

Universidad Andina Simón Bolívar
Sede Ecuador

Área de Derecho

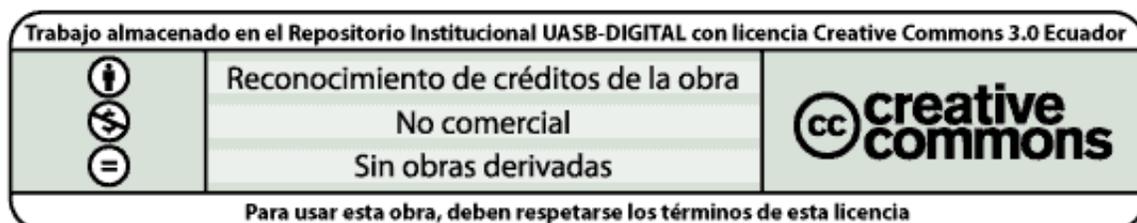
Maestría en Derechos Humanos y Democracia en América Latina

Mención Políticas Públicas

**MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD:
PROPUESTA PARA VENEZUELA DESDE LA PERSPECTIVA
CRÍTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA CORRIENTE
CRONTRAHEGEMÓNICA LATINOAMERICANA DE SALUD
COLECTIVA Y EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA**

María Elena Rodríguez Márquez

Quito, 2013



**CLAUSULA DE CESION DE DERECHO DE PUBLICACION DE
TESIS/MONOGRAFIA**

Yo, MARÍA ELENA RODRÍGUEZ MÁRQUEZ, autor de la tesis intitulada "MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD: PROPUESTA PARA VENEZUELA DESDE LA PERSPECTIVA CRÍTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA CORRIENTE CRÍTICA LATINOAMERICANA DE SALUD COLECTIVA Y EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA" mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de MAGISTER EN DERECHOS HUMANOS, MENCIÓN POLÍTICAS PÚBLICAS en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo por lo tanto la Universidad, utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico. Esta autorización incluye la reproducción total o parcial en los formatos virtual, electrónico, digital, óptico, como usos en red local y en internet.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

Fecha. 16.07.2013.....

Firma: Maria Elena Rodriguez Marquez.....

Universidad Andina Simón Bolívar
Sede Ecuador

Área de Derecho

Maestría en Derechos Humanos y Democracia en América Latina

Mención Políticas Públicas

**MARCO CONCEPTUAL DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD:
PROPUESTA PARA VENEZUELA DESDE LA PERSPECTIVA
CRÍTICA DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA CORRIENTE
CRONTRAHEGEMÓNICA LATINOAMERICANA DE SALUD
COLECTIVA Y EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA**

María Elena Rodríguez Márquez
Tutor: Jaime Breilh

Quito, 2013

Resumen

Este ejercicio de repensar el derecho humano a la salud en clave transformadora tiene como propósito avanzar en la definición de un lenguaje del derecho que no sólo resulte políticamente correcto, sino que posibilite el desarrollo de acciones judiciales, legislativas y políticas (sociales, económicas, culturales y ambientales) en torno a la salud también políticamente correctas. El enfoque basado en los derechos humanos tiene como basamento el Derecho Internacional de los Derechos Humanos constituido en marco referencial de la promoción, prevención y protección de los derechos. Los instrumentos internacionales universales y regionales vinculantes y no vinculantes, la jurisprudencia y la doctrina hacen parte de esta matriz referencial globalizada y legitimada. La teoría crítica de los derechos humanos, uno de los referentes teóricos de este trabajo de investigación, cuestiona no sólo el carácter abstracto de las normas también el sistema de valores en que se basa su desarrollo. La idea de definir y desarrollar el derecho humano a la salud en términos más reales, más “humanos” y comprometidos con la opción transformadora de realidades sociales constitutivas de la violación sistemática de este derecho hace parte del propósito de la tesis. El marco conceptual que aquí se propone tiene en el enfoque de la determinación social de la salud, desarrollado por la corriente contrahegemónica latinoamericana de Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica, otro referente clave para el desarrollo del derecho humano a la salud ya no sólo como un derecho social fundamental, también como un derecho socialmente determinado. Ello implica que el derecho de acceso a bienes, servicios y sistemas de salud supone también el acceso a condiciones de vida humana y natural saludable. La determinación social en clave interpretativa del derecho humano a la salud explica el poder determinante individual en relación con el poder determinante colectivo de la salud en varias dimensiones que dan cuenta de la interacción que hay entre las condiciones biológicas, los estilos de vida, las condiciones y modos sociales y, los procesos generales sociales y productivos que impactan la vida y la salud de las personas y de la naturaleza también. En otras palabras, impactan las condiciones en que se ejerce el derecho humano a la salud. La extensión del contenido y alcance en relación con las obligaciones del derecho, con base en el enfoque de la determinación social de la salud, se constituye además en oportunidad para el desarrollo de marcos más efectivos en prevenir, garantizar, respetar y proteger el derecho humano a la salud. La metodología de la investigación es de carácter cualitativo con apoyo en fuentes documentales, referencia bibliográfica, instrumentos internacionales de derechos humanos y marco constitucional venezolano, doctrina y jurisprudencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos.

Índice de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	7
EL VUELO DE ÍCARO: ENFOQUE HEGEMÓNICO Y CAÍDA DE LA JUSTICIA EN SALUD	16
EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE CONCEPCIONES Y ENFOQUES GLOBALES SOBRE SALUD	18
LIMITACIONES Y PRINCIPALES CUESTIONAMIENTOS A LA DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS.....	20
EL CAMINO AVANZADO DESDE ALMA ATA HASTA RÍO	22
LA CAÍDA DE LA JUSTICIA EN SALUD.....	28
CRUCE DE CORRIENTES: EL ENFOQUE DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y EL ENFOQUE DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....	34
RESUMEN DE CAPÍTULO I.....	42
CAPÍTULO II	44
MAPEANDO DE NUEVO EL DERECHO A LA SALUD: ¿QUÉ CONOCEMOS DE LA SALUD EN CLAVE DE DERECHO HUMANO?.....	44
¿QUÉ ES EL DERECHO HUMANO A LA SALUD?.....	47
1. DERECHO SOCIAL FUNDAMENTAL	47
2. DERECHO CONVOCANTE DE OTROS DERECHOS HUMANOS.....	51
SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS (SUDH).....	52
A. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (DUDH, 1948)....	53
B. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC, 1966)	53
C. CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN, 1989)	55
D. CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CETFD, 1979)	55
3. DERECHO COMO PROCESO DE LUCHA SOCIAL	57
DE LAS CARACTERÍSTICAS Y LOS PRINCIPIOS RECTORES.....	58
1. CARACTERÍSTICAS	59
A. UNIVERSALIDAD.....	59
B. DIMENSIÓN INDIVIDUAL Y SOCIAL.....	62
C. INDIVISIBLE E INTERDEPENDIENTE.....	64
2. PRINCIPIOS RECTORES.....	80
RESUMEN DEL CAPÍTULO II	85

<u>(DE)CONSTRUYENDO EL DERECHO HUMANO A LA SALUD.....</u>	<u>88</u>
<u>QUÉ COMPRENDE EL DERECHO HUMANO A LA SALUD.....</u>	<u>89</u>
<u>RESUMEN DEL CAPÍTULO III.....</u>	<u>108</u>
<u>¿CÓMO PREVENIR, GARANTIZAR Y PROTEGER LA SALUD EN CLAVE EMANCIPADORA?.....</u>	<u>110</u>
<u>DE LAS OBLIGACIONES DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD.....</u>	<u>112</u>
<u>SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS.....</u>	<u>113</u>
<u>A. OBLIGACIONES LEGALES GENERALES.....</u>	<u>113</u>
<u>B. OBLIGACIONES LEGALES ESPECÍFICAS.....</u>	<u>116</u>
<u>C. OBLIGACIONES BÁSICAS.....</u>	<u>119</u>
<u>SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.....</u>	<u>128</u>
<u>A. OBLIGACIÓN DE RESPETAR.....</u>	<u>130</u>
<u>B. OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR.....</u>	<u>130</u>
<u>C. OBLIGACIÓN DE LOGRO PROGRESIVO Y NO REGRESIVIDAD.....</u>	<u>134</u>
<u>CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.....</u>	<u>135</u>
<u>RESUMEN DEL CAPÍTULO IV.....</u>	<u>139</u>
<u>REFLEXIONES FINALES.....</u>	<u>141</u>
<u>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</u>	<u>146</u>

Introducción

El Derecho y los derechos humanos así como se constituyen en aval de protección jurídica de los “derechos”, son también instrumento de la validación de valores y relaciones imperantes en los procesos sociales y productivos hegemónicos, constituidos en base invisible de las normas y garantías de acceso a bienes materiales e inmateriales. Como también del control y la regulación de la conducta entre Estados, Estado y sociedad y actores sociales y no estatales. Mientras que el carácter “universal” de los derechos “humanos” legitima el discurso de la universalidad humana, desconoce identidades no aceptadas social y culturalmente, invisibilizadas y homogenizadas. Igual ocurre con contextos y realidades que no resultan funcionales a los intereses, las relaciones y los modelos de poder imperante.

El marco conceptual del derecho humano a la salud que se propone rescata como referentes conceptuales esta perspectiva crítica de los derechos humanos¹ y la teoría contrahegemónica de la salud, desarrollada por el movimiento latinoamericano de Medicina Social o Salud Colectiva y específicamente, la Epidemiología Crítica. La cual, según Jaime Breilh, se expresa en: a) la lucha contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista que niega la realidad como totalidad, b) la lucha contra el predominio de la

¹ La teoría crítica desarrollada por Joaquín Herrera Flores hace referencia a cuatro condiciones que resultan ilustrativas para entender el sentido y razón del enfoque crítico de los derechos humanos: a) Hay una apuesta por la visión realista del mundo en que vivimos con el fin de orientar racionalmente la actividad social y fortalecer la voluntad del hacer ante los problemas de acceso a los bienes: Buscar el cambio y la transformación de los procesos de división del hacer humano. b) Hay una apuesta por la concienciación y movilización con objetivos y fines propios. No basta el lenguaje políticamente correcto, éste debe acompañarse de acciones políticas, sociales y culturales igualmente correctas. c) Hay una apuesta por el empoderamiento de determinadas colectividades sociales que sistemáticamente viven en condiciones indignas de ser vividas, con mayores dificultades de acceso igualitario a bienes sociales. d) Hay una apuesta por la construcción de una plataforma consciente de la complejidad grupal en la que vivimos y del orden que sostiene la sociedad humana. Criticar no consiste sólo en decir “no”, sino afirmar un “sí” a algo diferente. Ver en: *La reinención de los derechos humanos*, Colección ensayando, Editorial Atrapasueños, Andalucía, 2011, pp. 50-56.

racionalidad monocultural (eurocéntrica y androcéntrica) impuesta como totalidad, c) la lucha contra el predominio de teorías totalizantes atadas a la visión de la salud como algo individual y asociado a la enfermedad, resistentes a la racionalidad colectiva y, d) la lucha por un replanteo de la relación entre el conocimiento académico y el conocimiento popular.²

Ambas teorías tienen en común el carácter histórico, multicultural, transformador y emancipador motivando luchas de dignidad, vida y salud ante la injusticia y la inequidad. No basta entonces preguntarnos qué marco conceptual será necesario para que la política de salud en Venezuela responda a una visión de derechos humanos. Más bien qué enfoques, lecturas y construcciones sobre la salud y el derecho humano a la salud hay que hacer para que resulte un marco que invite a entender la salud en su dimensión histórica, impura, real, no funcional a los valores, intereses, relaciones, instituciones y procesos reproductores de injusticia e inequidad. Y posibilite el desarrollo de una praxis en salud transformadora y emancipadora.

La dimensión político-material del derecho a la salud abandonada por el enfoque de la protección positivo-normativa requiere nuevas lecturas en lógica dialéctica y el desarrollo de un enfoque que rescate el espíritu transformador en lo normativo. Aunque la intención no es desconocer los logros del enfoque de protección y resarcimiento del Derecho de los derechos humanos, en especial, del derecho humano a la salud, al menos reconocer las 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

² Jaime Breilh, *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003, pp. 54-65.

los derechos humanos, para Valencia, debe inspirar el nacimiento de una “segunda ola” dentro del movimiento mundial de los derechos humanos con mayor énfasis en la realización efectiva de los principios de equidad social de una manera integral u holística.³

La promoción y la prevención desde la dimensión político-sustantiva del derecho además de la protección judicial y, la determinación social desde la teoría contrahegemónica de la salud abre a nuestro entender ese portal hacia una visión transformadora del conocimiento y un accionar integral en pro del derecho humano a la salud más efectivo.

El enfoque de la determinación social busca superar la lógica causalista en la salud resultando clave no sólo para el análisis de la salud como objeto, como concepto y como acción, también la salud como un derecho socialmente determinado en diferentes dimensiones de la realidad (general, particular y singular). Bajo un paradigma dialéctico, histórico y transformador la noción de la determinación se asume como el “proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades”. Y la salud como un objeto complejo y multidimensional (la dimensión general de la sociedad, la dimensión particular de los grupos sociales y la dimensión singular de los individuos) en el que se incorporan las relaciones de poder como matriz integrada (clase-género-etnia) y la interculturalidad como condición de la subjetividad y objetividad del conocimiento.⁴

³ Areli Valencia, “Derechos humanos y equidad social: Avanzando hacia una visión transformativa en la protección de los derechos humanos”, en *Rev. Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, No. 13, enero-junio 2010, pp. 205-228.

⁴ Jaime Breilh, “Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud”, en *Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*, ALAMES y Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México 2010.

Hay una relación entre los procesos sociales y los modos y estilos de vivir, enfermar y morir que se entrelaza con el poder y la cultura.

Lo que exige una revisión del enfoque conceptual y la acción global desarrollada en salud y reproducida en el derecho humano a la salud. Además, la intención de proponer un marco conceptual del derecho a la salud que dialogue entre enfoques y nociones hegemónicas y contrahegemónicas y como señalamos antes, rescate el valor transformador y emancipador de las normas del cuerpo internacional de los derechos humanos y constitucional venezolano.

