerables o vulnerabilidades?

El reconocimiento específico del derecho a la salud a determinados grupos y sectores poblacionales da cuenta de una subjetividad diversa, pero también de la reproducción de vulnerabilidades sociosanitarias, socioeconómicas y socioculturales que impactan en detrimento del ejercicio del derecho a la salud y los derechos humanos en salud. Vulnerabilidades que suelen asociarse a condiciones biológicas (físicas-mentales), necesidades y factores (sociales, económicas, culturales, ambientales, territoriales e institucionales) señalados de manera fragmentada como si no existiera una relación dialéctica entre ellos y el sistema civilizatorio, abordados desde el asistencialismo, y, la prevención, asociada a riesgos de vulnerabilidad más que a la génesis de las inequidades y desigualdades en salud.

La invitación es entonces a avanzar hacia una interpretación de la vulnerabilidad que explique las condiciones de desventaja (biológica, social, económica, cultural, jurídica y política) desde la singularidad real en interacción

saneamiento sanitario, alimentación, cuidados de salud, educación, seguridad ciudadana, servicios de viabilidad y transporte público, recolección y tratamiento de desechos sólidos; b) naturaleza y características del trabajo, protección legal del trabajo, marco legal y medidas de higiene y seguridad laboral, prácticas justas de empleo y trabajo, organización de sindicatos; c) entornos sociales y naturales saludables (escuela, comunidad, espacios públicos de recreación y deporte, espacios naturales; d) acceso a conocimiento integral, desarrollo de capacidades personales y libre albedrío; e) sistema de salud universal, solidario, eficaz, eficiente, responsable, integrado.

con las relaciones y procesos sociales, económicos, culturales y políticos dominantes en la sociedad.

En la Observación general No. 14 del CDESC, las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades, los pueblos indígenas y las personas que viven en pobreza, se señalan como miembros de la sociedad en condiciones de vulnerabilidad. En otros informes de la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona a alcanzar el nivel más alto posible de salud, el CDESC hace referencia también a las personas que viven con VIH/sida, las personas con enfermedades desatendidas (tropicales o relacionadas con la pobreza), y las personas privadas de libertad. En general, están vistos como grupos o sectores sociales en condiciones y circunstancias específicas especialmente difíciles, resultando en mayor desventaja, precariedad y riesgos sanitarios, calificados como «sujetos de derecho que ameritan una protección especial».

Este enfoque de vulnerabilidad ciertamente ha permitido la definición de estándares específicos de protección del derecho a la salud en beneficio de grupos sociales tradicionalmente discriminados, excluidos e invisibilizados, pero la implementación resulta asistencialista y la protección judicial se orienta sobre todo a garantizar atención médica oportuna y acceso a medicamentos. Hay así una apuesta a la inclusión social pero no desde la sustentabilidad social. Para que sea posible es necesario promover la participación social y el empoderamiento de los grupos, dejar de ser beneficiarios y convertirse en sujetos activos en el ejercicio y exigencia del derecho a la salud.

CAPÍTULO IV

¿Cómo prevenir, garantizar y proteger la salud desde una lógica emancipadora?

¿CUÁLES SON LAS OBLIGACIONES EN EL DERECHO A LA SALUD?

El sistema de responsabilidad basado en la exigencia de obligaciones a cargo del Estado resulta el eje central del régimen de protección internacional, regional e interno de los derechos humanos. Las obligaciones direccionan y establecen límites al comportamiento estatal, su incumplimiento, por acción u omisión, directo o indirecto, genera violación de derechos e impone responsabilidades. En este capítulo se describe la tipología, naturaleza, contenido y alcance de las obligaciones en el derecho a la salud a cargo del Estado venezolano asumidas internacionalmente en el sistema universal y regional de protección de los derechos humanos e internamente en la CRBV. La lectura que se hace apuesta al reconocimiento de los avances y logros alcanzados pero también expone las limitaciones del enfoque de vulneración y sanción. Areli Valencia ofrece algunas claves que aquí se reivindicán referidas a la necesidad de:

- Avanzar diagnósticos que atiendan la génesis de la violación a los derechos;
- Generar conciencia sobre la prevención y no solo en torno a la sanción;
- Extender la responsabilidad internacional a actores no estatales;
- Asumir las limitaciones y riesgos que representa la vía judicial como único mecanismo aliado de la metodología de la vulneración (A. Valencia, 2010: 205).

Siguiendo estas pautas contextualizadas en el derecho humano a la salud y, concretamente, sobre el tema de este acápite: las obligaciones, es necesario hacer referencia específica al menos a tres planteamientos: 1. Basar la responsabilidad en materia del derecho humano a la salud exclusivamente en el Estado, deja por fuera el análisis de la correlación de fuerzas y poder que existe en y entre Estados, Estados y agencias internacionales de financiamiento, Estados y empresas transnacionales. Lo cual revela un discurso poco sincero en torno a los fines de justicia y bienestar colectivo, que ocultan las fuerzas e ideología que sustentan el régimen de protección de los derechos humanos en salud; 2. En capítulos anteriores se hizo referencia a la necesidad

de acciones para la salud y el derecho a la salud no reducidas a efectos y que supongan cambios en la génesis de las afectaciones más frecuentes, siendo clave el abordaje desde las obligaciones legales y los deberes y compromisos institucionales que comprenden también los procesos de cambio asociados a la determinación social de la salud; 3. Por último, y en relación con lo anterior, el régimen de responsabilidad por violación del derecho humano a la salud sigue pensado y desarrollado para sancionar y reparar individualmente los daños inmediatos de las afectaciones, siendo priorizados los deberes de investigar, sancionar y reparar resultados, en tanto se postergan los deberes de prevenir, amparar, promover, proveer, facilitar y transformar condiciones para la vida y la salud.

Los instrumentos sobre derechos humanos vinculantes a Venezuela, ratificados y suscritos por el Estado, las sentencias, decisiones, observaciones y recomendaciones que emanan de sus órganos e instancias, resultan en obligaciones y deberes legales a cargo del poder público nacional (político, legislativo, judicial, electoral y ciudadano), estatal y municipal, y en elementos interpretativos de dichas obligaciones. En particular interesa centrar la atención en el PIDESC, las observaciones generales del CDESC sobre el PIDESC, la CADH, el Protocolo de San Salvador de la CADH, el desarrollo doctrinario y jurisprudencial que hay al respecto, y en el plano interno la Constitución.

Sistema Universal de Derechos Humanos

Obligaciones generales

El art. 2 del PIDESC establece obligaciones generales de garantizar y de adoptar medidas, que a la vez incluyen obligaciones de resultado que exigen cumplir al Estado con objetivos específicos derivados de normas sustantivas concretas, por ejemplo, la reducción de la mortalidad materna según los estándares internacionales; y las obligaciones de conducta o comportamiento que exigen acciones racionalmente concebidas que aseguren el ejercicio del derecho a la salud, por ejemplo, la aprobación y ejecución de un plan de acción para la reducción de la mortalidad materna prevenible. También se establecen obligaciones de respeto que imponen al Estado el cumplimiento inmediato del deber de no obstaculizar o negar el goce efectivo de los derechos.¹²⁰

120. CDESC, Quinto período de sesiones, Observación general No. 3 «La índole de las obligaciones de los Estados parte», doc. E/1991/23, 1990, párr.1, Ginebra, 1990.

En términos del art. 2:

1. Cada uno de los Estados parte en el presente pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.
2. Los Estados parte en el presente pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Las obligaciones de cumplimiento progresivo compartidas, mas no exclusivas de los derechos económicos, sociales y culturales, imponen al Estado adoptar medidas que si bien tienen como característica la realización paulatina, deben ser deliberadas, concretas y dirigidas a la plena realización del derecho a la salud. La progresividad no debe entenderse como posibilidad para privar de contenido a las obligaciones básicas en el derecho a la salud. Por el contrario, debe prevalecer el carácter expedito y debe asegurarse la mayor efectividad posible. Mientras que las obligaciones de cumplimiento inmediato, por ejemplo, la prohibición de discriminación en salud, imponen siempre la inmediatez en la conducta estatal.¹²¹

En los principios de Limburgo y las observaciones generales No. 3 y 14 del CDESC, se hace un ejercicio interpretativo del art. 2 del PIDESC con varias apreciaciones que en el derecho a la salud presupone:

- Adopción de medidas [...] por todos los medios apropiados» hace referencia a la obligación inmediata de cumplir y garantizar el derecho a la salud y los derechos humanos en salud. Se contempla el uso de todos los medios disponibles incluyendo medidas legislativas, medidas judiciales, institucionales y propiamente sanitarias, financieras, sociales, culturales y ambientales, favorecedoras y protectoras de vida y salud.
- Hasta el máximo de los recursos de que se disponga» comprende el deber de utilización eficaz y equitativa de los recursos disponibles dentro del país o mediante la cooperación y asistencia internacional, en particular, económica y técnica, teniendo como prioridad el respeto de la soberanía y las garantías (formales y sustantivas) del derecho a la salud y los derechos humanos en salud. Ante limitaciones económicas el Estado tiene igualmente

121. *Ibíd.*, Observación general No. 14, párr. 30-32.

la obligación de respetar y garantizar el cumplimiento de las obligaciones mínimas y los contenidos esenciales del derecho a la salud. Incluso, en tiempos de crisis económica y limitaciones causadas por procesos y medidas de ajuste estructural, el Estado debe proteger a las personas y los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad y marginalidad a través de planes y programas de relativo bajo costo.¹²²

- «Para lograr progresivamente [...] la plena efectividad» establece la obligación de actuar en un plazo razonablemente leve y tan eficazmente como sea posible. Bajo ninguna razón debe interpretarse como motivo para postergar indefinidamente la realización del derecho, aunque se pueden invocar excepciones deben ser revisadas y justificadas en el marco del uso adecuado de los recursos (institucionales, financieros, humanos, técnicos, naturales) disponibles. De todos modos, no todos los derechos y libertades del derecho a la salud son de realización progresiva, por ejemplo, la prohibición de inherencias a la integridad personal y la prohibición de discriminaciones por razones de salud son de cumplimiento inmediato.
- «Prohibición de discriminación» impone al Estado la obligación inmediata de eliminar de *jure* y de *facto* actos legislativos, administrativos y judiciales, prácticas (comisión/omisión) y condiciones económicas, sociales, culturales (étnicas o de género) discriminatorias en detrimento del ejercicio igual, libre y pleno del derecho a la salud. Comprende el deber de prohibir, investigar y sancionar discriminaciones que devengan del sector público, privado y de particulares. Como también, la obligación de adoptar medidas de protección especial a favor de determinados grupos o sectores en condiciones de vulnerabilidad hasta que las situaciones de desigualdad sean superadas.¹²³

Obligaciones específicas

El CDESC en la Observación general No. 14, sobre el derecho a la salud, distingue entre obligaciones específicas, obligaciones respetar, cumplir y proteger.