Venezuela vive tiempos de cambio o por lo menos hacia allá se apunta. Y también de constante confrontación con los intereses y valores de clase y las relaciones, actores y estructuras representativos del poder tradicionalmente dominante. En opinión de Edgardo Lander el proyecto bolivariano es un proyecto político, ideológico y estratégico “de otra sociedad” en cambio permanente, con dos ideas claves: la noción del pueblo popular y la noción de soberanía, traducidas en “pueblo soberano”.⁵ No obstante, Lander también señala que a pesar de la oposición radical del discurso oficial a la democracia “puntofijista”, la democracia participativa en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) no resulta en alternativa opuesta a la democracia representativa sino en complemento para la profundización de la democracia con nuevos terrenos en términos de participación. En tanto que la dependencia de la renta petrolera no sólo se mantiene, está acentuada aunque ahora asegurándose la propiedad y el control por parte del Estado, incluyéndose también otros sectores básicos de la economía (electricidad, servicios públicos e industrias básicas). Perspectiva que representa cierta continuidad del

⁵ Edgardo Lander, “El proceso bolivariano y las tensiones de un proyecto alternativo”, en *Rev. Rebelión*, 02.02.2009, en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=80123>.

modelo socialdemócrata anterior, pero a la vez en contracorriente al resto de América Latina, inmersa en 1999 en el contexto e imaginario global neoliberal.⁶

Venezuela se define ahora como un Estado democrático y social, de derecho y justicia que otorga prioridad a la vida, la igualdad, la libertad, la justicia, la democracia, la solidaridad, la responsabilidad social, los derechos humanos, la ética y el pluralismo político. Y el gobierno, se define como democrático, participativo, electivo, descentralizado, alternativo, responsable, pluralista y de mandatos revocables.

Los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales a la par de los derechos civiles y políticos tienen igual jerarquía, no reconocido así en constituciones anteriores. Y la universalidad, la progresividad, la indivisibilidad e interdependencia, la igualdad y no discriminación hacen parte de los principios rectores de los derechos humanos. El derecho a la salud se define como un derecho social fundamental parte del derecho a la vida y se prohíbe la privatización de los bienes y servicios públicos de salud.

En el plano contextual el período 2002-2003 representa tiempos de crisis política y económica para el país, con un golpe de estado en abril del 2002 y el paro petrolero de diciembre de ese año y enero del 2003. Lo que derivó en la radicalización del proceso bolivariano definido ahora como contrahegemónico, nacionalista y antiimperialista. En ese contexto se impulsa una nueva política social caracterizada por la integralidad entre lo social, lo económico y lo cultural, el retorno de la universalidad social, la solidaridad y la participación e inclusión de personas y grupos históricamente excluidos del bien-estar material. En tanto que en el plano regional se avanza hacia la consolidación de alianzas políticas.⁷

⁶ Ídem.

⁷ Ídem.

En el año 2006 se decreta el inicio de la transición hacia “el socialismo del siglo XXI” como alternativa de sociedad, teniendo como fundamento el desarrollo social, el desarrollo endógeno y la democracia participativa con base local. Las líneas de la política social fortalecen el retorno del universalismo, la solidaridad y la participación protagónica del pueblo constituido en poder popular.⁸

En el sector salud la Misión Barrio Adentro resulta emblemática promoviéndose nuevamente 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. Barrio Adentro es impulsada en el año 2003 y tiene como objetivo ofrecer servicios de prevención social y cuidados sanitarios bajo el enfoque de la integralidad y la universalización de la salud, en beneficio especial de sectores de la población tradicionalmente privados o excluidos de los servicios básicos sociales y sanitarios. De hecho, ha contribuido a ampliar la cobertura de los servicios públicos sanitarios en los diferentes niveles de asistencia a la salud, articulados en red con otras misiones sociales de sectores de la cultura, el deporte, la economía social, los servicios domésticos (agua potable, saneamiento sanitario básico, electricidad y gas), la vivienda, la seguridad alimentaria y la seguridad social.⁹

En términos más estructurales, junto con el resto de misiones sociales, Barrio Adentro ha impactado a favor de la reducción de los indicadores de pobreza multidimensional y pobreza extrema,¹⁰ favoreciendo la reducción de desigualdades

⁸ Hans-Jürgen Burchardt, “Un misionero y sus misiones. Progresos y trabas de la nueva política social en Venezuela”, en *Rev. Politeia*, No. 42, Vol. 32, Instituto de Estudios Políticos, UCV, 2009, pp. 82-85.

⁹ Francisco Armada, “Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela”, en *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina*, Observatorio Latinoamericano de Salud, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito 2005, pp. 195-199.

¹⁰ INE, Elías Eljuri, “La pobreza continúa disminuyendo en Venezuela.” Ver en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=376:la-pobreza.

socioeconómicas y también socioterritoriales. Sin embargo, avanzar y afianzar condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y ambientales saludables, solidarias y sustentables resulta entre los retos pendientes.

Más recientemente, en “Golpe de Timón”, documento trabajado por el expresidente Hugo Chávez en su última reunión de Consejo de Ministros en octubre del 2012, se afirma: El socialismo es democracia y la democracia es socialismo en lo político, en lo social, en lo económico. Para avanzar hacia un nuevo ciclo de transición, afirma, son cinco los factores determinantes que se identifican: 1) la transformación de la base económica del país en democrática, porque la base económica de un país capitalista es todo lo contrario, antidemocrática y excluyente; 2) el cambio en el rol del Estado, para que el proceso acumulativo se oriente a la satisfacción de las necesidades más sentidas por la población, junto a la defensa de la soberanía; 3) la incorporación de mecanismos de autogestión productiva con base comunitaria y colectiva; 4) la planificación democrática como mecanismo regulador de las relaciones productivas; 5) la ubicación autónoma del país ante la internacionalización del sistema capitalista.¹¹

Lo económico, visto como problema clave, impone, en consecuencia, modificar la base productiva y rentista de Venezuela y avanzar en el proceso de la construcción-deconstrucción de un nuevo modelo político, económico, social y cultural de sociedad.

Precisamente, este modelo de sociedad, en contracorriente al modelo hegemónico se convierte en referente contextual del espíritu de cambio presente en la tesis. El marco conceptual que se propone no es neutral, por el contrario, rescata la dimensión política del derecho humano a la salud. A nuestro entender la promoción y la protección del derecho no se satisface sólo con un marco de normas y procedimientos de protección

¹¹ Hugo Chávez, “Golpe de Timón” Caracas, Oct. 2012. Mimeo., en: www.minci.gov.ve.

judicial, pasa también por crear condiciones reales que apuntalen a la transformación de los modos sociales y condiciones de vida determinantes de las inequidades y desigualdades sociales y sanitarias. Implica además una apuesta por cambios más radicales en torno a la génesis de la injusticia en salud.

La tesis está dividida en cuatro capítulos. El capítulo primero hace una introducción a las corrientes de pensamiento dominante y los enfoques que han caracterizado la evolución conceptual de la salud, los determinantes y la determinación social de la salud, de cara a la acción desarrollada y los resultados logrados. Recorrido que revela contradicciones, expresión del conflicto de valores e intereses en pugna (económicos, sociales, culturales, políticos) en torno a las concepciones de salud y la acción en salud desarrolla.

El capítulo segundo presenta el desarrollo de la salud en clave de derecho humano para lo cual resulta fundamental trabajar una concepción emancipadora de la salud tal como lo hacen 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 tercero sigue la lógica construyendo-deconstruyendo el desarrollo conceptual y el alcance normativo y sustantivo del derecho humano a la salud con base en el horizonte de equidad y justicia en salud.¹² La propuesta conceptual resulta en

¹² La concepción de justicia y equidad que inspira este trabajo toma en cuenta el enfoque de la redistribución pero también reconoce su carácter funcional en el sistema de acumulación de capital y

perspectiva de integralidad, multidimensionalidad, solidaridad y sustentabilidad. Y el derecho humano a la salud asumido como un derecho social exigible judicialmente y también un derecho socialmente determinado.

El cuarto y último capítulo busca dar respuestas a ¿cómo prevenir, garantizar y proteger la salud en clave emancipadora? Se describen las obligaciones del derecho humano a la salud bajo los parámetros internacionales (universales y regionales) de protección de los derechos humanos y también en la CRBV. Y se reflexiona sobre el enfoque de la vulneración y la responsabilidad estatal por incumplimiento (acción/omisión) de las obligaciones a cargo y la consecuente violación del derecho humano a la salud. Incluido el debate sobre la titularidad de la responsabilidad no estatal financiera y empresarial.

reproducción social (jerárquica, desigual y excluyente) dominante. Más que negar es afirmar algo diferente al menos en valores e ideas para una acción en salud creadora y protectora de la vida, vida vivida en dignidad, incluida la vida de la naturaleza. Creemos firmemente que la cultura de protección de derechos debe empezar a abrir senderos para la prevención real e integral de la vida y la salud humana y de la naturaleza.

CAPÍTULO I

El vuelo de Ícaro: Enfoque hegemónico y caída de la justicia en 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, con base en lo que se llamó el nuevo orden económico mundial¹³ ilustran una situación social, económica, cultural, ambiental y política asociada a la salud que resulta contradictoria y atrapada en un laberinto de saberes al servicio de los intereses y valores legitimados del poder global.

La salud como objeto social del desarrollo de los Estados ha sido tejido con alas de cera en un contexto de globalización económica que ha derretido los imaginarios del Estado nación y el tejido social, otorgándole 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 hacen parte de los resultados.¹⁴ La demanda de equidad y el desarrollo multidimensional de la acción en salud durante la

¹³El Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) fue propuesto para superar el modelo económico concebido en Bretton Woods, en 1944, que derivó en brechas entre los Estados centrales y periféricos. En 1974, en el marco de la VI Conferencia de Naciones Unidas se aprueba la Declaración y Programa de Acción para el Establecimiento del NOEI. Bajo el lema “ayuda al desarrollo” se proponen reglas de financiamiento de la economía internacional con objetivos de ayuda y asistencia al desarrollo, el comercio internacional, las finanzas internacionales, la industrialización, la ciencia y la tecnología. También, en torno a las actividades de empresas transnacionales, soberanía económica, distribución equitativa del ingreso y la riqueza e impulso del bienestar social. No obstante, contrario a esos objetivos el NOEI y sus estructuras financieras internacionales se convirtieron en factor estructural de la génesis y expansión de las inequidades y las desigualdades entre y dentro de los Estados, la profundización de la pobreza mundial y, la dominación económica, política y militar de países centrales con respecto a los países en “vías de desarrollo”.

¹⁴ Boaventura de Sousa, Santos, *La Globalización de las Ciencias Sociales*, Editorial Cortez, Sao Paulo, 2002, p. 11.

segunda mitad del siglo XX y lo que va del siglo XXI se ha convertido en un discurso redundante que no visibiliza los procesos de génesis de la determinación social de la salud.

Aunque el modelo sobre determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece una nueva oportunidad de producción de conocimiento e intervenciones en torno a los procesos de inequidad socioeconómica, sociocultural y socioambiental en salud, se cuestiona la mirada reduccionista que sigue presente, 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.¹⁵

Este autor insiste sobre la importancia del desarrollo de una noción y acción dialéctica de la salud y los procesos determinantes no sólo de la salud, de la vida humana y de la naturaleza. Implica el desarrollo de una consciencia crítica y una práctica responsable ante los efectos de la expansión del poder económico y su apología al mercado, de cara a la caída de la justicia en salud en detrimento de las mayorías históricamente dominadas, oprimidas, explotadas y excluidas. Y también en detrimento de la naturaleza. El llamado a la coherencia en la Carta de Bangkok resulta más bien un llamado a la gobernanza, en el marco de la misma lógica de la cuestionable teoría de los determinantes sociales.

¹⁵ Jaime, Breilh, "Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud", ponencia en Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, México, 29 de septiembre al 02 de octubre, 2008. Mimeo.

En este primer capítulo el recorrido histórico sobre nociones, enfoques y modelos globales en torno a la salud, el proceso de la determinación social y los determinantes sociales subyacentes, revela saldos conceptuales pero también un llamado ante las inconsistencias y lagunas teórico-prácticas que demandan nuevas deconstrucciones. Para así ir armando un marco conceptual que abra posibilidades a la coherencia en relación con los fines de bien-estar integral y justicia social postulados mundialmente en torno a la salud.

Se parte de una mirada global y contextualización histórica en torno a las nociones sobre salud y su determinación social que en los siguientes capítulos irá aterrizando en el contexto normativo interno.

Evolución histórica de concepciones y enfoques globales sobre salud

Los enfoques conceptuales de la salud en occidente revelan una evolución histórica que parte de la concepción mágico-religiosa donde lo sobrenatural se asumía como causa de lo anormal y la enfermedad como castigo divino. El recorrido que de seguida se presenta tiene la intención de ubicar en el tiempo las matrices de pensamiento dominante que explican las intervenciones 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 la edad media la corriente de pensamiento dominante es más bien teológica-filosófica estando la razón sometida a la autoridad de la fe religiosa. De hecho, el cuerpo

no podía ser objeto de estudio científico, sólo sus fluidos. Pero la reubicación de la asistencia sanitaria fuera del clero facilita la práctica terapéutica privada que luego será tachada de hechicería y perseguida por la misma institución religiosa.¹⁶

En 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 entornos saludables, los modos de vida y sus efectos sobre la salud. En este período se desarrolla el concepto de la medicina estatal y se producen estudios sobre las enfermedades ocupacionales, agrupadas como enfermedades sociales producidas por el hombre en oposición a las enfermedades infecciosas y epidémicas.¹⁷ Incluso, a mediados del siglo XIX había investigaciones que ya daban cuenta de la relación entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones socioeconómicas de las personas, sin embargo, el eco que tuvieron resultó mínimo. El enfoque que privó siguió marcado por un sentido negativo que equiparaba salud con ausencia de enfermedad. Y la producción del conocimiento sobre salud, se hizo, en consecuencia, desde las ciencias puras de la salud.¹⁸

A finales 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 los avances científicos en el campo de la salud y el desarrollo de sistemas públicos de salud basados en el modelo médico-asistencial y una noción de salud

¹⁶ Mary Lindemann, *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, 2001, p 2, 235-241.

¹⁷ FLACSO y CIEE, Argentina, Programa de Salud Pública y Comunitaria, Módulo 1. Acepciones actuales. Ver en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>.

¹⁸ Carlos, Ponte, “Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente”, en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.

centrada en la enfermedad. Bajo 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.¹⁹

Las limitaciones para justificar y abordar los nuevos problemas de salud asociados a afecciones de salud que demandaban una revisión del enfoque individual biologicista (enfermedades crónicas y mentales) hace que este enfoque también entre en crisis.

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”.²⁰ Esta definición de salud relaciona lo biológico con lo social asociado a la noción de bienestar pero se hace desde la dimensión individual del bienestar. Por lo que resulta en otro enfoque que no dejado de ser lineal y reduccionista, visibilizándose sólo parte de los elementos del proceso complejo de la salud.²¹ Cabe decir, este concepto no sólo se constituye en la base jurídico-política de actuación de la OMS, influye la formulación de la política sanitaria en todo el mundo y el desarrollo de estándares (internacionales e internos) que como veremos están reproducidos en el derecho humano a la salud.

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

¹⁹ Ídem.

²⁰ OMS, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York. 1948, p. 1, en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.