Obligaciones de respetar

La obligación de respetar exige abstenerse de denegar, impedir o limitar directa o indirectamente el acceso a los bienes objeto del derecho a la salud. Por ejemplo:

122. *Ibíd.*, Observación general No. 3, *op. cit.*, párr. 12.

123. Asamblea General de las Naciones Unidas, Cuadragésimo tercer período de sesiones, Principios de Limburgo relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. E/CN.4/1987/17, párr. 16-41, Ginebra, 1987.

- Abstenerse de denegar o limitar el acceso igual a los bienes y servicios de salud preventivos, curativos y paliativos a las personas y especialmente, a los grupos que viven en condiciones de vulnerabilidad extrema (personas privadas de libertad, representantes de minorías, solicitantes de asilo, inmigrantes en condiciones de ilegalidad).
- Abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado.
- Abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de la salud y determinadas necesidades particulares.
- Abstenerse de prohibir o impedir cuidados preventivos, las prácticas curativas y medicinas tradicionales.
- Impedir la comercialización de medicamentos peligrosos u otros productos que resulten dañinos para la salud.
- Abstenerse de aplicar tratamientos médicos coercitivos clínicos y medicamentosos, salvo excepciones sujetas a condiciones específicas y restringidas.
- Abstenerse de limitar el acceso y promoción de anticonceptivos u otros medios de cuidados de la salud sexual y genésica.
- Abstenerse de censurar, ocultar o alterar información relacionada con salud colectiva.
- Abstenerse de limitar la participación comunitaria y social en asuntos relacionados con la salud.
- Abstenerse de contaminar o adoptar medidas destructivas de la atmósfera, el agua, los suelos y el planeta Tierra, uso o ensayo de armas nucleares, biológicas o químicas.
- Abstenerse de celebrar acuerdos comerciales en detrimento (directo e indirecto) del derecho a la salud y los derechos humanos en salud.¹²⁴

Obligaciones de cumplir

Para Philip Alston, experto independiente sobre pobreza extrema, se genera responsabilidad institucional por violación de la obligación de cumplir cuando los programas o planes de acción nacional aun siendo viables técnica e institucionalmente, y se disponga del máximo de los recursos disponibles, fracasan en evitar o mitigar la violación a los derechos humanos.¹²⁵ Comprenden el deber de promover, facilitar y proveer condiciones, bienes y servicios, y exigen del Estado adoptar medidas legislativas, políticas, presupuestarias, ju-

124. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 34.

125. Philip Alston, «Ships passing in the night: the current state of the human rights and development debate seen through the lens of the millennium development goals», en *Human Rights Quarterly*, vol. 27, No. 3, Baltimore, Universidad John Hopkins, 2005, p. 776.

diciales o de otra índole, centradas en prevenir, cuidar y restablecer la salud de la población, incluidas medidas que ayuden y permitan que personas, grupos y comunidades en condiciones de vulnerabilidad ejerzan de forma efectiva el derecho a la salud. A manera de ejemplo:

- Adoptar medidas para reconocer y garantizar el derecho a la salud y los derechos humanos en salud en el ordenamiento interno;
- Proveer instituciones y mecanismos jurídicos para investigar y sancionar las afectaciones al derecho o a la salud y otros derechos humanos;
- Formular y aplicar políticas, planes y programas de salud protectores de vida y salud, por ejemplo, inmunización contra enfermedades infecciosas;
- Asegurar y velar la operatividad y sostenibilidad de los sistemas de salud en cuanto a cobertura y acceso a bienes, servicios y facilidades, incluidos los factores determinantes de la salud (alimentos nutritivos, agua potable, saneamiento sanitario básico, vivienda y condiciones de vida adecuadas) sobre la base de criterios de equidad territorial, social y cultural;
- Proveer y velar para que los servicios de cuidados de la salud sean adecuados desde un punto de vista técnico y cultural, con personal sanitario formado, capacitado y especializado;
- Proveer instalaciones y servicios de salud sexual y genésica incluida la maternidad segura en zonas de difícil acceso;
- Promover información y campañas educativas sobre asuntos relacionados con salud pública y colectiva, con énfasis en la salud infantil, derechos sexuales y reproductivos, VIH/sida, salud genésica, violencias de género, prácticas tradicionales y estilos de vida saludables, contaminación ambiental (aire, suelo, agua), pérdida de biodiversidad, salud en el trabajo y enfermedades profesionales, disponibilidad de bienes y servicios de salud y cuidados de salud;
- Promover la participación comunitaria y social sobre asuntos y políticas de salud;
- Promover la toma de decisiones informada en asuntos personales asociados a la salud;
- Fomentar el reconocimiento de factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud: realización de investigaciones médicas y aplicadas, producción y disponibilidad de información;
- Promover y apoyar la creación de instituciones que presten asesoramiento y servicios de atención mental;
- Velar para que la difusión de la información sobre estilos, prácticas y modos de vida saludables y nocivos a la salud se haga de forma apropiada.¹²⁶

126. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 36 y 37.

Obligaciones de proteger

- Las obligaciones de proteger impone al Estado el deber de adoptar medidas para evitar que sus agentes y terceros (personas, grupos o corporaciones) interfieran en detrimento del goce efectivo del derecho a la salud de las personas que habitan el territorio nacional, por ejemplo:
- Regular y velar la prestación de servicios privados de salud para que cumplan también con parámetros de derechos humanos;
- Regular y controlar la comercialización de equipos médicos y medicamentos por parte de terceros;
- Velar para que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten el acceso a cuidados previos y posteriores al parto ni a la planificación familiar u otros servicios de salud sexual y genésica;
- Penalizar conductas y prácticas contrarias al derecho a la salud;
- Adoptar medidas de discriminación positiva en beneficio de personas en condiciones de vulnerabilidad y marginalidad de la sociedad, en particular mujeres, niños, niñas, adolescentes, personas mayores, pueblos indígenas;
- Velar para que terceros no nieguen el acceso a información y servicios relacionados con la salud;
- Velar para que empresas o particulares no priven a grupos o sectores del acceso a alimentos adecuados;
- Regular la composición de productos alimenticios procesados;
- Proteger a personas y familias de medidas discriminatorias que supongan suspensión de los servicios básicos domiciliarios.¹²⁷

Obligaciones básicas

Las obligaciones básicas exigen del Estado asegurar al menos el ejercicio de los niveles esenciales del derecho a la salud y los derechos humanos en salud independientemente de la disponibilidad de recursos u otras dificultades o factores incompatibles con la naturaleza o esencia del derecho.^{128, 129} El CDESC señala como obligaciones básicas:

127. *Ibíd.*, párr. 35.

128. CDESC..., Observación general No. 3, párr. 10.

129. Comisión Internacional de Juristas, Instituto de Derechos Humanos Urban Morgan y Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Maastricht, coord., Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Reunión Internacional de Expertos, Maastricht, 22-26 de enero de 1997, párr. 9, en University of Minnesota, Human Rights Library, <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/SMAastrichtguidelines_.html>. Fecha de consulta: mayo de 2012.

- Garantizar el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria y especialmente en beneficio de los grupos o sectores en condiciones de vulnerabilidad o exclusión social;
- Asegurar el acceso a alimentos suficientes, nutritivos y saludables, garantizando que nadie pase hambre;
- Garantizar el acceso a una vivienda segura y con acceso a servicios básicos domiciliarios (agua potable, saneamiento sanitario básico, energía eléctrica, gas);
- Facilitar el derecho de acceso a medicamentos esenciales, conforme las definiciones y parámetros del programa de acción sobre medicamentos esenciales de la OMS;
- Asegurar el derecho a una distribución equitativa de establecimientos, bienes y servicios de salud;
- Garantizar la adopción de una estrategia y plan de acción nacional de salud viable a favor de toda la población, asegurándose el enfoque de derechos humanos, la perspectiva de igualdad y equidad de género, y la participación comunitaria en el proceso de diagnóstico, elaboración y evaluación de la política además de prestar especial atención a los grupos en condiciones de vulnerabilidad y marginalidad.¹³⁰

Asimismo, la Observación general No. 14 identifica como obligaciones particularmente prioritarias:

- Garantizar salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;
- Garantizar acceso a inmunizaciones contra las principales enfermedades infecciosas locales y nacionales;
- Adoptar medidas de prevención, asistencia y combate contra las enfermedades epidémicas y endémicas;
- Garantizar educación y acceso a información sobre los principales problemas de salud (comunitarios, locales, nacionales) y los métodos de prevención, tratamiento y combate de enfermedades;
- Garantizar capacitación adecuada al talento humano del sector salud en materia de salud.¹³¹

En general, pero sobre todo en este último grupo de obligaciones calificadas como particularmente prioritarias se observa la prevalencia del enfoque biomédico de asistencia y prevención de enfermedades, y en la dimensión social la mirada individual centrada en la prevención de riesgos que oculta el poder determinante general de las desigualdades que perpetúan la afectación del derecho a la salud, en detrimento más que todo de las personas y los grupos sociales históricamente invisibilizados, explotados, oprimidos y excluidos.

130. CDESC..., Observación general No. 14, párr. 20 y 43.

131. *Ibíd.*, párr. 44.

En este tono reflexivo es necesario señalar además el uso del lenguaje supuestamente neutro y desde el terreno de las generalidades que impera en las obligaciones básicas antes detalladas, se observa una lectura positivista de la igualdad y la no discriminación externa a las realidades singulares y los contextos de vida de las personas y los pueblos; la equidad está formulada en lógica distributiva centrada en la distribución y uso eficiente de los recursos y medios disponibles; la progresividad y no regresividad se aborda sobre todo desde los resultados, y la participación resulta reducida a la modalidad de gobernanza participativa. Domina así el enfoque de la justicia redistributiva mas no transformativa. La asistencia y la cooperación internacional se proponen como último recurso para subsanar las dificultades económicas, técnicas o de otra índole, constituidas en barrera-excusa de los Estados para el no cumplimiento de las obligaciones. Igualmente, cabe decir que la cooperación para el desarrollo no necesariamente asegura el cumplimiento de obligaciones, es necesario que se precisen parámetros pues sus efectos han sido en ocasiones, contradictorios, negativos, incluso, contrarios al desarrollo de la sustentabilidad de condiciones para la vida y la salud humana y natural.¹³²

Los intocables frente al reconocimiento internacional de obligaciones a cargo de actores no estatales

La posibilidad de extender la titularidad de obligaciones legales a actores diferentes a los Estados sigue siendo una tensión en materia de derechos humanos. Aunque se han venido incrementando los pronunciamientos que invocan el reconocimiento internacional de responsabilidad a empresas transnacionales u otros actores comerciales y financieros, no dejan de ser posiciones bastante tímidas. Lo cierto es que desde la concepción clásica del derecho internacional de los derechos humanos la responsabilidad internacional recae en los Estados y solamente de forma indirecta a actores no estatales, a través de la obligación de proteger derechos. Posición legitimada pero disociada de la dinámica histórica y relacional del poder determinante del sistema mundo.¹³³

La contracara de la progresividad de los derechos humanos es también una apuesta por la progresividad de garantías tanto jurídicas como políticas, y también de las obligaciones. La protección jurídica de las personas frente

132. CDESC, Cuarto período de sesiones, Observación general No. 2, «Medidas internacionales de asistencia técnica», doc. E/1990/23, párr. 7, Ginebra, 1990.

133. Rolf Künemmann y David Bergman, «Obligaciones de los Estados y los actores no estatales», en Ann Blyberg y Daniel Ravindran, coord., *Círculo de derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Washington, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos / Asian Forum for Human Rights and Development, 2000, p. 193-194.

al abuso de poder (acción/omisión) del Estado, debe tomar en cuenta el dinamismo histórico de los contextos internacionales-internos en que operan las conductas generadoras de la violación a los derechos humanos.

En el contexto económico global, el poder, no de pocos sino de muchos Estados, resulta debilitado y colonizado por el poder de otros, y también por actores no estatales. El CDESC en la Observación general No. 14 reconoce el rol prioritario que en la esfera internacional tienen los organismos y programas de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, PNUD, OIT, FPNU) con funciones específicas para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud y demás derechos humanos, como también las organizaciones e instituciones financieras internacionales (OMC, FMI, BM, BID), y regionales. Incluso, se hace un llamado a proteger el derecho humano a la salud haciéndolo parte prioritaria de las políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural.¹³⁴ Llamado que no resulta para nada azaroso, muy al contrario es producto de evaluaciones de impacto de los acuerdos comerciales, planes de ajuste estructural y prácticas (oligopólicas y monopólicas) lideradas por actores no estatales o Estados con el poder de imponer cláusulas limitadoras del derecho interno a Estados en condiciones de vulnerabilidad. Los avances que hay en la rendición de cuentas, culpabilidad y responsabilidad social empresarial por incumplimiento de códigos o estándares de conducta de respeto y cumplimiento de los derechos humanos, se ubican más en el plano de la voluntad política que en la exigibilidad judicial.¹³⁵

La falta de normas vinculantes que reconozcan responsabilidad directa a empresas transnacionales u otros actores comerciales es parte de las barreras para alcanzar justicia, develándose además la doble moral del sistema internacional de protección de los derechos humanos, pues contando con capacidades para la reformulación del régimen internacional de protección de los derechos humanos y específicamente, el reconocimiento de obligaciones legales a actores no estatales, ello no ocurre. John Ruggie, relator especial sobre los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, señala que «la cuestión de las empresas y los derechos humanos entró definitivamente en la agenda política mundial en la década de 1990, como reflejo de la impresionante expansión mundial del sector privado [...] y del correspondiente aumento de la actividad económica transnacional»,¹³⁶ pero los avances son pocos y

134. CDESC..., Observación general No. 14, *op. cit.*, párr. 63 y 64.

135. D. Berman, «Las empresas y los DESC», en Ann Blyberg y Daniel Ravindran, coord., *Círculo de derechos...*, p. 569-573.

136. Asamblea General de Naciones Unidas, Decimo séptimo período de sesiones, «Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para proteger, respetar y remediar», doc. A/HRC/17/31, párr. 1, Ginebra, 21 de marzo de 2011.

básicamente focalizados en el desarrollo de una ruta, los códigos de conducta, constituidos en mecanismos de autorregulación de las empresas, sin carácter vinculante.

Normas que hacen parte de lo que se ha llamado el *soft law* o derecho blando, sustentado a base de principios calificados de fundamentales pero que no alcanzan el valor de normas obligatorias. En el informe sobre principios rectores de las empresas y los derechos humanos, Ruggie, establece que «en ningún caso debe interpretarse que estos principios rectores establezcan nuevas obligaciones del derecho internacional ni que restrinjan o reduzcan las obligaciones legales que un Estado ha asumido». Principios que se proponen en los términos siguientes:

- Obligación del Estado de proteger los derechos humanos ante abusos de poder de terceros en su territorio o jurisdicción, supone que el Estado adopte medidas para prevenir, investigar, castigar y reparar abusos de terceros mediante políticas adecuadas, actividades de reglamentación y sometimiento a la justicia.
- Responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos de terceros, impone como norma de conducta global actuar con la debida diligencia para no vulnerar los derechos humanos de terceros y reparar las consecuencias negativas de sus actividades. Demanda la adopción de medidas adecuadas para prevenir, mitigar y en caso necesario, reparar los daños causados.
- Necesidad de mejorar el acceso de las víctimas a vías de reparación judicial y extrajudicial efectivas. Demanda de los Estados la adopción de medidas para garantizar por la vía judicial, administrativa, civil y penal, el acceso de las víctimas o sus familiares a mecanismos de reparación eficaz de los daños causados.¹³⁷

De acuerdo con estos estándares el enfoque de la responsabilidad internacional por violaciones a derechos humanos se mantiene a cargo de los Estados, en tanto que la responsabilidad de las empresas solamente para cumplir ciertas pautas de gestión y reducción de riesgos. En palabras de Alejandro Teitelbaum: «La misma acción cometida por un Estado, que engendra responsabilidad a título de violación de los derechos humanos, cometida por un particular, según el Relator, también engendraría su responsabilidad, pero a título de crimen o delito según el respectivo derecho nacional y no a título de violación de los derechos humanos».¹³⁸

137. *Ibíd.*

138. Alejandro Teitelbaum, «Observaciones al Informe final del relator especial John Ruggie sobre los derechos humanos, las empresas transnacionales y otras empresas», en *Boletín de Alianza*

Queda claro que en el plano internacional la apología al mercado sigue invisibilizada como barrera de la dignidad y la justicia en salud. Compartiendo con Pisarello, tan peligroso es el absolutismo del Estado como el absolutismo del mercado y aunque ambos suponen abuso del poder que se ejerce, la impunidad ante el abuso del poder económico y comercial principalmente en cabeza de actores no estatales comerciales y empresariales globales y también locales, resulta prácticamente avalada por la comunidad internacional de Estados (G. Pisarello, 2009: 51). Por ello, la lucha hay que darla desde abajo, desde los pueblos en ejercicio de su poder soberano, y desde diferentes frentes y niveles. La Constitución de 1999 se constituye en oportunidad para el desarrollo de una experiencia de democracia participativa desde abajo, donde los derechos humanos y en particular el derecho a la salud se conviertan en prioridad política del Estado, actores no estatales y del pueblo venezolano.

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El esquema de responsabilidad en derechos humanos del SIDH tiene base legal en los art. 1, 2 y 26 de la CADH, reconociendo como obligaciones exigibles a los Estados parte, las siguientes:

Obligación de respetar:

Los Estados parte en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivo de raza, color, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.¹³⁹

Obligación de garantizar y adoptar medidas:

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados parte se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueran necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.¹⁴⁰

Global Jus Semper, Jus Semper, <http://www.jussemper.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/observaciones_info_final_r.html>. Fecha de consulta: agosto de 2012.

139. CADH..., art. 1.

140. *Ibíd.*, art. 2.