²¹ Jaime Breilh, “La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud”, en *Revista de análisis político: La Tendencia*, Friedrich Ebert Stiftung/Ildis, Quito, Nro. 13 abril/mayo, 2012, pp. 106-111.

Los primeros señalamientos a la definición de la OMS cuestionaron al carácter utópico, estático y subjetivo de la salud como “estado” de “completo” bienestar. Cuestionamientos que derivan incluso en una propuesta de modificación a dicha definición: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad.”²²

Milton Terris, una de las principales voces críticas es quién propone estos cambios conceptuales a la definición de la OMS. Terris cuestiona, sobre todo, que pueda existir un estado completo o absoluto de salud. Ya que la salud no resulta en un estado estático, por el contrario, hace parte de una relación dinámica y continua entre vida, malestar (físico, mental y social), enfermedad y muerte. Además, propone un componente objetivo, las capacidades funcionales, que permiten reaccionar o adaptarse ante los determinantes de la salud individuales y colectivos.²³

De esta contrapropuesta se rescata en particular la noción de salud más como fenómeno dinámico y dialéctico, que estado estático y lineal. Y más que completo bienestar, como bienestar relativo, complejo y multideterminado.

También desde la Epidemiología Crítica latinoamericana, Breilh señala, como fue mencionado antes, que la idea “completo bienestar físico, mental y social” de la salud asumida desde la dimensión individual del bienestar aunque busca superar la visión restringida y negativa de la 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, sólo parte de sus elementos se muestran y realizan como efectos en los sujetos” posibilita superar el

²² Ídem.

²³ Ídem.

enfoque biomédico y a la vez afianzar el paradigma de la complejidad social de la salud. Permite además comprender la salud como un proceso multidimensional que comprende elementos generales de la estructura social general, los procesos de los modos de vivir, trabajar, enfermar y morir de los grupos sociales, los estilos individuales de vida y las condiciones biológicas, psicológicas y corporales.²⁴

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 la salud y los determinantes sociales de la salud se ha recorrido un trayecto de más de tres décadas de propuestas conceptuales y acuerdos políticos sin que las metas de justicia y equidad en salud logren concretarse.²⁵ Son numerosas las reuniones y cumbres internacionales celebradas con acuerdos y alianzas globales para avanzar en pro de la promoción y la prevención integral en salud.

El rechazo a la inequidad en salud se promueve en un contexto de aceleramiento global de la producción y reproducción social con base en el orden económico y social mundial responsable de la expansión de la inequidad y desigualdad global en detrimento mayormente de los Estados periféricos y los pueblos en condiciones de mayor vulnerabilidad y exclusión social. Orden económico y social que no sólo resulta en piedra fundacional del desarrollo de los Estados sino también del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos.

²⁴ Jaime, Breilh, “La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud”, Op.cit.

²⁵ Ver anexo 1 para mayor detalle sobre instrumentos referenciales de la salud pública y colectiva.

a. Declaración de Alma-Ata (1978)

El recorrido por cumbres internacionales parte con la Conferencia Internacional de Alma Ata, en Kazajstán,²⁶ emblemática para el tratamiento de la atención primaria de la salud. En dicho instrumento se contempla el enfoque de los determinantes de la salud y se reivindica la salud como un derecho humano fundamental. Los Estados asumen compromisos políticos de promoción y protección de la salud que en clave de derechos humanos implica el cumplimiento de obligaciones no legales de respeto, garantía y protección de la salud. Particularmente destaca la obligación de promover y garantizar el derecho a la participación comunitaria en salud.

El logro del nivel más alto posible de salud se convierte en objetivo común de los Estados y hay un llamado internacional a intervenciones multisectoriales, sociales y económicas adicionales a las propias del sector salud. El lema “la salud para todos en el año 2000” se convierte en una meta mundial cuya estrategia central será el desarrollo de la atención primaria de la salud.²⁷ Sin embargo, los resultados alcanzados a más de tres décadas de Alma Ata dan cuenta del desplazamiento de lo social asociado a la salud a favor del crecimiento macroeconómico de Estados potencias mundiales y de actores no estatales con poder transnacional y local.²⁸

²⁶ OMS y UNICEF, Declaración de Alma-Ata, en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Kazakstán en la antigua Unión Soviética, 1978., en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.

²⁷ La atención primaria de la salud se define como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación.

²⁸ El sector salud ilustra muy bien esas contradicciones con datos globales que dan cuenta de: a) la mercantilización de los servicios de salud; b) el surgimiento de nuevas y viejas enfermedades previamente controladas y relacionadas con modos y estilos de vida, medios y entornos (in)saludables y, la movilidad

b. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986)

La Carta de Ottawa es hoy un referente básico de promoción de la salud, aprobada en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud,²⁹ asume la noción de salud como estado integrador de bienestar humano. Y la paz mundial, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, los ecosistemas estables, la justicia social y la equidad, sus prerequisites. En tanto que la promoción de la salud, la vía para promover medios necesarios para mejorar la salud colectiva y ejercer un mayor control sobre la salud y el bienestar físico, mental y social.

La gama de factores determinantes de la salud resulta ampliada a factores políticos, culturales, ambientales y conductuales además de los biológicos, sociales y económicos, reconocidos en Alma Ata. Se afirma que los lazos socio-económicos, socio-ambientales, socio-culturales y socio-políticos hacen parte clave de la determinación de la salud. No obstante, la responsabilidad del control sobre el paquete de factores (sociales, económicos, políticos, culturales, medioambientales, conductuales y biológicos) recae prácticamente sobre las personas y los grupos.

humana; c) la expansión de las desigualdades en torno a la morbilidad prevenible, la mortalidad temprana infantil y materna y, el acceso universal a medicamentos, bienes y servicios de la salud; d) la degradación del medio ambiente, la pérdida de la biodiversidad y el fenómeno del calentamiento global; e) la pandemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH/Sida) en países periféricos y semiperiféricos; f) la pérdida de soberanía alimentaria, de la mano de hambrunas mundiales; e) la incidencia de mortalidad temprana e incapacidades como consecuencia de guerras y conflictos internos con un móvil económico. De cara a una mayor tecnificación y avances en las ciencias de la salud y, la tendencia global al incremento de la esperanza de vida al nacer que ciertamente no hace visible las desigualdades socioeconómicas, de género, etnia, edad y territoriales dentro de los Estados.

²⁹ OMS, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986, en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.

Son cinco las áreas estratégicas contempladas para la promoción de la salud: políticas públicas integrales, entornos favorables, acción comunitaria, estilos de vida saludables y servicios de salud.

c. Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en el Siglo XXI (1997)

La Declaración de Yakarta adoptada en la IV Conferencia Internacional sobre la Promoción de Salud³⁰ resulta otro referente global de la promoción de la salud y especialmente en relación con los retos y desafíos presentes y futuros del accionar colectivo en salud del siglo XXI.

Nuevamente la salud aparece reivindicada como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico de los Estados, en tanto se reconocen nuevos desafíos en los determinantes sociales de la salud relacionados con la expansión mundial de la pobreza. De hecho, la lista de los prerequisites de salud resulta ampliada a la seguridad social, las relaciones sociales, el empoderamiento de la mujer, el respeto a los derechos humanos, el uso sostenible de recursos, además de la paz, una vivienda adecuada, la educación, la alimentación, los ingresos, los ecosistemas estables, la justicia social y la equidad, anteriormente referidos. Prerequisites que podrían re-agruparse en: justicia y equidad, desarrollo social sostenible y solidario, garantía integral de los derechos humanos en salud. Y el empoderamiento de la mujer, develándose el género como otro determinante de la salud.

³⁰ OPS-OMS, Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, adoptada en la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Yakarta, 1997, en: www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.

Entre los principales señalamientos destacan, particularmente: 1. Garantizar el derecho a la salud demanda acciones colectivas responsabilidad de los Estados; 2. La promoción de la salud se reivindica como el enfoque práctico de la equidad en salud; 3. El fortalecimiento de la promoción de la salud demanda adaptaciones a los cambios que experimentan los factores determinantes de la salud; 4. Persiste la necesidad de abordajes integrales de la salud y el desarrollo del enfoque de derechos humanos y género; 5. La participación popular, el empoderamiento de las mujeres y el desarrollo de alianzas intersectoriales están reivindicados como medios importantes del desarrollo social y la promoción de la salud.

d. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud (2005)

Otro referente clave y más reciente resulta la Carta de Bangkok, aprobada en la VI Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud del año 2005.³¹ Destaca particularmente por el señalamiento de nuevos factores determinantes de la salud y la importancia dada a la promoción de la salud en el contexto de la globalización del siglo XXI. Se reconoce 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.

Hay un llamado nuevamente a favor de la salud colectiva dirigido a los gobiernos, organismos de Naciones Unidas u otras organizaciones, incluido ahora el sector privado

³¹ OMS, Carta de Bangkok, para la Promoción de la Salud, Bangkok, 1995, en: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.

empresarial. No obstante, las estrategias de acción que se proponen resultan centradas en temas de gobernanza (mundial y nacional), marcos normativos de garantía y protección jurídica de la salud en clave de derecho, alianzas interinstitucionales e internacionales y participación de las comunidades en asuntos de salud colectiva.

Medidas que no proponen transformaciones reales, por el contrario, resultan funcionales a las relaciones de poder e intereses hegemónicos. Buscan atenuar los efectos más no transformar su génesis.

e. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud (2011)

La Conferencia Mundial de Río de Janeiro y su Declaración política sobre determinantes sociales de la salud³² resulta en otra oportunidad para acuerdos conceptuales y el desarrollo de una praxis de promoción de la salud en el siglo XXI que actúe a favor del bienestar integral. No obstante, las acciones priorizadas no trascienden de la gobernanza participativa: 1. Mejoramiento de la gobernanza nacional en pro de la salud y el desarrollo sostenible mediante procesos transparentes e incluyentes de toma de decisiones, formulación de políticas equitativas y eficaces y, rendición de cuentas con resultados cuantificables. 2. Fomento de la participación social y comunitaria en la formulación y aplicación de políticas que reconozcan las necesidades de los más afectados por las inequidades sociales. 3. Reorientación del sector salud para la reducción de las inequidades sanitarias a través de servicios de salud accesibles, disponibles, aceptables, asequibles y de calidad. 4. Fortalecimiento de la gobernanza mundial siendo

³² OMS, Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, 2011, en: http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf.

importante la cooperación y la solidaridad internacionales. 5. Fortalecimiento de espacios de rendición de cuentas y vigilancia social de medidas adoptadas y sus resultados.

Estas medidas y la Declaración en si ha sido objeto de rechazo y señalamientos por resultar en lógica funcionalista más no transformadora, reducida prácticamente a recomendaciones de gobernanza. De hecho, la Epidemiología Crítica cuestiona que este enfoque de los determinantes sociales aunque se abre al análisis estructural, lo hace desde una lógica de causas en diferentes niveles que invisibiliza el orden social de acumulación de capital y exclusión social que reproduce las condiciones (factores) desiguales en que las personas viven, trabajan, enferman, y mueren. Todo lo contrario a un enfoque integral de salud y de transformaciones reales.³³

En resumen, la Declaración de Río en tanto representa una nueva oportunidad para atar compromisos internacionales en torno a la determinación de la salud, resulta en otro instrumento declarativo y una nueva variante del modelo causalista-reduccionista-funcionalista de los determinantes sociales de la salud. Las acciones a favor de la promoción de la salud y en contra de las inequidad no sólo no son novedosas, no tienen la intención de impactar la génesis de los modos sociales y condiciones (sociales, ambientales, económicas y culturales) negadoras de vida y salud humana y natural.

La caída de la justicia en salud

³³ Jaime Breilh: “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva)”. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. Documento presentado en VIII Seminario Internacional de Salud Pública: Saberes en Epidemiología en el Siglo XX, Bogotá. Mimeo.

La visión integradora de la salud en vez de materializarse durante este período de tiempo, nutrido de numerosos debates, reuniones, declaraciones y compromisos políticos internacionales, experimenta más bien un retroceso drástico que se expresa, en:

- El deterioro de indicadores universales de salud pública;
- Elevadas tasas de mortalidad infantil y materna prevenibles;
- La reemergencia de enfermedades previamente controladas, asociadas a condiciones de vida;
- La incidencia de nuevas enfermedades vinculadas más que todo con el fenómeno de la movilidad humana, nuevos estilos y modos de vida;
- El incremento de enfermedades e incapacidades asociadas con entornos de trabajo y vida, no saludables e inseguros;
- La expansión de la pobreza, desigualdades y exclusión social en salud;
- Mayor concentración del poder y las riquezas en pocas manos a favor de empresas transnacionales, países centrales y actores privados y sociales históricamente privilegiados;
- El abandono progresivo de la protección social a cargo del Estado;
- El reforzamiento de la visión médico-asistencial de la salud, junto a la mercantilización de bienes y servicios de salud y otros asociados a las condiciones de vida.³⁴

El proceso de globalización neoliberal de América Latina, sobre todo, durante los años 80 y 90 del siglo XX, revela la mayor implementación de programas de ajuste

³⁴ 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 Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, México, 2009. Mimeo.

estructural del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Y da cuenta de la progresiva medicalización y mercantilización de los bienes y servicios públicos de atención a la salud,³⁵ además de la privatización de otros servicios (agua, saneamiento sanitario básico, energía eléctrica, gas, educación, transporte urbano/rural) cuyo acceso resulta determinante para las condiciones de vida.

La revolución tecnológica y los avances en la informática, robótica y biotecnología en salud hacen también parte de los componentes globalizantes que fortalecen el enfoque biomédico y de eficacia en salud, además de resultar funcionales a los intereses del mercado y las dinámicas globales del capital. Igual ocurre con la industria farmacéutica y la comercialización de los equipos médicos e insumos clínico-quirúrgicos.³⁶ El derecho humano a la salud termina convertido en mercancía sujeta a los vaivenes del mercado y, el ingreso familiar, en determinante base del acceso, oportunidad y calidad de los bienes y servicios de salud. En tanto que la demanda por la determinación social de la salud, silenciada a favor de la estabilidad macroeconómica y la liberalización del mercado interno.

En el sector laboral la flexibilización de las relaciones de trabajo y la precarización del empleo ha venido acompañado 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.³⁷ Otro ejemplo es la expansión de la

³⁵ En Venezuela el paquete neoliberal se tradujo en reducción de la presencia del Estado en el financiamiento y ejecución de las políticas y servicios de salud, liberalización de los precios de productos básicos, incluido los honorarios de la medicina privada, apertura de las aseguradoras privadas de salud y de la seguridad social transnacional, descentralización territorial de los bienes y servicios de salud sin evaluación de las capacidades regionales, derivando en prácticas privatizadoras de servicios asistenciales.