Obligación de garantizar y adoptar medidas para el logro progresivo de los derechos sin regresividad:

Los Estados parte se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, [...] en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.¹⁴¹

La responsabilidad estatal se establece cuando el incumplimiento de estas obligaciones genera daños concretos constitutivos de la violación del derecho. En tanto que la responsabilidad indirecta resulta por el incumplimiento de las obligaciones de protección, como consecuencia de la falta de una debida diligencia para prevenir la violación del derecho perpetrada por particulares.¹⁴² También por tolerancia, complicidad o aquiescencia con particulares que generen, mantengan o favorezcan violaciones a los derechos humanos reconocidos en la CIDH y otros instrumentos vinculantes en el SIDH.¹⁴³ De seguida algunas apreciaciones adicionales:

De la obligación de respetar

Según Tara Melish la obligación de respetar constituye una prohibición absoluta y definitiva al abuso de poder del Estado (órgano, entidad pública o persona que actúa investida del poder oficial) por participación directa, autorización o complicidad con actos u omisiones violadoras de los derechos humanos. Cuando el Estado restringe o suprime la autosatisfacción de necesidades económicas y sociales esenciales incurre así en violación de las obligaciones de respetar. También al practicar la tortura, destruir cultivos de subsistencia, quemar y destruir hogares, ordenar o permitir desalojos forzosos, despidos injustificados de servidores públicos por la participación en actividades sindica-

141. *Ibíd.* art. 26.

142. La Corte IDH mantiene este criterio, cuando: a) la violación perpetrada por un particular no fue prevenida a pesar del reconocimiento previo de la existencia de un riesgo cierto, inmediato y determinado, y posibilidades razonables de prevenirlo; b) la violación es perpetrada por entes privados a los que el Estado ha delegado la prestación de servicios públicos.

143. Felipe Medina, «La responsabilidad del Estado por actos de particulares: análisis jurisprudencial interamericano», en *Debate Interamericano*, vol. 1, Bogotá, Ministerio de Relaciones Exteriores, 2009, p. 101.

les, negar acceso a agua potable y saneamiento sanitario básico, negar asistencia básica de salud, etcétera.¹⁴⁴

De la obligación de garantizar

La obligación de garantizar exige del Estado la adopción de medidas positivas de índole judicial, legislativo y administrativo, con el objetivo de prevenir, investigar y sancionar la violación de los derechos reconocidos en la Convención, además de reparar y garantizar el contenido mínimo esencial de los derechos.¹⁴⁵ Todos estos elementos constitutivos de la obligación de garantizar suponen condiciones y capacidades institucionales que aseguren la vigencia y el ejercicio efectivo del derecho humano a la salud.

Resulta de particular interés para los fines del presente estudio hacer una parada estratégica en la obligación de prevenir, considerada como una obligación de medio o comportamiento clave para acercar el derecho a su dimensión política o impura. Para la Corte IDH, señala Melish, implica la adopción de medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural de promoción y prevención ante eventuales violaciones de derechos. Aunque no hay un recetario universal, pues son diversos los contextos, condiciones y medidas determinantes de la vigencia de los derechos, la Corte se pronuncia a favor de cuatro subtipos de obligaciones de prevenir: normar, hacer seguimiento, medir impactos y eliminar obstáculos estructurales.

Para Melish, aunque el incumplimiento de una de estas medidas no genera necesariamente y por sí solo responsabilidad por la violación de derechos, si constituyen un buen indicio de la «falta de la debida diligencia para prevenir

144. Tara Melish, *La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema interamericano de derechos humanos: Manual para la presentación de casos*, Quito, Orville H. Shell, Jr. Center for International Human Rights-Yale Law School / Centro de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2003, p. 175-176.

145. La Corte IDH ha señalado de manera reiterada que de las obligaciones generales de respetar y garantizar se derivan deberes específicos a razón de las necesidades de protección de los titulares de derechos y de las particularidades propias de los derechos humanos. La obligación de garantizar supone así el deber de organizar todo el aparato gubernamental y en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público. El deber de prevenir de forma razonable e investigar con los medios a su alcance las violaciones de los derechos humanos, sancionar de forma pertinente a las personas responsables, y asegurar la reparación adecuada a favor de las víctimas de violación de derechos humanos. En este deber se deben contemplar medidas jurídicas, políticas, administrativas y culturales que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y aseguren que las eventuales violaciones a los derechos sean efectivamente consideradas y tratadas como un hecho ilícito susceptible de acarrear sanción. OEA, Corte IDH, caso González y otras, Campo Algodonero - México, sentencia de 16 de noviembre de 2009, párr. 235, 236, 252, en <www.corteidh.or.cr>. Fecha de consulta: 16 de noviembre de 2009.

la violación», en consecuencia, hay una evidencia efectiva de responsabilidad del Estado (T. Melish, 2003: 177). El desarrollo que hace esta autora en torno a las obligaciones de prevenir ofrece argumentos para hacer varias consideraciones en torno a la prevención del derecho humano a la salud.

a) Deber de normar, comprende armonizar el marco constitucional y legal a la Convención IDH y demás instrumentos internacionales vinculantes a Venezuela además de regular los medios y prácticas industriales, sociales, culturales e institucionales que afectan el ejercicio y protección del derecho a la salud. Por ejemplo:

- Regular y controlar los procesos y prácticas industriales que contaminen y enfermen a trabajadores(as), consumidores(as), habitantes próximos a la actividad industrial, recursos naturales como el agua, suelo y aire, vida natural y animal procesada como productos alimenticios;
- Regular los acuerdos comerciales que limiten o condicionen el acceso a medicamentos esenciales, bienes, servicios y facilidades de asistencia y protección de la salud;
- Regular y proteger el uso de plantas medicinales y tradiciones indígenas para el cuidado de la salud;
- Regular la prohibición y sanción de prácticas institucionales de tortura u otros tratos crueles, inhumanos y degradantes contra personas privadas de libertad u otros grupos sociales;
- Adoptar medidas orientadas a transformar la cultura de impunidad que prevalece en el tratamiento de las violencias y especialmente las violencias de género incluidas las violencias domésticas. Problemas que se sabe existen pero están culturalmente y socialmente legitimados.

b) Deber de hacer seguimiento a la regulación de prácticas, modos y actos que atenten contra el derecho a la salud y demás derechos humanos en salud, requiere una práctica de implementación efectiva de la legislación y reglamentación protectora del derecho a la salud y los derechos humanos en salud. Demanda además promover espacios de participación comunitaria de diagnóstico, monitoreo, evaluación (procesos y resultados) y rendición de cuentas institucional.

c) Deber de llevar a cabo estudios de impacto previos que evalúen los efectos de las políticas, programas o proyectos internacionales y nacionales (públicos y privados) de promoción y protección del derecho humano a la salud y los derechos humanos en salud, especialmente en beneficio de los grupos y sectores sociales en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social. Melish señala que aunque este deber no ha sido aún reconocido en la jurisprudencia de

la Corte IDH, debe entenderse como extensión natural de la obligación de respetar a cargo de los Estados en el caso de proyectos públicos, y de garantizar y proteger en caso de proyectos privados. Y debe exigirse a Estados que firmen acuerdos comerciales y de desarrollo con el BID u otras instituciones públicas y privadas financieras y comerciales que impongan programas de ajuste económico y previsibles efectos negativos (sociales, culturales y ambientales) asociados a condiciones de vida y salud.

d) Deber de eliminar obstáculos estructurales en función de transformar las estructuras básicas económicas, sociales, culturales y políticas negadoras de condiciones de vida digna y saludable (T. Melish, 2003: 179-184).

Esta gama de deberes institucionales que en el criterio de Melish hacen parte de la obligación de garantizar a cargo de los Estados parte, permite retomar la reflexión en torno a la necesidad de trascender el enfoque de la vulneración centrado en resarcir la afectación antes que prevenirla, promoviendo un sistema de ganadores y perdedores que deja por fuera la génesis de la vulneración, para avanzar hacia una visión transformativa del lenguaje y la acción a favor de los derechos humanos y especialmente de los derechos económicos, sociales y culturales. Para Areli, «no se trata de desconocer los avances que hay desde el enfoque de la vulneración y el resarcimiento, pero al menos sí reconocer que ha sido más exitoso para la protección judicial de los derechos civiles y políticos» (A. Valencia, 2010: 13).

Del logro progresivo y no regresividad

La obligación de progresividad basada en el principio de no regresividad, supone la adopción de medidas positivas bajo un mandato de progresividad efectivo. El carácter progresivo debe acompañarse de garantías que hagan efectivos los derechos protegidos y la flexibilidad, en relación con las condiciones y contextos políticos, económicos, sociales y culturales específicos. De todos modos, no debe negarse el carácter inmediato que aplica para la adopción de medidas constantes y consistentes con la realización del derecho. A manera de ilustrar, son deberes inmediatos realizar diagnósticos participativos, adoptar planes de acción en función del cumplimiento de las medidas, ejecutar, monitorear y evaluar efectivamente las acciones, y negar medidas regresivas que afecten el goce del derecho humano a la salud.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

La Constitución de 1999 establece un sistema amplio de obligaciones generales y específicas de promoción, protección, respeto y cumplimiento de los derechos humanos, convertidas en pautas básicas de exigibilidad, comportamiento y resultados estatales a cargo de los poderes públicos legislativos, administrativos, judiciales, electorales y ciudadanos, distribuidos y definidos en ámbitos de actuación, funciones, órganos, instancias y competencias orientadas a alcanzar el bienestar social general.

Del capítulo III sobre derechos humanos, garantías y deberes

En este capítulo se establecen las obligaciones generales comunes a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales, y deberes institucionales prioritarios.

Obligaciones de respetar

- Abstenerse de incurrir en discriminaciones que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento y goce de los derechos y libertades;
- Prohibir efectos retroactivos en disposiciones legales salvo que impongan menor pena;

Obligaciones de garantizar y adoptar medidas

- Crear y organizar la estructura pública (judicial, legislativa, administrativa, electoral y ciudadana), en función de generar competencias y condiciones institucionales para el respeto, garantía y protección de los derechos humanos;
- Regular la conducta institucional (actuación/omisión) con ocasión del ejercicio de la función pública (financiera, administrativa, legislativa, judicial, electoral);
- Garantizar condiciones materiales e inmateriales que tributen al ejercicio igual de los derechos y libertades;
- Garantizar rango constitucional y aplicación inmediata a tratados, pactos y convenciones sobre los derechos humanos, suscritos y ratificados por Venezuela;
- Reconocer y sancionar la responsabilidad administrativa, civil y penal ante abusos en el ejercicio del poder público;

- Garantizar servicios de justicia gratuita, accesible, oportuna, idónea, transparente, independiente, responsable y expedita, sin discriminaciones de índole alguna;
- Proveer mecanismos jurídicos de amparo a víctimas en el goce y ejercicio de los derechos constitucionales;
- Proveer mecanismos jurídicos de acceso y protección de la información personal en registros oficiales y privados;
- Investigar y sancionar legalmente delitos contra los derechos humanos cometidos en ejercicio o con ocasión de la función pública;
- Indemnizar efectiva e integralmente a víctimas de violaciones a los derechos humanos;
- Garantizar la adopción de medidas para el cumplimiento de las decisiones de órganos internacionales de protección de los derechos humanos vinculantes a Venezuela.¹⁴⁶

En general, se podrían agrupar en deberes de:

- a) Crear y organizar la institucionalidad del poder público venezolano responsable de promover, respetar, cumplir y proteger los derechos humanos y las libertades ciudadanas;
- b) Normar la conducta institucional con ocasión del ejercicio de la función pública;
- c) Abstenerse de incurrir en discriminaciones que nieguen o limiten el goce de los derechos;
- d) Garantizar condiciones integrales para el ejercicio y tutela efectiva de los derechos y libertades;
- e) Investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, y
- f) Acatar las decisiones internacionales emitidas por órganos y sistemas de protección de derechos humanos vinculantes.

Aunque salta a la vista el posicionamiento del enfoque judicial de vulneración y sanción, es importante destacar que la Constitución de 1999 incluye por primera vez parámetros internacionales de derechos humanos tanto para los derechos como para las obligaciones estatales. Además de este articulado el texto constitucional establece obligaciones de proteger y adoptar medidas legales, políticas, económicas, sociales, culturales, ambientales e institucionales, de protección de las condiciones generales y los modos sociales determinantes del ejercicio real de los derechos y libertades ciudadanas. En general, tendientes a prevenir afectaciones a la universalidad y no discriminación, la indivisibilidad e interdependencia, la solidaridad y la equidad, la participación

146. CRBV, art. 19-31.

protagónica y, la progresividad y no regresividad de los derechos, por parte de actores públicos y privados, internos y externos. Algunos ejemplos:

En lo político:

- Facilitar la generación de condiciones y medios para la participación popular en asuntos públicos;
- Garantizar mecanismo de consulta popular en materias de especial trascendencia nacional, estatal, municipal y parroquial;

En lo social:

- Abstención de impedir la construcción de viviendas adecuadas a la cultura, recursos y necesidades de las personas, los grupos y los pueblos;
- Formular e implementar políticas sociales y crediticias que favorezca la construcción, adquisición o ampliación de viviendas;
- Abstenerse de negar el acceso a prestaciones de seguridad social por ausencia de capacidad contributiva;
- Garantizar la implementación de la igualdad y equidad de género en el ejercicio del derecho al trabajo;
- Abstenerse de adoptar medidas que afecten la intangibilidad y no regresividad de derechos y beneficios laborales;
- Adoptar medidas legislativas que garanticen la estabilidad en el trabajo en función de limitar toda forma de despido no justificada;

En lo cultural:

- Proteger y preservar el patrimonio cultural tangible e intangible y la memoria histórica de la Nación;
- Respetar la interculturalidad bajo el principio de la igualdad de las culturas;
- Proteger la propiedad intelectual colectiva de los conocimientos, tecnologías e innovaciones de los pueblos ancestrales;

En lo ambiental:

- Impedir actividades susceptibles de generar daños a los ecosistemas con basamento en la exigencia de estudios previos de impacto ambiental y socioculturales;

En lo económico:

- Abstenerse de otorgar regímenes más beneficiosos a actores comerciales y financieros extranjeros que los establecidos para los nacionales;
- Proteger la reserva estatal de la actividad petrolera, otras industrias, explotaciones, bienes y servicios de interés público y carácter estratégico;
- Promover la agricultura sustentable, el desarrollo rural integral, el desarrollo de la mediana y pequeña industria, cooperativas, cajas de ahorro u otras formas de asociación comunitaria para el trabajo, el ahorro y el consumo;

- Promover y defender la estabilidad económica y evitar la vulnerabilidad de la economía.¹⁴⁷

De las obligaciones específicas en el derecho humano a la salud

Obligaciones que cumplir

- Proveer servicios básicos esenciales que aseguren condiciones higiénicas y seguras en las viviendas;
- Formular e implementar la política de salud desde la perspectiva de derechos humanos, integralidad, intersectorialidad, descentralización y participación popular;
- Asumir la rectoría del sistema público nacional de salud;
- Proveer servicios de prevención y cuidados de la salud bajo criterios de accesibilidad universalidad, gratuidad, calidad, integralidad, equidad social, solidaridad, equidad territorial, aceptabilidad;
- Proveer asistencia a la salud y protección integral a la maternidad a través de servicios de prevención y atención desde la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- Proveer servicios de atención integral social y sanitaria a personas mayores;
- Promover servicios de asistencia integral a pueblos indígenas, respetuosos de sus prácticas ancestrales y terapias complementarias;
- Promover la participación activa de la población en la defensa del derecho a la salud y en asuntos relacionados a la salud integral;
- Garantizar recursos financieros suficientes para el cumplimiento cabal de los objetivos de la política sanitaria;
- Promover y desarrollar la política nacional de formación del talento humano del sector salud, en coordinación con universidades y centros de investigación;
- Promover y desarrollar una industria nacional de producción de insumos sanitarios;
- Crear un sistema de seguridad social universal, solidario, unitario, eficiente y participativo;
- Asegurar que las investigaciones científicas cumplan con parámetros éticos y legales.¹⁴⁸

147. *Ibíd.*, art. 62, 71, 82, 86, 88, 89, 93, 99, 124, 129, 301, 304, 305, 306, 307, 308 y 320.

148. *Ibíd.*, art. 76, 80, 82, 84, 85, 110 y 122.

Obligaciones de respetar

- Abstenerse de privatizar bienes y servicios públicos de salud propiedad del Estado;
- Abstenerse de impartir prácticas de tortura u otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, incluidos experimentos científicos o exámenes médicos o de laboratorio sin consentimiento previo.¹⁴⁹

Obligaciones de proteger

- Normar y regular la institucionalidad pública y privada del sector salud con base en parámetros constitucionales e internacionales de derechos humanos;
- Regular y controlar las condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuado;
- Proteger la propiedad intelectual sobre obras científicas, marcas, patentes de acuerdo con los tratados internacionales suscritos por Venezuela;
- Controlar la calidad de la información en cuanto a contenidos y características de productos de consumo;
- Proteger la propiedad intelectual colectiva sobre los conocimientos ancestrales relacionados con los recursos genéticos;
- Conservar y proteger el medio ambiente (aire, agua, suelo, costa, clima) y la diversidad biológica.¹⁵⁰

CORRELACIÓN DE OBLIGACIONES

La anterior clasificación y conceptualización de obligaciones y listado de deberes institucionales, muestra la variedad de obligaciones legales exigibles a los poderes públicos legislativos, judiciales, ejecutivos y ciudadanos del país. Pero además salta a la vista las coincidencias entre los tres sistemas de protección de derechos humanos antes referidos (SUDH, SIDH, CRBV) en cuanto a la tipología de las obligaciones, distinguiendo entre obligaciones generales asociadas al deber de adoptar medidas y garantizar, frente a las obligaciones de alcance específico del derecho a la salud que comparten a la vez tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir. También entre las obligaciones de resultado y las obligaciones de comportamiento y cumplimiento progresivo, y las obligaciones de naturaleza negativa que exigen la inacción institucional frente a las que demandan accionar.

149. *Ibíd.*, art. 46 y 84.

150. *Ibíd.*, art. 85, 86, 98 y 117.

Este mapa de obligaciones da cuenta además de los posibles juegos y engranajes del comportamiento institucional del Estado venezolano, orientado, en general, a evitar interferencias (estatales, no estatales, ciudadanas, internas y externas) que supongan restricciones ilegítimas e ilegales; promover, prevenir, amparar y asegurar la realización efectiva y progresiva del derecho humano a salud y los derechos humanos en salud.

OBLIGACIONES Y DEBERES DEL ESTADO						
Sistema de protección de derechos humanos	Obligaciones y deberes en el derecho a la salud					
SUDH	Generales					
	Respetar			Garantizar y adoptar medidas		
	Específicas					
	Respetar	Cumplir				Proteger
	deber de abstenerse	deber de promover	deber de facilitar	deber de proveer		deber de amparar, prever, impedir
SIDH	Respetar	Garantizar y adoptar medidas				Proteger
	deber de abstenerse	deber de promover	deber de facilitar	deber de hacer estudios de impacto previo	deber de eliminar obstáculos estructurales	deber de amparar, impedir
CRBV	Generales					
	Respetar	Garantizar y adoptar medidas				
	deber de abstenerse	deber de crear aparato institucional	deber de normar	deber de realizar, vigilar, evaluar	deber de investigar, sancionar, reparar	deber de promover, impedir, prever, amparar, sustentar
	Específicas					
	Respetar	Cumplir				Proteger
	deber de abstenerse	deber de promover	deber de facilitar	deber de proveer		deber de amparar, prever, impedir

Fuente: Comité de DESC, Observación No. 14, CIDH, Tara Melish, CRBV. Elaboración propia.