³⁶ Oscar Feo, , “Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente”, en II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental, Bahía, Brasil, 2002, en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a11v8n4.pdf>.

³⁷ Ídem.

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, transformación y distribución de alimentos a gran escala para la exportación han copado prácticamente los espacios, capacidades y posibilidades locales. Y la hegemonía que detentan ahora 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 la producción industrial se revela además un incremento de la morbilidad por enfermedades ocupacionales asociadas a la toxicidad de los productos químicos e insumos empleados, estrés laboral e incidencia de neoplasias ocupacionales.³⁸

La globalización bajo estos términos representa la imposición de una forma de concebir el mundo, la sociedad, los sistemas de producción y transferencias financieras, además de las relaciones entre los Estados que impacta en las condiciones de vida, trabajo, salud y muerte. 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

³⁸ UASB, Observatorio Regional de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, Agroindustria, minería e industria en general, en: <http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/index.php>.

universalización de la civilización capitalista y la conformación de un bloque central de poder que aparece como la autoridad de todo el orden mundial.³⁹

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 el sendero para alcanzar el desarrollo económico y “social” de los Estados.^{40 41} Lo paradójico es que tanto los intereses colectivos como los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales quedan a la merced del libre mercado transnacional.

La convergencia necesaria ahora es entre las libertades políticas y las libertades económicas y, la imposición global de ese consenso se vuelve monopólica. Las especificidades desaparecen y la receta neoliberal se aplica a todos los países por igual independientemente de los contextos y realidades. Lo que favorece el incremento de brechas entre y dentro de los Estados, siendo aplicado un único modelo (económico, político, social y cultural) en sociedades y realidades que son muy diferentes.^{42 43}

En el campo de la salud el BM se convierte prácticamente en la principal institución financiera de la salud mundial, cooptando el poder político de la OMS y llega

³⁹ Aníbal Quijano, “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina”, en *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*. CEJA: Instituto Pensar, Santa Fe de Bogotá, 1999, p. 100.

⁴⁰ Boaventura de Sousa Santos, “Los procesos de globalización”, en *La Globalización en las Ciencias Sociales*, Editorial Cortez, Sao Paulo, 2002, p. 26-28. Traducción propia.

⁴¹ La globalización económica neoliberal prescribe como consenso global el Consenso de Washington, suscrito por los Estados centrales del sistema mundo a mediados de la década de los 80 del siglo XX. Allí se prescribe el papel de los Estados en la economía y el rol de nuevos actores económicos transfronterizos y convertidos en actores centrales de la economía mundial. Las bases principales, son: dependencia del sistema financiero y de la inversión internacional, flexibilización de los procesos de producción multifocal, reducción de los costos de transporte, revolución tecnológica de la información y la comunicación, emergencia de bloques capitalistas mundiales. Boaventura de Sousa Santos...p. 29.

⁴² Boaventura de Sousa Santos, Los procesos de globalización...p. 42.

⁴³ En Venezuela, la influencia neoliberal toma impulso durante el segundo gobierno de Carlos Andrés Pérez (1989-1992) y se profundiza en el segundo gobierno de Rafael Caldera (1993-1998), con medidas de ajuste estructural que implicaron el recorte financiero a programas sociales y la privatización de varios servicios entre los que el sector salud hizo parte de dicha receta. El gobierno de Hugo Chávez Frías (1999-2012) representa el quiebre de ese impulso neoliberal.

a establecer nuevos lineamientos y directrices globales para el desarrollo de una (nueva) acción en salud, contraria, incluso, a los parámetros contemplados en Alma Ata, Ottawa, Adelaida, Yakarta y Bangkok.⁴⁴ Se fortalece el modelo biomédico de la salud, privatizado ahora y funcional a los intereses económicos transnacionales, en detrimento de la acción colectiva e integral de la salud.

Y la noción de Estados nación o Estados soberanos queda reducida a su mínima expresión. América Latina es un buen ejemplo de ello, convertida en el subcontinente con mayores brechas sociales entre y dentro de los países. Edgardo Lander señala como 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 niveles de bienestar de esos países. En tanto que las miradas de autonomía y equidad se vuelven arcaicas y utópicas.⁴⁵

La expansión de esta matriz de pensamiento ha sido tal que ya no sólo se está ante un contexto de financiamiento internacional y de acuerdos comerciales transnacionales, la gama de posibilidades de integración transfronteriza se amplía a: el 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 y la Unión Europa. En la otra orilla se ubica la Alianza Bolivariana para los Pueblo de nuestra América (ALBA) y la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), que proponen

⁴⁴ Vicente Navarro, "Situación de salud en el mundo", en *Globalización y Salud*, Federación de Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Sanidad Pública, Madrid, 2005, p. 18-20.

⁴⁵ Edgardo Lander, "Eurocentrismo y colonialismo en el pensamientos social latinoamericano", en *Pensar (en) los intersticios*, Instituto pensar, Bogotá, 1999, p. 49-50.

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, bajo una dimensión sociopolítica y de derechos humanos.⁴⁶ Estas iniciativas igual cuentan con el reto de no convertirse en espacios de aprobación de acuerdos y discursos alternativos que no conlleven procesos y resultados de verdaderas transformaciones estructurales y la garantía real de los derechos humanos y de la naturaleza.

Cruce de corrientes: El enfoque de los determinantes sociales de la salud y el enfoque de la determinación social de la salud.

a. Las corrientes del norte en el modelo OMS de los determinantes sociales de la salud (2005)

La crisis y la expansión de la inequidad y las desigualdades de la salud a nivel global hace que la noción sobre los determinantes sociales sea retomada y convertida ahora en un enfoque referencial del conocimiento y la acción en salud. Este nuevo impulso resulta en la creación de una Comisión de la OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) que propone como categorías claves de este enfoque de determinantes la equidad, la integralidad y la intersectorialidad sanitaria.

Igualmente, vale decir que este interés por desarrollar la dimensión social de la salud se remonta al siglo XIX con la corriente crítica del pensamiento europeo liderizado

⁴⁶ Edgardo Lander, Los retos de otra integración en América Latina, en Soberanías, Ediciones Abya-Yala, Quito, 2010, p. 150.

por Rudolf Virchow, salubrista alemán y uno de los principales representantes de este movimiento reformista de 1848.⁴⁷ 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 y, educación, libertad y prosperidad colectiva.⁴⁸

En esa línea y prácticamente un siglo después la corriente contrahegemónica latinoamericana de Salud Colectiva y Epidemiología Crítica da cuenta también de un pensamiento comprometido con la transformación social de las condiciones de vida y trabajo de las personas, invisibilizado por la OMS y el pensamiento anglosajón.⁴⁹

Resulta irónico que la propia OMS a través de su CDSS afirme ahora que el ideal de prosperidad colectiva postulado en los siglos anteriores se ha convertido en injusticia social e inequidad en salud, un problema mundial que demanda nuevos abordajes sobre las condiciones sociales en que las personas viven, crecen, trabajan, enferman, envejecen y mueren. Inequidades que se expresan como desigualdades injustas asociadas a las condiciones de vida y salud, el acceso a bienes materiales e inmateriales, el poder y la participación social y comunitaria, de la mano de políticas sanitarias fallidas.⁵⁰

Por determinantes sociales de la salud se entienden los determinantes estructurales y las condiciones de vida que son causa de buena parte de las inequidades sanitarias entre y dentro de cada país.⁵¹ Se trata en particular de: la distribución del

⁴⁷ Carlos Ponte, “Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente”, en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALU_D_HISTORIA_PONTE.pdf.

⁴⁸ Ídem.

⁴⁹ Jaime Breilh, “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, basada en la Determinación Social de la Salud”. Op. Cit.

⁵⁰ OMS, Informe de la Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, doc. EB124/9 del 04.12.08, en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.

⁵¹ Las inequidades en salud a diferencia de las desigualdades en salud, que reflejan las diferencias entre grupos sociales independientemente de la valoración de justicia que de éstas se tenga, se conciben como desigualdades consideradas injustas. Se trata de desigualdades potencialmente evitables e inaceptables que

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.⁵²

Este nuevo esquema distingue entre determinantes estructurales e intermedios. En los factores estructurales, el contexto socio-político y la posición socio-económica hace parte de los elementos de estudio, más no en relación con los procesos generales (sociales, económicos y culturales) génesis de tales factores.

En el contexto socio-político se consideran factores determinantes: 1) Los gobiernos y el rol que cumplen para la erradicación de las inequidades en salud, 2) las políticas macroeconómicas (políticas fiscales, políticas de regulación del mercado laboral) por su impacto en las condiciones sociales, 3) las políticas sociales que afectan el estado de bienestar, el mercado de trabajo y, la distribución de la tierra y la vivienda, 4) las políticas sociales asociadas con la salud (educación, alimentación, medio ambiente, atención sanitaria, servicios básicos) y 5) la cultura y los valores sociales asociados con la salud.

La clase social, el género y la etnicidad se definen como variables conectadas con el acceso a ingresos, poder y recursos determinantes de las desigualdades sociales. Los factores intermedios de estas desigualdades se describen como: 1) circunstancias materiales (educación deficiente, ingreso familiar bajo, desempleo/subempleo, vivienda inadecuada, falta de acceso a agua inocua, saneamiento básico, entornos no saludables), 2) circunstancias psicosociales (falta de apoyo psicosocial, estrés), 3) factores conductuales (consumo de alcohol y tabaco, poca actividad física, sexualidad no segura,

denotan un sentido de injusticia. Ver en Whitehead Margaret, The Concept and Principles of Equity and Health, en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf.

⁵² OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Op. Cit..

hábitos alimenticios no saludables) y biológicos (carga genética, edad, sexo), 4) factores naturales y 5) naturaleza y estructura de los sistemas de salud.

Con base en esta misma caracterización el modelo OMS sobre determinantes sociales de la salud es objeto de varios cuestionamientos. A saber:

- Los determinantes sociales están definidos como factores externos de los procesos estructurales que los producen y reproducen, bajo una lógica reduccionista que fragmenta la realidad que se quiere intervenir.⁵³
- Los determinantes sociales se expresan como factores de riesgo y de vulnerabilidad⁵⁴ 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.⁵⁵
- 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.

⁵³ Jaime Breilh, *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e interculturalidad*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003, pp. 206-207.

⁵⁴ Edmundo Granda y Jaime Breilh, cuestionan que la teoría del riesgo, basada en la probabilidad que tiene un grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud, por su asociación a un conjunto de factores personales, ambientales y sociales: No integra la historia en su definición, por lo tanto no la reconoce; el reconocimiento del futuro es unilateral y no en relación dialéctica con el pasado y el presente y; los tres subsistemas (ecológico-genético-social) se asumen de forma estática y superficial y, no desde la diversidad multilateralmente determinada. Los factores aparecen como fenómenos y no como procesos, reduciéndose así la realidad. Y lo determinante (factor) se asume como determinado (daño). Edmundo Granda, "Método epidemiológico: Conocimiento y política", en *Reproducción Social y Salud*, Editorial Universidad de Guadalajara, 1991, p. 98-101.

⁵⁵ Jaime Breilh...p. 206-207.

- El enfoque de la CDSS carece de dimensión política y convierte a los determinantes en factores. Lo que hace que pierdan el carácter de procesos socio-históricos.⁵⁶

En general, la caracterización de los determinantes sociales de la salud está cuestionada por resultar en una lógica lineal causal-social. Los efectos (factores estructurales, intermedios e inmediatos) se relacionan entre si de forma más avanzada pero externa a la estructura social.⁵⁷ Igual ocurre con temas críticos como el calentamiento global, el deterioro de los ecosistemas y la manipulación transnacional de medicamentos y agroalimentos.

En el Informe “Subsanar las desigualdades en una generación”, la CDSS propone recomendaciones para el desarrollo de una acción política global sobre los determinantes sociales de la salud y el fomento de la equidad en salud delimitadas en:

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.⁵⁸

Cada una de estas recomendaciones cuenta a su vez con el desarrollo conceptual de componentes y acciones para la reducción mundial de lo que entiende son las inequidades en la salud.⁵⁹ ⁶⁰ Se reconocen efectos críticos del sistema económico y

⁵⁶ Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, “Los Determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia”, ponencia en Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud...p.5.

⁵⁷ Jaime Breilh, “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública.” Op.Cit.

⁵⁸ OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe “Subsanar las desigualdades en una generación, 2009, p. 2. Ver en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

⁵⁹ Ver Anexo 2 para mayor detalle.

político global con respecto a las desigualdades sociales y sanitarias entre y dentro de los países, pero la explicación que se ofrece sigue ciega a la crisis del modelo civilizatorio vigente y las recomendaciones tampoco representan una apuesta transformadora de ese modelo.

b. Las corrientes del sur en el modelo de la determinación social de la salud

La Salud Colectiva y la Epidemiología Crítica latinoamericana se han convertido en corrientes contrahegemónicas del pensamiento en salud. Siguiendo a Breilh, revela un enfoque profundamente cuestionador de las relaciones de poder de la sociedad de mercado, los modos de vida consumistas estructurados por el trío clase social-género-etnia y sus perfiles de salud, la estructura social de propiedad y acumulación de riquezas, las políticas de Estado y sus relaciones culturales, razones por la cuales, afirma el autor, este pensamiento ha sido invisibilizado por el pensamiento anglosajón.⁶¹

Propuesta que además está comprometida con la producción de conocimiento para una práctica integral de transformación de las condiciones de vida y trabajo de los pueblos de América Latina. Y es ese carácter transformador y emancipador el elemento de choque que marca distancia con el modelo OMS de los determinantes sociales de la salud.

⁶⁰ En este enfoque de determinantes sociales la inequidad suele equipararse a desigualdad. Mientras que la inequidad se define en base relaciones de poder que existente en la sociedad, resultando de procesos históricos de acumulación y apropiación de condiciones de poder (económico, político y cultural), la desigualdad es resultado de la inequidad y expresa injusticia en el acceso a bienes materiales e inmateriales.

⁶¹ Jaime Breilh, “Una perspectiva emancipadora de la investigación y acción, basada en la determinación social de la salud”...p. 4

Bajo esa premisa, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) señala que el modelo OMS de los determinantes sociales no pasa de ser un discurso y una práctica funcionalista al mantenimiento o ajustes formales del modelo de sociedad hegemónico. Un modelo que reduce la determinación a la lógica causal y asociación externa entre factores. Aunque amplía el alcance visual la acción sigue focalizada sobre 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.⁶²

La determinación social como paradigma crítico no sólo explica en términos multidimensionales (generales, particulares, singulares)⁶³ la relación dialéctica entre lo biológico y lo social, también el metabolismo entre la sociedad y la naturaleza dentro de espacios sociales históricamente determinados y entre tendencias saludables-protectoras y tendencias no saludables-destructivas de esos procesos.⁶⁴ No es solamente un proceso de determinación de salud también de vida humana y de la naturaleza.