Por otro lado, al igual que en los derechos sociales, económicos, culturales, ambientales, civiles y políticos, no se podría decir que exista jerarquía entre obligaciones. Más bien es necesaria una correlación que complemente y posibilite ampliar el contenido y alcance de la acción-omisión institucional y los resultados exigibles. A manera de ejemplo, el derecho a la igualdad y no discriminación en salud demanda en principio el cumplimiento de la obligación estatal de respetar y el deber específico de abstenerse de implementar o fomentar prácticas discriminatorias que nieguen o limiten el acceso a los servicios y facilidades asociadas a la protección de salud de determinado grupo social, comunidad o pueblo; pero también obligaciones de cumplir y proteger y al menos los deberes de: a) normar la prohibición de las discriminaciones y violencias; b) remover las restricciones o limitaciones al principio de universalidad; c) crear entes e instancias competentes para conocer, vigilar, investigar, procesar y sancionar dichas acciones; d) establecer responsabilidades concretas; e) diseñar, implementar, monitorear y evaluar políticas educativas y lineamientos orientados a erradicar las violencias y las discriminaciones, los valores y estereotipos sociales que hacen parte de la cultura que sostiene dichas prácticas y conductas; f) promover la participación social y comunitaria y el empoderamiento de los grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad.

En este ejemplo si el Estado cumple solamente con la obligación de respetar probablemente favorecerá el restablecimiento del goce efectivo del derecho a la salud de una, dos o más personas que integren ese grupo social, comunidad o pueblo discriminado, pero los procesos y factores interrelacionados determinantes de la afectación sistemática del derecho permanecerán.

En tal sentido, es necesario que la relación entre obligaciones se asuma además como parte de un todo dinámico y continuo en el que interactúan también otros elementos constitutivos, característicos e interpretativos del derecho a la salud, como son los contenidos normativos del derecho a la salud y las obligaciones, los parámetros institucionales de disponibilidad, accesibilidad, calidad y adecuación, y los principios constitucionales interpretativos de derechos humanos y determinación social de la salud, resultando centrales para comprender el comportamiento institucional y el cumplimiento de las obligaciones en tanto pautan y orientan la acción y el alcance estatal y favorecen el reconocimiento de responsabilidades.¹⁵¹

151. Sandra Serrano, *Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: una relación para la interpretación y aplicación de los derechos*, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México*, <<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/8/3567/9.pdf>>. Fecha de consulta: marzo 2014.

Algunos ejemplos:

- La universalidad y no discriminación permite valorar la inclusión-exclusión social asociada al comportamiento institucional, definir garantías de no discriminación en el acceso a los servicios, bienes, facilidades y condiciones integrales asociada a vida saludable, identificar los grupos sociales y pueblos en condiciones de vulnerabilidad y necesidad de protección especial, orientar el diseño, implementación y evaluación de medidas de asistencia y protección especial en beneficio de grupos sociales en condiciones de vulnerabilidad;
- La indivisibilidad e interdependencia, permite valorar el goce real del derecho a la salud en relación con el ejercicio efectivo de otros derechos-medio o condición para su realización, mientras pauta y guía la implementación de obligaciones, deberes y acciones diferentes pero conjuntas entre instituciones y niveles político-territoriales;
- La progresividad y no regresividad, permite evaluar el grado de cumplimiento de las obligaciones y deberes institucionales, definir parámetros de cumplimiento obligatorio;
- El máximo de los recursos disponibles, pauta y mide la eficacia sobre el uso de los recursos y medios disponibles;
- La participación se convierte en mecanismo que permite definir criterios para garantizar y proteger la participación social y comunitaria en los asuntos públicos asociados a salud y vida saludable, y facilitar el empoderamiento político, social y cultural de la población y los grupos sociales que viven en condiciones de vulnerabilidad;
- La integralidad permite pautar criterios para definir un sistema de indicadores de determinación social de la salud y la vida saludable, comprender y medir el alcance de la determinación social de la salud y vida saludable humana y natural en relación con el comportamiento estatal, las obligaciones legales y deberes institucionales, y las realidades y contextos;
- La solidaridad y la equidad, permite identificar situaciones de desigualdad, factores y procesos determinantes además de pautar y orientar el diseño, implementación y evaluación de medidas de protección especial, equiparación e inclusión social de los grupos en condiciones de desigualdad (social, económica, cultural, territorial, política) y vulnerabilidad extrema en el ejercicio del derecho a la salud, en función de potenciar cambios profundos en el accionar institucional y ciudadano;
- La sustentabilidad, permite definir criterios para orientar, medir, evaluar y sancionar el comportamiento institucional asociado a la utilización de los recursos naturales y medio ambiente, la equidad social y territorial, y los esquemas y modelos productivos, con respecto a las obligaciones y deberes institucionales.

Conclusiones

Este ejercicio de repensar el derecho humano a la salud cuenta con varios retos, superar el paradigma biomédico de la salud, hacer lecturas menos abstractas y más reales en relación con los contenidos, elementos característicos y principios rectores; asumir la universalidad, la interdependencia, la progresividad, la participación, la equidad, la complejidad y la determinación social como ejes centrales; redefinir el alcance tanto del derecho como de las obligaciones, redimensionar la naturaleza operativa del derecho desde la mirada de las obligaciones y deberes tanto institucionales como ciudadanos, y trascender del enfoque de vulneración y sanción centrado en daños individuales a la mirada colectiva protectora y preventiva de salud y vida.

Es necesario afianzar la idea de los derechos como procesos en cambio, expresiones de luchas históricas de dignidad desde las diferencias humanas y la diversidad de necesidades materiales e inmateriales, intereses, realidades y contextos de vida de las personas, los grupos sociales y los pueblos. Enfoque que resulta en invitación a lecturas más humanas y menos jurídicas. Aunque el lenguaje del derecho a la salud tiene entre sus bases normativas valores de equidad y justicia social, estos resultan, principalmente, parámetros jurídicos de protección judicial y redistribución social de los bienes y servicios dejando afuera la prevención integral. Los procesos de determinación social de las desigualdades e inequidades en salud no se visibilizan y la actuación estatal suele centrarse en los efectos inmediatos de la afectación sistémica de los derechos humanos en salud. En tanto que la protección específica a los grupos sociales y pueblos en condiciones de vulnerabilidad resulta en miradas poco a nada contextualizadas, y acciones focalizadas de asistencia y cuidados de salud que no atienden la génesis de las relaciones y los procesos generales que favorecen y reproducen la vulnerabilidad social.

Para generar una cultura liberadora del derecho a la salud es necesario concebir la salud como un todo dinámico y continuo entre individuos, espacios (familia, escuela, trabajo, comunidad, sociedad, naturaleza, territorio, país, mundo) y tiempo, y se reconozcan las diferencias sociales asociadas a la clase social, el género y la etnia, los medios y los procesos protectores y destructores de vida saludable humana y natural. No se trata solamente de mejorar

los indicadores del derecho humano a la salud, es necesario transformar las condiciones que generan, sostienen y reproducen el goce desigual del derecho a la salud y los derechos determinantes del bien-estar social general.

En Venezuela la Constitución establece que el derecho a la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, relacionado con las condiciones de vida, el bienestar colectivo, y el acceso a los bienes y servicios. Esta definición comprende el derecho desde la dimensión social y colectiva, posibilitándose así una articulación institucional y ciudadana orientada a transformar el paradigma biomédico dominante en un enfoque integral e inclusivo de vida saludable. Para ello, es necesario que desde el Estado se adopten medidas generales que garanticen y protejan las condiciones y los servicios de salud, y que además cumplan con pautas específicas del derecho humano a la salud, los derechos humanos en salud y las obligaciones institucionales desde diferentes niveles interrelacionados de determinación social de la salud.

La relación entre la dimensión individual y colectiva que caracteriza el derecho a la salud desde la visión biomédica resulta una comprensión a medias y reducida a medidas de justicia redistributiva, mientras que la determinación social de la salud pensada como principio interpretativo introduce la lógica metabólica en la relación entre lo biológico y lo social, y entre la sociedad y la naturaleza. Lo que no solo amplía el espectro de relaciones individuales y colectivas, exige garantizar condiciones que aseguren sustentabilidad además de universalidad, igualdad y no discriminación, solidaridad y equidad, corresponsabilidad, participación social y comunitaria, integralidad, y progresividad y no regresividad, todos principios constitucionales.

El contenido y alcance del derecho humano a la salud y de las obligaciones estatales explicado en parámetros de determinación social se constituye también en oportunidad para desarrollar un marco de acción más efectivo en prevenir, garantizar, respetar y proteger, extensivo a las condiciones colectivas y los procesos protectores y destructores de salud y vida. Los elementos característicos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho humano a la salud, convertidos a la vez en pautas del cumplimiento institucional, los contenidos normativos, y los principios interpretativos del derecho y el comportamiento institucional, crean un mapa de posibilidades para la acción pública en salud más allá de los tradicionales abordajes miopes a la génesis de las afectaciones, además de potenciar el reconocimiento de responsabilidades no exclusivamente estatales.

De hecho, el debate sobre la extensión de la responsabilidad internacional a actores no estatales financieros y comerciales no pretende reducir la responsabilidad estatal, pero sí hacer visible los intereses y la correlación de fuerzas individuales-colectivas y locales-globales que intervienen en la determinación social de la violación del derecho humano a la salud y los derechos

humanos en salud. Relaciones de poder que suelen arrebatar soberanía a los Estados en condiciones de vulnerabilidad (económica, social, política y territorial) en tanto posicionan a actores (estatales y no estatales) en espacios y roles protagónicos en el sistema mundo.

Esta propuesta de marco conceptual sobre el derecho humano a la salud queda inconclusa sin un correlato metodológico-práctico que traduzca las reflexiones y señalamientos que aquí se hacen en una guía operativa y propuesta de indicadores que contribuya a una cultura de derechos humanos para la vida afianzada en la idea de derechos reales, ejercidos y exigidos.