En esa línea, Breilh ante los talleres latinoamericano de ALAMES y regional en CEBES, en Brasil, propone la definición de principios básicos para una nueva

⁶² ALAMES, Documento de posición institucional para el debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud, p.3, en: <http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/eventos/documentos/ALAMES.pdf>.

⁶³ Para mayor detalle ver capítulo III.

⁶⁴ Jaime Breilh, “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”, en *Informe sobre derechos humanos Ecuador 2009: ¿Estado constitucional de derecho?*, Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador, Programa Andino de Derechos Humanos, Ediciones Abya-Yala, Quito, 2009, pp. 269.

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 y; 4) bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos vitales como el agua, el aire y los alimentos.^{65 66}

Estos principios en efecto no sólo reorientan la relación biológico-social, sobre todo, la relación entre la sociedad y la naturaleza, basado en la noción de un nuevo orden social saludable, solidario y sustentable, integrador de vida y salud, garante de los derechos humanos y de la naturaleza también. Principios base para la generación de un conocimiento emancipador y el diseño de herramientas práctico-metodológicas para una nueva acción de vida y salud.

La unidad y la diversidad social, sanitaria y ambiental que surge en medio de los procesos de acumulación y reproducción social se constituye en el núcleo interpretativo de este modelo crítico de determinación social. También la lógica dialéctica entre el poder determinante individual y el poder determinante colectivo resultando un movimiento doble y opuesto que revela a la salud como un proceso complejo de determinación social.⁶⁷ En tanto que el espíritu emancipador resulta en movilización y

⁶⁵Jaime Breilh, “Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud.” En *La Determinación Social de la Salud*. ALAMES y Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, 2010, pp. 14-25.

⁶⁶ 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 *Determinación Social de Salud y reforma Sanitaria*, Editado por Roberto Nogueira, Colegio Pensar en Salud, Centro Brasileiro de Estudios de Salud (CEBES), Rio de Janeiro, pp. 87-125

⁶⁷ Esta dialéctica se explica en que ni el orden colectivo es el que determina exclusivamente ni tampoco el orden individual. Opera más bien un movimiento dialéctico en dos vías: 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 al final ese movimiento el que determina. Ver en: Jaime Breilh, *Las Tres “S” de la Determinación de la Vida y el Triángulo de la Política*. Op. Cit.

acompañamiento popular para la transformación del sistema de acumulación de capital, excluyente social y destructor de la naturaleza, junto a su modelo civilizatorio.⁶⁸

Hasta ahora lo que ha privado son enfoques para mantener el orden social imperante y lo que esta perspectiva de la determinación social propone son cambios profundos en lo social, lo cultural, lo económico y lo político.

La dimensión política de este enfoque de hecho se considera otro determinante más de la salud.⁶⁹ El carácter transformador, integral y emancipador resulta en una apuesta por cambios reales que trascienden las medidas de control y adaptación política del modelo OMS sobre los determinantes sociales. Niega como objetivos estratégicos la redistribución del ingreso y el acceso a servicios, las medidas limitadas de gobernanza, las reivindicaciones culturales aisladas y las propuestas de negocio “ecológico.” En tanto reconoce la necesidad de convertir este paradigma en herramienta de exigibilidad y justiciabilidad ante la violación sistemática de los derechos humanos.⁷⁰

Resumen de capítulo I

El recuento histórico sobre nociones, parámetros y enfoques de salud, los determinantes y la determinación social de la salud, de cara a la acción sanitaria desarrollada en las últimas décadas y los resultados alcanzados desde Alma Ata hasta Rio da cuenta del desencuentro que hay entre el plano conceptual y la acción en salud

⁶⁸ Jaime Breilh, La Determinación Social de la Salud como Herramienta de Ruptura hacia la Nueva Salud Pública (Salud Colectiva). Op.Cit.

⁶⁹ Mauricio Torres, Los determinantes sociales de la salud y la acción política, ponencia en Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud...p. 2.

⁷⁰ Jaime Breilh, La Determinación Social de la Salud como Herramienta de Ruptura hacia la Nueva Salud Pública (Salud Colectiva). Op.Cit.

colectiva. La definición de determinantes estructurales e intermedios de la salud propone acciones globales centradas en promover mejor gobernanza, mayor participación social y también mayor dependencia de la cooperación y asistencia internacional para el desarrollo “humano”.

A pesar de los numerosos pronunciamientos internacionales en pro de la justicia social y la equidad en salud, la dialéctica entre los procesos sociales y productivos determinantes de los modos sociales, condiciones (socioeconómicas, socioculturales, socioambientales y sociobiológicas) y estilos de vida y salud de las personas y las poblaciones sigue silenciada. El modelo OMS sobre determinantes sociales de la salud está cuestionado por resultar funcional a los intereses del poder global hegemónico. Los determinantes sociales se entienden como factores de riesgo externamente relacionados y las soluciones que se proponen enfocadas en el control y la adaptación de las capacidades institucionales y personales (particulares y colectivas) a los nuevos problemas de la salud. En contracorriente el pensamiento contrahegemónico latinoamericano de Salud Colectiva y Epidemiología Crítica explica las inequidades en salud con base en la génesis de los procesos determinantes y mediadores de la vida y la salud de las personas y la naturaleza. Las desigualdades sanitarias se entienden como producto de las inequidades que las producen y reproducen. Definitivamente, hacer consciencia de ello y desarrollar una acción en salud transformadora y emancipadora hace parte de los desafíos y retos pendientes.

CAPÍTULO II

Mapeando de nuevo el derecho a la salud: ¿Qué conocemos de la salud en clave de derecho humano?

Las reflexiones en torno a nociones y visiones sobre la salud tratadas en el capítulo primero corresponde ahora traducirlas en clave de derechos humanos. En ese sentido, interesa revisar y entender los parámetros normativos que dominan la esfera internacional (universal y regional) y constitucional venezolana en las definiciones, características y principios que rigen el derecho humano a la salud para avanzar hacia el enfoque de los derechos humanos en salud y la determinación social de la salud.

Los derechos humanos, de hecho, representan una perspectiva que permite explicar la salud en su dimensión normativa y política también. Por una parte, el reconocimiento de obligaciones a cargo del Estado abre la posibilidad a la exigibilidad y la justiciabilidad (interna e internacional) por incumplimiento de obligaciones y la consecuente responsabilidad por violación del derecho. Y por la otra, le otorga un carácter emancipador que se expresa en las luchas sociales y conquistas alcanzadas aunque traducidas más que todo en el plano positivo y bajo una lógica generacional⁷¹ que

⁷¹ La clasificación de los derechos humanos por criterio de evolución histórica se hace bajo la categoría de generaciones de derechos, asumiendo el reconocimiento y garantía de unos primero que los otros. Lo que, en consecuencia, derivó en preferencias y protecciones diferenciadas a favor del primer grupo de derechos, los civiles y políticos. La segunda generación está integrada por los derechos económicos, sociales y culturales y, la tercera y cuarta, por los derechos de los Pueblos y de la solidaridad (paz, desarrollo, uso de los avances de la ciencia y la tecnología, naturaleza y medio ambiente). Más recientemente, se ha propuesto una quinta generación que comprende los derechos de las generaciones futuras.

ha fragmentado la visión de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos. 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; [...].⁷²

En el contexto de la globalización de estos tiempos el derecho humano a la salud necesita más que nunca recuperar esa dimensión política y su espíritu emancipador. En el plano normativo fue regulado como un derecho social de cumplimiento progresivo postergable y sus garantías, limitadas y supeditadas a las capacidades institucionales y la suficiencia de recursos. Lo que ha derivado en desigualdades sanitarias y limitaciones para su exigibilidad y justiciabilidad especialmente en detrimento de la dimensión colectiva y social de la salud. Muchas de las conquistas alcanzadas a través de procesos de lucha social han terminado ancladas en el papel y las desigualdades sanitarias convertidas en sus principales violaciones.

Boaventura de Sousa señala como los derechos humanos pese a su origen emancipatorio han sido puestos al servicio de las necesidades reguladoras de los Estados y de la comunidad internacional de naciones.⁷³ La dialéctica entre la regulación y la emancipación ha perdido tal fuerza que demanda nuevas reconstrucciones tanto del

⁷² Joaquín Herrera Flores, “Derechos humanos y paz: Nuevos fundamentos filosóficos y jurídicos para nuevas prácticas sociales”, en *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*, Ediciones Madú, S.A., España, 2007, p. 271.

⁷³ Sousa Santos, señala como los derechos humanos concebidos 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.

derecho como de la política.⁷⁴ De allí la importancia de tomarse el tiempo para releer las regulaciones y contenidos que integran el régimen constitucional e internacional del derecho humano a la salud aplicable a Venezuela,⁷⁵ bajo un enfoque crítico pero también de reivindicación como marco referencial de políticas, denuncias y luchas que siguen pendientes por el goce real del derecho a la salud. Luchas que deben abrir senderos para nuevas lecturas, concepciones y acciones en salud contextualizadas, integradas y multidimensionadas.

Inquieta, por ejemplo, la hegemonía que mantiene el enfoque biomédico en los ámbitos de la regulación, la justiciabilidad y las políticas públicas en salud. Aunque la Constitución regula el derecho a la salud como un derecho social fundamental que el Estado debe garantizar como parte del derecho a la vida;⁷⁶ el enfoque de protección y resarcimiento reivindica lo médico asistencial como categoría de peso medio o peso pesado.

La demanda de ampliar la protección normativa a la prevención sustantiva no sólo resulta imperiosa, debe entenderse de manera diferente dando chance a otras visiones construcciones-deconstrucciones normativas, culturales, sociales y políticas. En este segundo capítulo se pretende avanzar en esas líneas ofreciendo coordenadas para nuevas lecturas en clave transformadora.

⁷⁴ Boaventura de Sousa Santos, *La Globalización del Derecho. Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Colombia e Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ILSA), Santa fé de Bogotá, D.C., 1991, p. 211-213.

⁷⁵ Ver Anexo 3

⁷⁶ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, publicada en Gaceta Oficial No. 36.860 del 30.12.1999, Caracas, 1999, art. 83.

¿Qué es el derecho humano a la salud?

El derecho humano a la salud tiene como base conceptual la definición de la OMS que entiende la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Incluye libertades y derechos de disfrute a toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el nivel más alto posible de salud.⁷⁷ No obstante, las limitaciones señaladas en el capítulo anterior en relación con esta definición resultan igualmente pertinentes para la relectura del Derecho internacional del derecho humano a la salud.

1. Derecho social fundamental

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (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.⁷⁸ El reconocimiento del carácter fundamental le concede importancia normativa y garantías constitucionales de aplicación inmediata, y lo ubica en igual jerarquía con el resto de derechos. Es un derecho que convoca y a la vez es convocado por otros derechos y libertades necesarios para el logro de condiciones de vida vivida en dignidad.

La CRBV abre así paso a una nueva dimensión de los derechos caracterizada ahora por la equivalencia entre derechos constitucionales y derechos fundamentales que en constituciones anteriores resultaba restringida a solamente los derechos individuales

⁷⁷ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 14, Doc. E/C.12/2000/4, Vigésimo segundo período de sesiones, Ginebra, 1999, párr. 9.

⁷⁸ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 83.

(civiles y políticos). En ese nuevo esquema el Estado venezolano se define democrático, social, de derecho⁷⁹ y de justicia. Y la búsqueda de justicia social, participación protagónica del pueblo y preeminencia de los derechos humanos, hace parte de los propósitos prioritarios del ordenamiento jurídico y de la organización social.⁸⁰ En consecuencia, se le otorga prioridad jurídica pero también prioridad política.

La centralidad no está en la ley sino en la persona, sus derechos y libertades. Y el “Poder Popular” retoma un rol protagónico en la determinación y control del poder del Estado. Esta función emancipadora antes no se le reconocía⁸¹ al igual que 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.⁸²

El carácter fundamental le otorga además un aval ante potenciales intentos de desregularización normativa y mercantilización del derecho como ocurrió en décadas

⁷⁹ El surgimiento del concepto de Estado social de derecho tiene lugar ante la crisis del Estado liberal de finales del siglo XIX y siglo XX. En este concepto se equipara en importancia los derechos sociales, económicos y culturales, con respecto a los derechos civiles y políticos. Y el Estado asume protagonismo de la función social, la cual se convierte en una limitante para el goce de algunos derechos, como la propiedad. La igualdad resulta una obligación tan importante como la libertad, con un nuevo significado asociado a la responsabilidad de transformación del orden económico y social imperante. Y la participación ciudadana se enmarca en un nuevo modelo de democracia participativa, que busca la recuperación de la relación soberanía popular y gobierno.

⁸⁰ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 83.

⁸¹ Jaime León Gañán Ruiz, “De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia”, en *Canción a la Luna*, p. 192.

⁸² Las brechas conceptuales y jurisprudenciales entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en detrimento del segundo grupo de derechos deriva como en su momento señaló Ligia Bolívar de la distinción generacional de los derechos humanos, ubicando a los DESC como derechos de segunda generación, convertidos, en consecuencia, en derechos de segunda clase asumidos más desde la perspectiva temática que de derechos justiciables. Ver en Ligia Bolívar, “Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes”, en *Estudios Básicos de Derechos Humanos V*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Serie Estudios de DDHH, Tomo V, San José, 1996, pp. 87-136.

anteriores en el contexto de mayor auge de la globalización neoliberal de América Latina.⁸³

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 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 éstas.⁸⁴

En esta definición “derecho fundamental” significa derecho subjetivo universal. Cualquier persona puede invocarlo y exigir su justiciabilidad, no obstante, restringida al estatus de ciudadano/a y a la capacidad de obrar de la persona.⁸⁵ Como si los derechos y las capacidades resultaran externas a los contextos y relaciones sociales. Precisamente, ese carácter restringido de la titularidad jurídica resulta en uno de los principales cuestionamientos que se le hace a esta definición. Pues representa el establecimiento de dos clases de sujetos jurídicos: las personas a quienes la titularidad de los derechos fundamentales está normativamente reconocida y, los sujetos reales que viven en contextos y realidades de exclusión, discriminación y marginación donde poco importa si se les reconoce jurídicamente derechos.⁸⁶

⁸³ El enfoque neoliberal en la concepción de la salud y en el rol del Estado plantea la desregularización de las normas que se constituyen en obstáculo para la conversión del derecho a la salud en un bien comercial sometido a las reglas del mercado (oferta y demanda), el Estado reducido en su rol de garante del derecho y, las responsabilidades convertidas en individuales y sujetas a las capacidades personales y familiares.

⁸⁴ Luigi Ferrajoli, “Derechos Fundamentales”, en *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Editorial Trotta, Madrid, 2009, p.19.