Bibliografía

- Alston, Philip, «Ships passing in the night: The current state of the human rights and development debate seen through the lens of the millennium development goals», en *Human Rights Quarterly*, vol. 27, No. 3, Baltimore, Universidad Johns Hopkins, p. 755-829, 2005.
- Arango, Rodolfo, «Promoción de los derechos sociales constitucionales por vía de protección judicial», en *El Otro Derecho*, No. 28, julio, Bogotá, Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativos, p. 104-122, 2002, en *Instituto Latinoamericano para una Sociedad y un Derecho Alternativo-(ILSA)*, <<http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/od/elotrdr028/elotrdr028-05.pdf>>. Fecha de consulta: abril de 2012.
- Armada, Francisco, «Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela», en Centro de Estudios y Asesoría en Salud-(CEAS), edit., *Informe alternativo sobre la salud en América Latina*, Quito, Observatorio Latinoamericano de Salud / CEAS, p. 193-199, 2005.
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Documento para el debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud, en <<http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/eventos/documentos/ALAMES.pdf>>. Fecha de consulta: abril de 2012.
- Berman, David «Las empresas y los DESC», en Ann Blyberg y Daniel Ravindran, coord., *Círculo de derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Washington, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos / Asian Forum for Human Rights and Development, p. 559-573, 2000.
- Blas, Erik, y Anand Sivasankara, edit. «Equity, social determinants and public health programmes», Ginebra, 2010, *World Health Organization*, <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.
- Bolívar, Ligia, «Derechos económicos, sociales y culturales: Derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes», en Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *Estudios básicos de derechos humanos*, t. V, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, p. 87-136, 1996.
- Breilh, Jaime, *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Ed. Lugar, 2003.
- «Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud», en Programa Andino de Derechos Humanos (PADH), comp., *¿Estado constitucional de de-*

- rechos?: Informe sobre Derechos Humanos. Ecuador 2009*, Quito, UASB-E-PADH / Abya-Yala, 2010a.
- «La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)», en *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Antioquia, Universidad de Antioquia, vol. 31, p. 13-27, 2013, en *Salud Colectiva*, <<https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/fnsp/article/view/16637/14425>>. Fecha de consulta: mayo de 2013.
- «La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud», en *La Tendencia*, No. 13, abril-mayo, Quito, Friedrich Ebert Stiftung-Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales (ILDIS), 2012.
- «Las tres S de la determinación de la vida y el triángulo de la política», en seminario Rediscutiendo la cuestión de la determinación social de la salud, Salvador de Bahía, 19-20 de marzo, 2010b, en *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES*, <http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3228/mod_resource/content/0/determinantes/lecturasprincipal/unidad_2.31p/Diez_te_sis_so_bre_la_determinacion_social_de_la_vida11.pdf>. Fecha de consulta: junio de 2012.
- «Las tres <S> de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud», en Roberto Passos Nogueira, edit., *Determinação social da saúde e reforma sanitária*, Río de Janeiro, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde-(CEBES), p. 87-125, 2010c.
- «Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, p. 45-70, 2011.
- Castro-Gómez, Santiago, Óscar Eduardo Guardiola Rivera, Carmen. Rosa Millan de Benavides, edit., *Pensar (en) los intersticios*, Bogotá, Instituto Pensar, 1999.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial, No. 36.860, 30 de diciembre de 1999.
- Comisión Internacional de Juristas, Instituto de Derechos Humanos Urban Morgan y Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Maastricht, coord., *Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, reunión internacional de expertos, Maastricht, 22-26 de enero de 1997, en University of Minnesota, Human Rights Library, <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/SMAastrichtguidelines_.html>. Fecha de consulta: junio de 2012.
- De Sousa Santos, Boaventura, *La globalización del derecho: Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Bogotá, Facultad de Derecho-Universidad Nacional de Colombia / Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, 1991.
- *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), 2006.
- «Os processos da globalização», en Boaventura de Sousa Santos, comp., *A Globalização e as Ciências Sociais*, Sao Paulo, Ed. Cortez, p. 25-94, 2002.
- Feo, Oscar, «Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente», en *Ciencia & Saúde Colectiva: Revista electrónica*, vol.

- 8, No. 4, enero, p. 887-896, 2003, en *Scientific electronic library on line*, <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a11v8n4.pdf>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- Ferrajoli, Luigi, «Derechos fundamentales», en *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Madrid, Trotta, p. 19-56, 2009.
- «Pasado y futuro del Estado de derecho», en Miguel Carbonell, edit., *Neo constitucionalismo(s)*, Madrid, Trotta, p. 15-32, 2003.
- Gañán Ruiz, Jaime León, «De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia», p. 192-212, en *Universidad de Antioquia*, <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/red/article/viewFile/10086/9289>>. Fecha de consulta: abril de 2012.
- Gutiérrez, Erick, «Aportes para una visión liberadora de los derechos humanos desde una crítica intercultural», en Maryluz Guillén, coord., *Los derechos humanos desde el enfoque crítico: Reflexiones para el abordaje de la realidad venezolana y latinoamericana*, Caracas, Defensoría del Pueblo / Fundación Juan Vives Surá, p. 245-271, 2011.
- Herrera Flores, Joaquín, *La reinención de los derechos humanos*, Andalucía, Atrapasueños, 2011.
- «Derechos humanos y paz: Nuevos fundamentos filosóficos y jurídicos para nuevas prácticas sociales», en Carmen Rosa Rueda Castañón y Carlos Villán Durán, edit., *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*, Madrid, Edic. Madú, p. 261-282, 2007.
- Hunt, Paul, Informe de Relatoría Espacial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. E/CN.4/2004/49, Ginebra, 2004.
- Elías Eljuri, presidente del Instituto Nacional de Estadísticas, «La pobreza continúa disminuyendo en Venezuela», en *Instituto Nacional de Estadística, República Bolivariana de Venezuela*, <http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=376:la-pobreza>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- Künnemann, Rolf, y Bergman, David, «Obligaciones de los Estados y los actores no estatales», en Ann Blyberg y Daniel Ravindran, coord., *Círculo de derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Washington, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos / Asian Forum for Human Rights and Development, p. 177-195, 2000.
- Lander, Edgardo, «El proceso bolivariano y las tensiones de un proyecto alternativo», en *Rebelión*, 2 de febrero de 2009, *Rebelión*, <<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=80123>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- «Eurocentrismo y colonialismo en el pensamiento social latinoamericano», en Santiago Castro-Gómez, Óscar Eduardo Guardiola Rivera, Carmen Rosa Millán de Benavides, edit., *Pensar (en) los intersticios: Teoría y práctica de la crítica poscolonial*, Bogotá, Instituto Pensar, p. 45-54, 1999.
- «Los retos de otra integración en América Latina», en Esperanza Martínez y Alberto Acosta, comp., *Soberanías*, Quito, Abya-Yala / Universidad Politécnica Salesiana, p.145-165, 2010.
- Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Madrid, Siglo XXI, 2001.

- Liebenberg, Sandra, «La seguridad social como derecho humano», en Ann Blyberg y Daniel J. Ravindran, coord., *Círculo de derechos: Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Washington, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos / Asian Forum for Human Rights and Development, p. 225-248, 2000.
- López, Oliva *et al.*, «Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, p. 253-272, 2011.
- Medina, Felipe, «La responsabilidad del Estado por actos de particulares: análisis jurisprudencial interamericano», en *Debate Interamericano*, vol. 1, Bogotá, Ministerio de Relaciones Exteriores, p. 83-119, 2009.
- Melish, Tara, *La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el sistema interamericano de derechos humanos: Manual para la presentación de casos*, Quito, Orville H. Shell, Jr. Center for International Human Rights-Yale Law School / Centro de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2003.
- Navarro, Vicente, «Situación de salud en el mundo», en Marciano Sánchez, Concha Colomo y Clara Repeto, edit., *Globalización y salud*, Madrid, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, p. 15-26, 2005.
- Olsen, Frances, «El sexo del derecho», en Ramiro Ávila Santamaría, Judith Salgado y Lola Valladares, comp., *El género en el derecho. Ensayos críticos*, Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos / UNIFEM / Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2009, p. 137-156, 2009.
- Pisarello, Gerardo, «Los derechos sociales y sus garantías: Notas para una mirada «desde abajo»», en Cristian Courtis y Ramiro Ávila, comp., *La protección judicial de los derechos sociales*, Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos / Edic. Santamaría, 2009.
- Ponte, Carlos, «Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente», en Carlos Ponte *et al.*, *Salud y ciudadanía: Teoría y práctica de la innovación*, Asturias, Edic. Centro de Profesorado y de Recursos de Gijón, p. 12-18, 2008.
- Quijano, Anibal, «Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina», en Santiago Castro-Gómez, Óscar Eduardo Guardiola Rivera, Carmen Rosa Millán de Benavides, edit., *Pensar (en) los intersticios: Teoría y práctica de la crítica poscolonial*, Bogotá, CEJA / Instituto Pensar, p. 99-109, 1999.
- Sánchez Rubio, David, *Repensar derechos humanos: De la anestesia a la sinestesia*, Madrid, Ed. MAD, 2007.
- Sen, Amartya, «¿Por qué la equidad en salud?», en *Revista Panamericana de Salud Pública: revista electrónica*, No. 11, mayo-junio de 2002, en *Scientific Electronic Library Online*, <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>. Fecha de consulta: junio de 2012.
- Serrano Sandra, *Obligaciones del Estado frente a los derechos humanos y sus principios rectores: Una relación para la interpretación y aplicación de los derechos*, en *Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México*, <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/8/3567/9.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2014.