⁸⁵ En Venezuela la Constitución reconoce la condición de ciudadanía a las venezolanas y los venezolanos por nacimiento o por naturalización, que sean mayores de edad y que no se encuentren sujetos a inhabilitación política o interdicción civil.

⁸⁶ David Sánchez Rubio, *Repensar derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*, Editorial MAD, España, 2007, p. 24-26.

Ciertamente, aunque los derechos fundamentales constituyen una categoría jurídica de derechos universales no negociables, inalterables y justiciables, con un estatuto privilegiado que ofrece a los titulares una “protección reforzada” con respecto al resto de derechos,⁸⁷ la brecha entre lo normativo y lo fáctico revela que ni siquiera los titulares ejercen en igualdad de condiciones los derechos.

Miguel Carbonell, por su parte, destaca el valor de los derechos fundamentales como instrumentos de protección de los intereses personales más elementales asociados al desarrollo de planes de vida digna.⁸⁸ Por lo que resulta imprescindible el acompañamiento de garantías no limitadas al ámbito jurídico que hagan posible que el derecho a la salud se convierta en un derecho realmente humano. No sólo por la implicación en el ejercicio interrelacionado con otros derechos (educación, alimentación, trabajo, seguridad social, vivienda, agua, saneamiento sanitario básico, seguridad ciudadana, ambiente saludable) relacionados a la vez con condiciones vitales, también para el desarrollo de capacidades (personales y colectivas) propiciadoras de inclusión social, empoderamiento o apoderamiento y participación protagónica de las personas, las comunidades y los pueblos en asuntos o cuestiones de salud.

⁸⁷ La protección reforzada de los derechos fundamentales está en la Constitución, cuando: a) crea instituciones para la protección jurídica de los derechos constitucionales (artículo 280, 281, 384, 385); b) Reconoce que son derechos de aplicación inmediata por los jueces y órganos de la Administración Pública; c) Dispone que toda persona tiene el derecho a invocar la acción de amparo constitucional ante la violación de derechos constitucionales o incluso, de aquellos inherentes a la persona que no figuran expresamente en la Constitución o en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos (artículo 27); d) Otorga rango constitucional a los tratados, pactos y convenciones sobre derechos humanos suscritos y ratificados (artículo 23); e) Reconoce la responsabilidad objetiva del Estado y el deber de indemnización integral ante violaciones de derechos humanos (artículo 30); f) No pueden ser suspendidos (contenidos elementales) durante declaratoria de estados de excepción (artículo 337).

⁸⁸ Miguel Carbonell, *Los derechos fundamentales en México*, Universidad Autónoma de México, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F. 2009, p. 5.

2. 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 establece que el derecho a la salud será garantizado como parte del derecho a la vida⁸⁹ a través de políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.⁹⁰

El derecho a la salud no implica exclusiva ni mayoritariamente el acceso a bienes y servicios de atención a la salud. Hasta la Constitución de 1961 el paradigma hegemónico en relación con el derecho a la salud estaba basado en la relación dualista salud/enfermedad. En la que salud es todo lo 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 resultaban reducidas a la prestación de servicios de cuidados de la salud en beneficio de personas y grupos que no pudieran satisfacer por su propios medios las necesidades vitales asociadas a la prevención y protección de la salud.⁹¹

La Constitución de 1999 no sólo abre paso a un nuevo esquema inclusivo de derechos y garantías, incluso, a favor de grupos y sectores históricamente invisibilizados

⁸⁹ Aunque el derecho a la vida tradicionalmente ha sido interpretado como prohibición de ejecuciones extrajudiciales y de desapariciones forzosas, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos al igual que el Comité de Derechos Humanos de la ONU se ha pronunciado a favor de una interpretación más amplia que permita vincular el derecho a la vida con la tutela de los derechos, económicos, sociales y culturales. Por lo que la privación arbitraria de la vida se entiende también como la privación del derecho a vivir en dignidad.

⁹⁰ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 83

⁹¹ El artículo 76 en la Constitución de 1961, dispone: "Todos tienen derecho a la protección de la salud. Las autoridades velarán por el mantenimiento de la salud pública y proveerán los medios de prevención y asistencia a quienes carezcan de ellos, Todos están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana."

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 los derechos que en el caso concreto del derecho humano a la salud se puede observar en el articulado de otros derechos.

Por ejemplo, en derechos como: a) integridad física, psíquica y moral de las personas (artículo 46); b) asistencia y protección integral a la maternidad (artículo 76); c) asistencia, protección integral y prioridad absoluta de niños, niñas y adolescentes (artículo 78); d) atención integral a personas mayores (artículo 80); e) vivienda higiénica, segura y adecuada (artículo 82); f) seguridad social incluidas las prestaciones por contingencias de salud (artículo 86); g) condiciones de trabajo seguras, higiénicas y ambiente de trabajo adecuado (artículo 87); h) inversión, producción, divulgación y protección de la obra científica y tecnológica (artículo 98); deporte y recreación para elevar la calidad de vida individual y colectiva (artículo 111); i) salud integral, cultura y prácticas tradicionales (artículo 122); j) ambiente seguro, sano y ecológicamente equilibrado (artículo 127).

En el plano internacional (universal y regional interamericano) el derecho humano 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 Organización Naciones Unidas (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.

a. Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1948).

La DUDH, conocida como la carta universal de promoción de los derechos humanos y libertades fundamentales, convertida además en referente universal y base del desarrollo de otros instrumentos internacionales de derechos humanos vinculantes a los Estados, dispone en el párrafo primero del artículo 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 [...]”.⁹² Aquí 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. Sin embargo, el enfoque biomédico y de protección social ante contingencias puntuales y específicas sigue visto como la guía de protección de este derecho.

b. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966)

El PIDESC, instrumento internacional referente de los derechos económicos, sociales y culturales y, de obligaciones que expresan límites legales a favor de estos derechos en el comportamiento (activo-pasivo y positivo-negativo) de los Estados,

⁹² Naciones Unidas, Asamblea General, resolución 217 A(III) del 10.12.1948.

dispone en el artículo 12: “Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.”⁹³ Y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC)⁹⁴ en la Observación General 14, en aras de ampliar el desarrollo de este artículo 12, afirma:

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 información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud.⁹⁵

Bajo estos términos el derecho a la salud resulta definido en interacción con otros derechos y libertades. Comprende la asistencia a la salud a la vez que se hace extensivo a otros derechos, libertades y factores determinantes básicos de la salud. En esa línea la Observación General toma posición sobre 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, de cara a los nuevos desafíos en el ejercicio del derecho a la salud (rápido crecimiento demográfico mundial, proliferación de nuevas enfermedades y afecciones de salud prevenibles, acceso deficiente a información sobre

⁹³ ONU, PIDESC, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 período de sesiones del 25.04.00, E/C.12/2000/4. Párr. 1. Ratificado por Venezuela en Gaceta Oficial Nro.2.146 del 28.01.78.

⁹⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU tiene como función principal vigilar el cumplimiento del PIDESC por parte de los Estados parte, pero también produce jurisprudencia a través de las Observaciones Generales que cumplen con la finalidad de precisar el alcance y contenido de los derechos humanos reconocidos en el PIDESC. Aunque las Observaciones Generales no son estrictamente vinculantes tienen valor jurídico.

⁹⁵ Ídem. Párr. 3.

cuestiones relacionadas con la salud, pérdida de cohesión social e incremento de la violencia o conflictos armados).⁹⁶

c. Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, 1989)

La CDN en el artículo 24 reconoce el derecho de todo niño/a al disfrute del más alto nivel posible de salud y el acceso a servicios de tratamiento de enfermedades y rehabilitación de la salud. En las medidas para hacer efectivo el derecho integra 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 la tecnología disponible y el cuidado del medio ambiente.⁹⁷

d. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFD, 1979)

Este instrumento aunque prioriza al enfoque biomédico y mantiene una visión sesgada del 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.⁹⁸

⁹⁶ Ídem. Párr. 10 y 11.

⁹⁷ ONU, CDN, Asamblea General, Resolución 44/25 del 20.11.1989, Art. 24. Ratificado por Venezuela en Gaceta Oficial Nro. 34.541 del 29.08.90.

⁹⁸ ONU, Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Resolución de Asamblea General 34/180 del 18.12.1979. Publicada en Gaceta Oficial No. 3074 E. del 16.12.1982.

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 las garantías jurídicas que le reconocen carácter justiciable. La exigibilidad judicial debe invocarse en conexión con otros derechos civiles y políticos o con los derechos a la educación y la sindicalización, únicos derechos sociales que cuentan con mecanismos y garantías directas de protección jurisdiccional ante el Sistema.

a. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH, 1948)

La DADH postula en el artículo 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 [...]”⁹⁹

b. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PCADESC, 1988).

Dentro del SIDH 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. En el artículo 10 el derecho a la salud se entiende como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de

⁹⁹ OEA, Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada en IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948. Aprobada por Venezuela en 1948.

bienestar físico, mental y social.^{100 101} La triada físico-mental-social de la salud y las medidas que se recomiendan tienen como basamento conceptual la noción de la OMS y aunque esta norma amplía el alcance del derecho a la dimensión social, vale tener en cuenta los señalamientos referidos en el capítulo anterior.

3. Derecho como proceso de lucha social

El derecho humano a la salud reconocido internacionalmente y además constitucionalizado es 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, invisibilizándose los motivos y las 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 ejercicio real del derecho conquistado.

De hecho, en el derecho a la salud opera un desplazamiento de la dimensión política a favor de la dimensión jurídico positiva. Joaquín Herrera Flores, en ese orden, 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. Evitar así la

¹⁰⁰ OEA, Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito por la Asamblea General de la OEA el 17.11.88, San Salvador. Venezuela firmó el Protocolo el 27.01.89 pero no cumple todavía con el depósito formal para la ratificación definitiva.

¹⁰¹ La doctrina y la jurisprudencia internacional han señalado 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 muchos y variados los factores personales, sociales, ambientales y culturales que determinan el estado de salud de las personas.

lógica que conduce a una concepción de derechos humanos 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. Sólo 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.¹⁰²

Herrera Flores hace la invitación a 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: a) transformar el enfoque biomédico de la salud -convertido además en objeto del mercado- por el enfoque integrador de lo biológico-social-natural de la salud; b) rescatar la soberanía política y económica del Estado y el rol protagónico del Poder Popular; c) reconocer jurídicamente y garantizar políticamente el valor “humano” del derecho a la salud; d) desarrollar el Sistema Nacional de Salud garantizando universalidad, integralidad, solidaridad, equidad, participación real y sustentabilidad; e) garantizar condiciones de ejercicio efectivo del derecho a la participación social y comunitaria durante el diseño, ejecución y control de la política de salud u otras medidas asociadas a la salud.

De las características y los principios rectores

¹⁰² Joaquín Herrera Flores, *La reinención de los Derechos Humanos*, Colección ensayando, Editorial Atrapasueños, Andalucía, 2011, p. 15

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, se acompaña de características y principios rectores que facilitan el entendimiento de su naturaleza, fines y alcance (formal y material) en el marco del Estado social, de derecho y de justicia venezolano.

1. Características

a. 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 protección a los derechos humanos. Como también el deber de remoción de obstáculos que menoscaben o invaliden la realización efectiva de los derechos en condiciones de igualdad. En el plano interno la CRBV no se constituye en excepción. De hecho, reconoce el derecho de protección universal (jurídico-material) de los derechos humanos en los términos siguientes:

- El Estado garantizará a toda persona el goce y ejercicio de los derechos humanos. (artículo 19)
- 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. (artículo 21)

- 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. (artículo 22)

En el derecho a la salud implica que “toda persona” residente en Venezuela puede invocar la protección jurídica para exigir el acceso universal a bienes y servicios de salud, además de exigir la prohibición y anulación de medidas que obstaculicen o nieguen la igualdad formal y material. El Estado, por su parte, deberá adoptar medidas de acción y/o abstención (políticas, presupuestarias, legislativas, judiciales) que aseguren la protección universal de la salud individual y colectiva.

Sin embargo, no se trata de un concepto libre de críticas, por el contrario, la universalidad del Derecho y de los derechos humanos ha sido objeto de variados cuestionamientos en torno al sujeto universal de los derechos, definido en un lenguaje que resulta abstracto y que lejos de caracterizar el universalismo humano, lo descharacteriza al homogenizar e invisibilizar las diferencias entre las personas, los grupos y sus realidades sociales.

El movimiento feminista, de hecho, cuestiona 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.¹⁰³ La universalidad sigue formulada como una aspiración jurídica que no sólo no se ha concretado, está sustentada en el individualismo naturalista que tiene como centro el género masculino, la monocultura occidental y el modelo económico capitalista.

¹⁰³ Frances, Olsen, El sexo del derecho, en serie Justicia y Derechos Humanos: El género en el derecho. Ensayos críticos, Neoconstitucionalismo y Sociedad, Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009, p. 153.

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 occidental. En tanto que las desigualdades reales resultan expresadas a medias y sobre la base de intereses parciales y sesgados que consistentemente contradicen el fin de la universalidad de los derechos humanos.

Un ejemplo del sesgo de género en salud lo encontramos en las investigaciones científicas, desarrolladas fundamentalmente sobre la base del modelo de estudio masculino. En general las diferencias biológicas entre los cuerpos sexuados sigue sin ser vistas como determinantes del proceso salud-enfermedad, a la par de lo socioeconómico, lo sociocultural, lo socioterritorial y lo socioambiental. Y aunque hay avances importantes en el reconocimiento y la codificación de derechos a grupos específicos (mujeres, niños/as, trabajadores/as, migrantes, personas de la tercera edad, personas con incapacidades, personas que viven con el VIH/Sida, pueblos indígenas¹⁰⁴), el sistema de clases sociales, económico, sexo/género y cultural dominante impone barreras, patrones y prácticas que apuestan a la invisibilización y la discriminación de las diferencias entre las personas, las necesidades específicas y los contextos de vida, resultando en la negación material de la igualdad y la justicia en salud.

Por eso, compartiendo el pensamiento de Boaventura de Sousa, 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

¹⁰⁴ La Constitución de 1999 incorpora por primera vez un capítulo de los derechos específicos de los pueblos indígenas. Y en el artículo 122 reconoce el derecho a la salud integral, que considere sus prácticas y culturas.

el todo, donde la parte es homogénea y nada de lo que queda fuera de la totalidad importa.¹⁰⁵

b. Dimensión individual y social

El carácter individual y social del derecho humano a la salud expresa la naturaleza compleja de este derecho y amplía las posibilidades de protección jurídico-política a favor de una titularidad individual como colectiva. Y la satisfacción de necesidades individuales como colectivas asociadas a la vida y la salud. Necesidades que no sólo se traducen en el derecho de acceso a bienes, servicios y facilidades, también a condiciones de vida saludable. De hecho, la dimensión individual no está plenamente protegida si no se accede a condiciones sociales y colectivas de vida saludable.

En ese espíritu la CRVB dispone que el Estado tiene a cargo la obligación de promover condiciones de bienestar “colectivo” y el acceso a los bienes y servicios.¹⁰⁶ De hecho, no es lo individual sino lo colectivo, lo que define la noción de bienestar. Esta perspectiva no sólo rompe con la hegemonía del enfoque biomédico que rige la noción de bienestar en el derecho humano a la salud, representa una oportunidad de desarrollo desde las dimensiones colectiva-individual, individual-colectiva y desde la perspectiva de la determinación social del derecho humano a la salud.

Según Breilh, “la salud individual y las formas de la salud colectiva constituyen dimensiones distintas pero profundamente interrelacionadas. Cuestión extremadamente

¹⁰⁵ Boaventura de Sousa Santos, *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: Encuentros en Buenos Aires*, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO, 2006, p.20.

¹⁰⁶ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 83.

importante ante una reflexión sobre el derecho a la salud, para cubrir tanto las dimensiones individuales como colectivas de dicho derecho.”¹⁰⁷

Desde la perspectiva biomédica de la salud la dimensión individual y social del derecho está focalizada a asistir, regular y controlar los efectos (materiales-inmateriales) en la salud biológica (psicológica-corporal) de las personas y los colectivos. En tanto que la perspectiva de la determinación social posibilita ampliar y profundizar el alcance de protección del derecho y las obligaciones generales y específicas con respecto a los procesos generales de la sociedad, particulares de los modos colectivos de vida y singulares de las personas que generan y provocan las condiciones en las que se viven, trabajan, enferman y mueren.¹⁰⁸ Lo que, vale decir, no se satisface sólo con medidas redistributivas de acceso a bienes y servicios, demanda transformaciones reales.

En general y desde esta perspectiva la dimensión individual está relacionada con las condiciones biológicas (corporales-psicológicas), las capacidades personales y familiares y el ejercicio de libertades asociadas a estilos de vida y el libre albedrío. En tanto que la dimensión social o colectiva está relacionada con los procesos de los modos sociales, las condiciones sociales, económicas, culturales, ambientales, territoriales, políticas de los grupos y, los entornos de vida y trabajo determinantes de los procesos saludables-protectores o insanos-destructivos de la vida de las personas y los grupos o colectivos.

¹⁰⁷ Jaime Breilh, “Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud”, en Informe sobre derecho humanos en Ecuador: ¿Estado constitucional de derechos?, Universidad Andina Simón Bolívar, Programa Andino de Derechos Humanos, Quito, Ediciones Abya-Yala, 2009. P. 263-283.

¹⁰⁸ Ídem..

c. Indivisible e interdependiente

El carácter indivisible e interdependiente del derecho humano a la salud se expresa en que no puede fraccionarse ni jerarquizarse, implicando una estrecha relación con otros derechos humanos y la determinación social del bien-estar humano que se postula en la DUDH. De hecho, la Declaración Universal resulta un referente básico de la interdependencia de los derechos humanos cuando ubica en igual rango y jerarquía a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Sin embargo, han de pasar cuatro décadas 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 en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad, dándole a todos el mismo peso.¹⁰⁹ En ese orden, en el plano interno, la CRBV, dispone: “El Estado garantizará a toda persona [...] el goce y ejercicio irrenunciable, indivisible e interdependiente de los derechos humanos.”¹¹⁰

- Salud-vida:

La relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida resulta tanto en la dimensión biológica como en la dimensión social y en las dimensiones personal

¹⁰⁹ ONU, Asamblea General, Conferencia Mundial de Derechos Humanos: Declaración y Programa de Acción de Viena, Viena, 14-25.06.93, documento A/CONF.157/23 del 12.07.93, párr. 5. Ver en: [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp).

¹¹⁰ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 19.

particular, colectiva y general. La pérdida o la mejora de condiciones de vida saludable necesariamente repercute en detrimento o a favor del proceso salud/enfermedad (físico, mental y social) de las personas y las poblaciones. En ese espíritu la CRBV dispone que el Estado promoverá y desarrollará políticas en salud orientadas a elevar la calidad de vida y el bien-estar colectivo.¹¹¹ Se trata de un derecho cuyo elementos aparecen definidos en relación con el derecho a la salud y otros derechos vitales.

En el plano internacional la DUDH afirma “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia, la salud [...]”¹¹² Y el CDESC en la Observación General 14 afirma que todo ser humano tiene derecho al más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.¹¹³

- Salud-alimentación

La Observación General 12 sobre el derecho a la alimentación al igual que la Observación 14 sobre el derecho a la salud deja en claro la relación que hay entre el derecho a una alimentación adecuada y el ejercicio de otros derechos humanos.¹¹⁴ Y en la relación específica salud-alimentación los conceptos “adecuación y sostenibilidad” en el acceso y la disponibilidad a alimentos resulta particularmente relevante. Mientras que la adecuación relaciona los qué, cómo, cuándo y cuánto del acceso a alimentos y medios para su obtención, con factores (sociales, económicos, culturales, climáticos o

¹¹¹ Ídem...art. 83.

¹¹² ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos...art. 25.

¹¹³ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 14, Óp. Cit. Párr. 1.

¹¹⁴ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 12, Doc. E/C.12/1999/5, Vigésimo octavo período de sesiones, Ginebra,1999, párr. 1 y 4.

ecológicos) determinantes del acceso en un momento determinado, la sostenibilidad se refiere más que todo a la accesibilidad y la disponibilidad a largo plazo.

La relación entre la disponibilidad de productos alimenticios inocuos y los procesos salud-enfermedad resulta determinada por las condiciones (internas y externas) que caracterizan la producción de los alimentos. En el contexto de la economía neoliberal globalizada los productos alimenticios se constituyen en objeto del comercio internacional. Lo que los coloca en los vaivenes de la oferta y la demanda. De hecho, la expansión de la agroindustria de los alimentos ha venido acompañada del incremento de la desnutrición/malnutrición poblacional y 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 alimentos y la satisfacción de las necesidades nutricionales básicas de las personas en todas las etapas del ciclo vital humano.¹¹⁵

La adecuación de los alimentos es igualmente importante para la relación con la salud, ya que no sólo es un tema de cantidad y continuidad en el suministro de los alimentos, también de inocuidad. La Observación General 12 señala que los alimentos para el consumo deben estar libres de sustancias nocivas y contaminantes vinculados a prácticas de adulteración, mala higiene ambiental o manipulación incorrecta de los alimentos durante las distintas etapas del proceso productivo.¹¹⁶

- Salud-vivienda adecuada

¹¹⁵ Ídem... párr. 9.

¹¹⁶ Ídem... párr.10.

El CDESC en la Observación General 4 sobre el derecho a una vivienda adecuada hace 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 en base al derecho a disponer de un lugar seguro donde aislarse y resguardarse de factores climáticos adversos o de otra índole, con incidencia en la pérdida de salud de las personas y sus familiares.

Entre las características de la vivienda adecuada prácticamente en todas hay un enlace con la protección de la salud: a) *Seguridad jurídica de la tenencia*, pues toda persona tiene el derecho a gozar de algún grado de seguridad de la tenencia que además de ofrecerle cierta protección legal para disponer de un espacio físico adecuado, le ofrezca además tranquilidad mental ante prácticas de desalojos forzados, hostigamiento u otras amenazas que afecten la salud física y mental de las personas; b) *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; c) *gastos soportables*, ya que los gastos de la vivienda no deben comprometer la satisfacción de necesidades vitales como salud, nutrición y seguridad de las familias; d) *habitabilidad de la vivienda*, pues ofrece un espacio que debe ser adecuado para protegerse de fenómenos climáticos y atmosféricos adversos u otras amenazas contra la salud, riesgos estructurales y vectores de enfermedades. Es además un factor ambiental relacionado con las condiciones que favorecen la salud de personas y grupos en condiciones de vulnerabilidad (personas de la tercera edad, niños, niñas, personas con incapacidades, personas que viven con VIH/Sida, personas con enfermedades crónicas, personas con enfermedades mentales, personas

víctimas de desastres naturales y personas que viven en zonas de alto riesgo), ya que deberán contar con cierto grado de preferencia en el acceso a viviendas adecuadas de corte social; e) *adecuación cultural*, porque permite a las personas y sus familias poder disponer de materiales de construcción que además de expresar su identidad cultural, no sacrifiquen el acceso a servicios tecnológicos modernos que garanticen comodidad pero también higiene y seguridad del espacio. Todo lo cual determina las condiciones básicas de vida y salud de las personas y sus familias.¹¹⁷

- Salud-agua

El agua además de considerarse un recurso natural limitado y un bien fundamental para la vida y la salud, es un derecho indispensable para la vida vivida en dignidad y un derecho-garantía de realización de otros derechos humanos. La Observación General 15 sobre el derecho al agua afirma que el agua es necesaria, 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, disponer de una vivienda digna.¹¹⁸ El abastecimiento adecuado de agua supone que debe ser suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico, además del uso necesario en los espacios de trabajo y educación.

¹¹⁷ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 4, Doc. E/1991/23, Sexto período de sesiones, Ginebra, 1991, párr. 8.

¹¹⁸ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 15, Doc. E/C12/2002/11, Veintinueveavo período de sesiones, Ginebra, 2002, párr. 1 y 6.

Esta afirmación se hace sustentada en el deber de evitar la deshidratación física y la reducción del riesgo a enfermedades relacionadas con el agua.

De hecho, que sea salubre, suficiente y accesible hace parte de las características específicas del derecho humano al agua, resultando determinante en su relación con el derecho al más alto nivel posible de salud. La disponibilidad, por ejemplo, señala la importancia del uso continuado y suficiente del agua para la satisfacción de las necesidades vitales, como también de higiene personal y doméstica. Segundo, la calidad se refiere a la importancia de la salubridad del agua, libre de microorganismos y sustancias químicas o radiactivas que constituyan una amenaza para la salud de las personas individual y colectivamente. Sobre todo, señala, cuando se trata de población infantil que vive en condiciones de pobreza y exclusión, población urbana y rural pobre, 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. Por último, la 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 alguna por motivos prohibidos.¹¹⁹

El enfoque territorial visibiliza además 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

¹¹⁹ Los motivos prohibidos suelen ser por etnia/raza, color, sexo, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, discapacidad física o mental u otra condición de salud vulnerable, orientación sexual, estado civil o cualquier otra condición política, social o de otro tipo que pretenda o tenga por efecto anular o menoscabar el igual goce y ejercicio de los derechos.

en zona rural y las que viven en zonas urbanas en condiciones de marginación y exclusión.¹²⁰

- Salud-educación

La Observación General 13 sobre el derecho a la educación hace referencia expresa a la interdependencia del derecho a la educación con otros derechos humanos, definido como derecho humano en sí pero además medio indispensable de realización de otros derechos.¹²¹ La posibilidad de ejercer el derecho a la educación no sólo facilita el desarrollo de la personalidad y las capacidades personales, técnicas y profesionales, es un medio de emancipación y resulta clave para los procesos de toma de consciencia y espacios de participación sobre cuestiones de la salud, por ejemplo, en relación con estilos de vida personales, prevención social en salud, condiciones seguras e higiénicas en el espacio de trabajo, responsabilidad institucional, civil y penal derivada de funciones de asistencia a la salud, protección del medio ambiente y de entornos sociales urbanos y rurales, modos y formas de experimentación científica en vida humana y animal, conversión de derechos humanos en mercancías, contaminación de recursos y elementos naturales, productos alimenticios no saludables y el medio ambiente en general.

- Salud-trabajo

¹²⁰ Ídem...párr. 12-16 c y d.

¹²¹ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 13, Doc. E/C.12/1999/10, Vigésimo primero período de sesiones, Ginebra, 1999, párr. 1.

El derecho al trabajo se entiende como un derecho esencial para la realización de otros derechos humanos, constituyendo parte inseparable del espíritu de una vida vivida en dignidad.¹²² La Observación General 18 sobre el derecho al trabajo señala que “toda persona tiene el derecho a trabajar para poder vivir en dignidad”. Bajo esos términos el derecho al trabajo se constituye además en un derecho medio de la supervivencia y el bien-estar individual y social de las personas y sus familias. Lo que no sólo impacta en la vida y salud de las personas, también en el desarrollo social y económico de los Estados y sus pueblos.¹²³

En la relación con el derecho a la salud la noción trabajo digno expresa vínculos con condiciones de seguridad e higiene en el trabajo y prevención de contingencias prevenibles en la salud de los y las trabajadoras.¹²⁴

Entre sus componentes normativos, la accesibilidad sin discriminación de índole alguna hace referencia expresa a la no discriminación por el estado de salud, incluido el VIH/Sida, como factor de denegación o desigualdad laboral. Con respecto a los elementos de aceptabilidad y calidad en el trabajo, los vínculos se expresan más que todo en la relación que hay entre la protección del trabajo y las condiciones de seguridad laboral.¹²⁵

Vale decir, la relación trabajo-salud no sólo se evidencia en razón del ambiente de trabajo, también 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

¹²² ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 18, Doc. E/C.12/GC/18, Trigésimo quinto período de sesiones, Ginebra, 2005, párr. 1.

¹²³ Ídem...párr. 2.

¹²⁴ Ídem...párr.. 7.

¹²⁵ Ídem...párr.. 12 b, i y c.

bienestar integral del trabajador/a en el ámbito del trabajo, con impacto en la salud y las condiciones de vida.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que la salud en el trabajo debe entenderse en términos de protección de la vida y el bienestar integral del trabajador/a, sobre todo a favor de los sectores de más alto riesgo y en condiciones de mayor vulnerabilidad (sector informal, jóvenes, mujeres y migrantes). Otorga prioridad a la adopción de medidas de eliminación o control de los riesgos en el ambiente de trabajo, junto a otras medidas de prevención y protección integral de seguridad y salud laborales.¹²⁶

Entre los convenios de la OIT más relevantes para el tratamiento de la salud e higiene en el trabajo, destacan particularmente: a) El convenio 121 relativo a las prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales,¹²⁷ b) Convenio 130 sobre la asistencia médica y las prestaciones monetarias de enfermedad,¹²⁸ c) Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos,¹²⁹ d) Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente del trabajo, e) Convenio 161 sobre servicios de salud en el trabajo¹³⁰ y f) Convenio 187 sobre el marco provisional para la seguridad y salud en el trabajo.

¹²⁶ OIT, Recomendación 197 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, Sesión de Conferencia 95, Ginebra, 15.06.2006.

¹²⁷ OIT, Convenio 121 sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Sesión de conferencia 48, Ginebra, 08.07.1964. Entrada en vigor el 28.07.1967.