- Spinelli, Hugo, «La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades: Un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina», en Catalina Eibenschutz, Silvia Tamez y Rafael González, comp., *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud?*, México DF, Universidad Autónoma Metropolitana, p. 113-132, 2011.
- Teitelbaum, Alejandro, «Observaciones al informe final del Relator Especial John Ruggie sobre los derechos humanos, las empresas transnacionales y otras empresas», en *Boletín de Alianza Global Jus Semper*, <http://www.jussemper.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/observaciones_info_final_r.html>. Fecha de consulta: agosto de 2012.
- Valencia, Areli, «Derechos humanos y equidad social: Avanzando hacia una visión transformativa de los derechos humanos», en *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, No. 13, enero-junio, p. 205-228, 2010.
- Whitehead Margaret, The concept and principles of equity and health, doc. EUR/ICP/RPD414, s. l., Programme on Health Policies and Planning of the WHO Regional Office for Europe, 2000, en *Programa de Salud Pública y Comunitaria CIEE y FLACSO-Argentina*, <http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.
- UASB-E, Observatorio Regional de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, agroindustria, minería e industria en general, en *UASB-E*, <<http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/index.php>>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

Normativa Internacional

- 183a. Sesión Plenaria, Declaración Universal de Derechos Humanos, res. 217A(III), Ginebra, 10 de diciembre de 1948, en *Naciones Unidas*, <<http://www.un.org/es/documents/udhr/>>. Fecha de consulta: mayo de 2012.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena, doc. A/CONF.157/23, Ginebra, 25 de junio de 1993.
- Cuadragésimo tercer período de sesiones, Principios de Limburgo relativos a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. E/CN.4/1987/17, Ginebra, 8 de enero de 1987.
- Decimo séptimo período de sesiones, «Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos: Puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para proteger, respetar y remediar», doc. A/HRC/17/31, Ginebra, 21 de marzo de 2011.
- Sexagésimo primer período de sesiones, Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, res. A/44/25, Ginebra, 1989, ratificada por Venezuela, *Gaceta Oficial*, No. 34.541, 29 de agosto de 1990.
- Sexagésimo segundo período de sesiones, Informe del Relator Especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, doc. A/62/214, Ginebra, 2007.
- Trigésima Cuarta Sesión, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, doc. A/RES34/180, Ginebra, 1979.

- Vigésimo primer período de sesiones, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, doc. A/RES/21/2200, Ginebra, 1966, ratificado por Venezuela, Gaceta Oficial, No. 2.146, 28 de enero de 1978.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CDESC)

- Cuarto período de sesiones, Observación general 2 «Medidas internacionales de asistencia técnica», doc. E/1990/23, Ginebra, 1990.
- Quinto período de sesiones, Observación general 3 «La índole de las obligaciones de los Estados parte», doc. E/1991/23, Ginebra, 1990.
- Sexto período de sesiones, Observación general No. 4 «El derecho a una vivienda adecuada», doc. E/1991/23, Ginebra, 1991.
- Trigésimo noveno período de sesiones, Observación general No. 19 «El derecho a la seguridad social», doc. E/C.12/GC/19, Ginebra, 2007.
- Trigésimo quinto período de sesiones, Observación general No. 18, «El derecho al trabajo», doc. E/C.12/GC/18, Ginebra, 2005.
- Vigésimo octavo período de sesiones, Observación general No. 12 «El derecho a una alimentación adecuada», doc. E/C.12/1999/5, Ginebra, 1999.
- Vigésimo primer período de sesiones, Observación general No. 13 «El derecho a la educación», doc. E/C.12/1999/10, Ginebra, 1999.
- Vigésimo noveno período de sesiones, Observación general No. 15 «El derecho al agua», doc. E/C.12/2002/11, Ginebra, 2002.
- Vigésimo segundo período de sesiones, Observación general No. 14 «El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud», doc. E/C.12/2000/4, Ginebra, 2000.

Organización de Estados Americanos (OEA)

- IX Conferencia Internacional Americana, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Bogotá, 2 de mayo de 1948.
- Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos B-32, Convención Americana sobre Derechos Humanos, San José, 22 de noviembre de 1969. Entrada en vigor el 18 de julio de 1978.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Relatoría sobre los derechos de la mujer sobre «Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos», OEA/Ser. L/V/II, doc. 69, Washington, 2010, en *Comisión Interamericana de Derechos Humanos*, <<http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>>. Fecha de consulta: mayo de 2012.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso González y otras, Campo Algodonero - México, sentencia de 16 de noviembre de 2009, en *Corte Interamericana de Derechos Humanos*, <www.corteidh.or.cr>. Fecha de consulta: julio de 2012.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, San Salvador, 1988.

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

- Sesión de Conferencia Cuadragésima Octava, Convenio 121 sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Ginebra, 8 de julio de 1964.
- Sesión de Conferencia Quincuagésima Tercera, Convenio 130 relativo a la prestación médica y las prestaciones monetarias de enfermedad, Ginebra, 25 de junio de 1969.
- Sesión de Conferencia Quincuagésima Novena, Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos, Ginebra, 24 de junio de 1974.
- Sesión de Conferencia Sexagésima Séptima, Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, Ginebra, 22 de junio de 1981.
- Sesión de Conferencia Nonagésima Quinta, Recomendación 197 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, Ginebra, 15 de junio de 2006.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, «Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud», 2009, en *World Health Organization*, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf>. Fecha de consulta: marzo de 2012.
- Conferencia Mundial de Río de Janeiro, Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, 19-21 de octubre de 2011, *World Health Organization*, <http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, noviembre de 1986, *Organización Panamericana de la Salud*, <http://www.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=191:health-promotion-ottawa-charter&Itemid=337&lang=es>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, Yakarta, julio 21-25 de 1997, en *World Health Organization*, <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 1948, en *World Health Organization*, <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, doc. EB124/9, Ginebra, 2008, en *World Health Organization*, <http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/>. Fecha de consulta: marzo de 2012.

- Séptima reunión de miembros de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe «Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados injustos», Ginebra, enero 2007, *World Health Organization*, <<http://www.who.int/es/>>. Fecha de consulta: marzo de 2012.
- VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud, Bangkok, 7-11 de agosto de 2005, *World Health Organization*, <www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf>. Fecha de consulta: febrero de 2012.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, Kazakstán, 1978, en *Pan American Health Organization*, <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm>. Fecha de consulta: febrero de 2012.

Últimos títulos de la Serie Magíster

Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador

- 197** Edgar Zamora, LA «POLÍTICA EXTERIOR» DE BOGOTÁ EN EL SIGLO XXI: Agenda política e institucionalidad para la internacionalización (2001-2013)
- 198** David Chávez, VALOR DE USO Y CONTRADICCIÓN CAPITALISTA: Una aproximación al pensamiento de Bolívar Echeverría
- 199** Fernando Vaca, DE LA REALIDAD A LA ACCIÓN PARA LOGRAR VENTAJAS COMPETITIVAS EN VENTAS: El *e-marketing* en las pymes de Quito
- 200** Jairo Eras, ROMPIENDO BARRERAS: Propuesta de atención integral a las discapacidades
- 201** María Fernanda Racines, LOS PROYECTOS DE LEY TRIBUTARIOS «ECONÓMICOS URGENTES» EN ECUADOR
- 202** Mónica Ruiz, MEDIOS Y POLÍTICA EN PERÚ: El caso del diario *El Comercio* en las elecciones de 2011
- 203** Leidy Carolina Dorado Bravo, LA AMNISTÍA COMO ALTERNATIVA JURÍDICA AL PROCESO DE PAZ COLOMBIANO
- 204** María del Carmen Ramírez Soasti, LA PLAZA GRANDE DE QUITO: Fotografía y memoria
- 205** Raúl Moscoso, «CIUDADANOS UNIVERSALES» EN EL COMITÉ DEL PUEBLO
- 206** Gabriela Espinoza, EL ACOSO SEXUAL CALLEJERO Y LOS DERECHOS DE LAS MUJERES
- 207** María José Ramírez, LOS TRIBUTOS HETERODOXOS Y SU APLICACIÓN EN LA COMUNIDAD ANDINA
- 208** Lorena Campo, MEMORIAS EN MOVIMIENTO: Testimonios corporales sobre el diagnóstico del «trastorno bipolar»
- 209** Gustavo Andrade, LAS COMUNAS ANCESTRALES DE QUITO: Retos y desafíos en la planificación urbanística
- 210** María Elena Rodríguez, ¿QUÉ CONOCEMOS DEL DERECHO A LA SALUD?: Propuesta de marco conceptual en perspectiva crítica para Venezuela

Este libro hace un recorrido por los enfoques y concepciones dominantes sobre la salud, el derecho humano a la salud y la acción en salud, y sobre aquellos que, en contraccorriente, apuestan a deconstruir ese pensamiento y desarrollar una visión transformativa.

Desde la perspectiva crítica de los derechos humanos y la epidemiología, se propone un referente conceptual reivindicativo del carácter emancipatorio del derecho a la salud, comprendido como un derecho social fundamental inclusivo de derechos y libertades, dinámico, progresivo, complejo y socialmente determinado, que reclama abordajes más realistas e integrales.

Las reflexiones que se realizan en esta investigación tienen origen en la inquietud de trascender el enfoque biomédico y de vulneración y sanción, reducido a efectos individuales que ocultan la génesis que favorece su sistemática afectación. La determinación social de la salud se convierte así en principio clave para redimensionar el contenido y alcance del derecho y de las obligaciones y deberes institucionales.



María Elena Rodríguez (Caracas, 1966) es Licenciada en Derecho (1989) y Especialista en Derecho Administrativo (2004) por la Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, y Magíster en Derechos Humanos y Democracia en América Latina, con mención en Políticas Públicas (2009) por la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, Quito. Fue investigadora del derecho a la salud en el Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos entre los años 1996 y 2006, y coordinó el Programa de Exigibilidad en DESC. Fue docente en la Universidad Nacional Experimental de la Seguridad (Caracas) y actualmente es investigadora en materia de derechos humanos y políticas públicas.

ISBN: 978-9978-84-934-7



9789978849347