¹²⁸ OIT, Convenio 130 relativo a la prestación médica y las prestaciones monetarias de enfermedad, Sesión de conferencia 53, Ginebra, 25.06.1969. Entrada en vigor el 27.02.1972.

¹²⁹ OIT, Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos, Sesión de conferencia 59, Ginebra, 24.06.1974. Entrada en vigor el 10.06.1976.

¹³⁰ OIT, Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente del, Sesión de la Conferencia 67, Ginebra, 22.07.1981. Entrada en vigor el 11.08.83.

Estos convenios tienen como característica principal el fomento de la seguridad y la higiene en el trabajo, y la prevención y el control de factores de riesgos a fin de actuar en defensa de condiciones y medios de trabajo seguros y saludables.

- Salud-seguridad social

Los sistemas del trabajo al igual que los sistema 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.¹³¹

La Observación General 19 afirma que el derecho a la seguridad social es 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.¹³²

Está asumido como un derecho social fundamental que resulta en instrumento esencial para crear cohesión social y reforzar el ejercicio de otros derechos.¹³³ La seguridad social inaccesible e inadecuada afecta el ejercicio integral de otros derechos

¹³¹ Sandra Liebenberg “La seguridad social como derecho humano” en: *Círculo de Derechos. Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos y Asian Forum for Human Rights and Development, 2000, p. 226.

¹³² ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 19, Doc. E/C.12/GC/19, Trigésimo noveno período de sesiones, Ginebra, 2007, párr.1.

¹³³ Ídem...párr.. 6 y 28.

humanos asociados a las condiciones de vida en dignidad, la inclusión social y el bienestar individual y social. Las medidas sanitarias de corte preventivo como las de corte asistencial hacen parte del contenido normativo del derecho humano a la seguridad social. Sin embargo, el enfoque biomédico mantiene la hegemonía. Lo cual representa un reto para el desarrollo y consolidación del nuevo sistema de la seguridad social venezolano.

- Salud-medio ambiente sano

El ambiente sano es otro derecho que actúa también como condición para el ejercicio de otros derechos humanos. Su relación con el derecho a la salud se expresa en la necesaria demanda de medidas estatales y no estatales de protección y cuidado del medio ambiente.¹³⁴ La salud está más protegida en la medida en que el ambiente de vida también esté protegido ante factores (biológicos, químicos, físicos, sociales, económicos, culturales) determinantes del deterioro natural y social de las condiciones ambientales y los sistemas y recursos naturales. Deterioro que en la mayoría de las circunstancias se encuentra asociado a la actividad humana.

Como afirma Breilh, opera un metabolismo entre ambiente y salud que amplía las relaciones personales a condicionantes socioeconómicos y socioculturales que hacen parte del sistema de acumulación de capitales dominante explotador humano y depredador de la naturaleza. En Venezuela la Constitución dispone que es un derecho y

¹³⁴ El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas dispone en el artículo 12, aparte 2.b sobre el derecho a la salud, que: “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes 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 medio ambiente.”

un deber de cada generación proteger y mantener el ambiente 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.¹³⁵

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 en condiciones de pobreza y mayor vulnerabilidad. En igual orden la contaminación del suelo impacta la inocuidad de la producción de alimentos y las 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 poblacional son también factores de incidencia de las afecciones respiratorias de salud que en general 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, oportunidades y capacidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades vitales.

La Carta Panamericana sobre Salud y Ambiente en el Desarrollo Humano Sostenible de 1995, producto de la primera reunión de seguimiento a la Cumbre de Río-92, establece que los Estados deberán promover un medio ambiente sano y contar con servicios públicos básicos. De esta manera la vinculación no sólo se establece en el reconocimiento positivo del derecho a un ambiente sano, también en el ámbito de las obligaciones estatales de asegurar procesos de desarrollo respetuosos de los derechos humanos y de la naturaleza.

¹³⁵ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 127.

Al igual que en la salud colectiva son muchas las reuniones y conferencias mundiales celebradas hasta la fecha en pro del ambiente sano, como también los instrumentos mundiales y regionales aprobados por los Estados, reconociendo responsabilidades de protección, preservación y mejoramiento del medio ambiente y la vida en el planeta tierra. Sin embargo, los resultados evaluados dan cuenta de una hipocresía discursiva y una inacción real en pro del ambiente sano: Incremento de la pérdida prevenible de vidas y de enfermedades por razones ambientales, expansión de la degradación ambiental y la pérdida de la biodiversidad, primeros efectos del fenómeno del calentamiento global.

- Salud-integridad física, psíquica y moral

El derecho a la integridad personal busca la protección física, mental y espiritual de las personas. Según la CRBV el derecho a la prohibición de la tortura implica que toda persona tiene derecho a: a) que se le respete su integridad física, psíquica y moral, en consecuencia, ninguna persona puede ser sometido 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, por ejemplo, las personas privadas de libertad; 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 circunstancias de ley.¹³⁶

La relatoría sobre derechos de la mujer de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos relativa a 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

¹³⁶ Ídem ...art. 46.

personas. Y la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna a favor de la mujer si bien hace parte del derecho a la salud, opera también como garantía del derecho a la integridad personal de las mujeres.¹³⁷

- Salud-información

El derecho a la información es un derecho fundamental que también actúa como instrumento de protección de otros derechos y en el derecho a la salud resulta clave para el ejercicio consciente de este derecho. Da cuenta de la obligación a cargo del Estado de regular, producir y difundir información sobre cuestiones de salud de interés público y colectivo además de aportar data y otros elementos de análisis para la rendición de cuentas institucional. En el plano personal implica el derecho a buscar y recibir información sobre la salud particular y de sus familiares. Incluye el derecho a tomar decisiones libres e informadas sobre opciones, procedimientos, riesgos y tratamientos de salud médica y alternativa. Y en un plano más político el derecho de acceso a la información de salud debe permitir el acceso a información de interés público sobre cuestiones de salud colectiva, territorial y nacional, garantía del ejercicio de otros derechos, la participación protagónica y la libertad de expresión de comunidades y sociedad en general.

La Observación General 14 afirma que el derecho a la información comprende el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas relacionadas sobre cuestiones

¹³⁷ OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Relatoría sobre los derechos de la mujer, relativa a “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser. L/V/II, Doc. 69, 07.06.2010, párr. 22 y 23. Ver en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>.

de salud, sin que se llegue a menoscabar el derecho de confidencialidad de los datos personales sobre la salud individual de las personas.¹³⁸ De hecho, la violación del derecho y la libertad de buscar, recibir y difundir información sobre cuestiones de la salud conlleva la violación del derecho humano a la salud. En Venezuela la Constitución 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 de obtener oportuna y adecuada respuesta.¹³⁹ El ejercicio de este derecho permite el acceso a información de interés personal/colectiva, pero además fortalece la participación y acciones en pro de la transparencia institucional, la rendición de cuentas, la prevención y la protección de la salud.

- Salud-participación

El derecho a la participación social y comunitaria en salud no sólo fortalece el desarrollo de sistemas de salud más garantistas, inclusivos y responsables de la rendición de cuentas institucional; posibilita los procesos de formulación y evaluación participativa de la política, programas y planes de salud, además de legitimarla y asegurar su sustentabilidad. Todo sistema de salud que se califique universal, gratuito, integral, equitativo y solidario, debe fomentar y fortalecer la participación social y comunitaria en salud. Y es responsabilidad del Estado crear las condiciones de fomento y garantías de la participación social y comunitaria, como también prohibir medidas de discriminación

¹³⁸ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 14, Óp. Cit. Párr. 3 y 12 (IV).

¹³⁹ CRBV...art. 51.

en contra de la participación de determinados sectores y grupos.¹⁴⁰ De hecho, la CRBV dispone que:

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.¹⁴¹

d. Histórico y dinámico

El derecho humano a la salud es producto de luchas históricas por las que se reconocen obligaciones legales al Estado, pero además se constituye en herramienta de emancipación social de los pueblos. Inicialmente concebido en términos dualistas y delimitado al tratamiento de enfermedades y afecciones físicas de la salud y sólo 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. Codificado internacionalmente como un derecho programático, hoy está constitucionalizado y reconocido como un derecho social fundamental exigible ante los órganos del Poder Público Nacional venezolano. Se le reconoce además un contenido normativo que resulta expandible ante nuevos problemas y contextos de salud.

f. Irrenunciable y obligatorio

¹⁴⁰ ONU, Asamblea General, Sexagésimo segundo período de sesiones, Ginebra, 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 del 08.08.2007. Párr. 84.

¹⁴¹ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 62.

La titularidad para hacer exigible el derecho humano a la salud es irrenunciable y obliga al Estado venezolano regular, garantizar, gestionar y sancionar en pro del goce efectivo del derecho. Las obligaciones a cargo del Estado no sólo son legales, son constitucionales y tienen prioridad político-social. Según la CRBV es obligación del Estado venezolano promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Como también garantizar la rectoría, financiamiento y gestión del Sistema Público Nacional de Salud.¹⁴² Estas normas son además de aplicación inmediata y directa por los tribunales y demás órganos del Poder Público.¹⁴³

2. 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 la democracia, más bien, a los procesos democráticos.

La subordinación de la ley a los principios constitucionales equivale a introducir una dimensión sustancial no sólo 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.¹⁴⁴

La CRBV reconoce en el artículo 19 como principios rectores de la actuación del Estado y de los derechos humanos, la progresividad, la igualdad y la no

¹⁴² Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...arts. 83, 84 y 85.

¹⁴³ Ídem...art. 23.

¹⁴⁴ Luigi Ferrajoli, "Pasado y futuro del Estado de derecho", en Miguel Carbonell, editor, *Neo constitucionalismo(s)*, Editorial Trotta, Madrid, 2003, p.19.

discriminación.¹⁴⁵ ¹⁴⁶ Calificado como Estado social, democrático, de derecho y justicia otorga prioridad a lo social, a la participación comunitaria y a la justicia sobre todo material. En tanto que el derecho humano a la salud reconoce como principios rectores del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), la gratuidad, la universalidad, la integralidad, la solidaridad, la equidad, la participación y la integración social.¹⁴⁷ Principios que han de orientar la brújula política, legislativa, judicial y ciudadana del acceso a bienes y servicios de salud, el desarrollo de la dimensión social o colectiva de la salud, el fomento de la participación comunitaria en cuestiones de salud, la creación de condiciones sustentables de vida saludable y el goce del derecho a la salud en igualdad de condiciones y medios.

a. Igualdad y no discriminación

Boventura de Sousa Santos ha señalado que tenemos el derecho a ser iguales cuando la diferencia nos inferioriza y tenemos el 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.”¹⁴⁸ Este autor no sólo alerta, invita a revisar el principio de la igualdad y con ello, el reconocimiento de la diferencia. Las interpretaciones sobre la

¹⁴⁵ La CRBV en el artículo 21 reconoce que todas las personas son iguales ante la ley y para hacerlo real, se deberán 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 ellas se comentan serán sancionados.

¹⁴⁶ CRBV...art. 19.

¹⁴⁷ Ídem...art. 84.

¹⁴⁸ Boventura de Sousa Santos, *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. Óp. Cit, p. 53.

igualdad suelen en efecto invisibilizar las diferencias y desigualdades, homogenizando a las personas y los grupos en un concepto de sujeto universal de los derechos, reducido, como fue señalado antes al género masculino, heterosexual, propietario, educado, blanco y occidental. Además, aislado de los contextos y realidades específicas.

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 aplican “sin discriminación de índole alguna”.¹⁴⁹ No obstante, las leyes como las instituciones y las prácticas y, las relaciones institucionales y ciudadanas se estructuran en base a patrones y modelos sociales, culturales, económicos y políticos que generan jerarquización y reproducen desigualdad y exclusión en los espacios de convivencia familiar, social y ciudadana, laboral, entre géneros, entre generaciones y entre etnias, entre Estado y pueblo y, entre Estados.¹⁵⁰

La renovación teórica del principio de igualdad pasa ciertamente por el reconocimiento de la diferencia y las relaciones de poder e intereses que favorecen su conversión a desigualdades y exclusión. Incluso, la diferencia entre las diferencias.

El CDESC en la Observación General 14 afirma que el principio de igualdad no sólo resulta en la prohibición de toda discriminación en el acceso a la atención de salud y los factores determinantes básicos de la salud, implica también la creación de condiciones y medios a cargo del Estado para que todas las personas tengan acceso igual y oportuno a

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Boaventura 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.

los bienes y servicios de salud en términos individuales y colectivos. Prevalece además el enfoque de protección especial a favor de personas y grupos en condiciones de vulnerabilidad incluso ante condiciones financieras adversas. Y se avanza en el desarrollo de criterios de inclusión social como son la perspectiva de género, el principio de la prioridad absoluta a favor de niños, niñas y adolescentes y, el reconocimiento del enfoque integrado (biológico-sociocultural) de la salud a favor de estos grupos (mujeres, personas mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas, niños, niñas y adolescentes).¹⁵¹

No obstante, resulta en una lectura de la vulnerabilidad y la inclusión reducida a asistir efectos nocivos en la salud (morbilidad y mortalidad) y la reducción de riesgos y barreras, sin que se pretenda transformar la génesis de las condiciones de vida y modos sociales que ubica a estos grupos en situación de vulnerabilidad y exclusión social y sanitaria.

b. Progresividad y no regresividad

La progresividad encuentra vinculo 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 vigentes. Los logros (positivos y materiales) alcanzados son además irreversibles, en consecuencia, los elementos del derecho a la salud y las obligaciones deben mantenerse por lo menos en los niveles vigentes de aplicación.¹⁵² Y bajo ninguna circunstancia, ni siquiera, en situación

¹⁵¹ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 14. Óp. Cit. Párr. 17-27.

¹⁵² ONU, Asamblea General, Sexagésimo segundo período de sesiones, resolución A/62/214, 08.08.2007, párr. 29.

de limitación de recursos económicos debe traducirse en la posibilidad de desregularización o regresividad. De hecho, los contenidos mínimos esenciales¹⁵³ del derecho y de las obligaciones a cargo del Estado representan un piso de protección jurídica inviolable. Un punto de inicio, nunca un punto de llegada.

La propia Constitución dispone que: “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.”¹⁵⁴ En consecuencia, las limitaciones de recursos en salud bajo ninguna circunstancia o motivo pueden convertirse en justificativo del incumplimiento de las políticas en salud que deben garantizar bien-estar colectivo y acceso universal a los bienes y servicios.¹⁵⁵

c) Participación protagónica

La participación protagónica de las comunidades convertida en principio interpretativo del derecho humano a la salud le supone sentido emancipador. No se trata sólo del derecho de acceso a bienes, servicios y condiciones saludables, también de posibilidades y capacidades activas de organización y participación social para la exigibilidad y la toma de decisiones sobre cuestiones y políticas de salud. El protagonismo de las comunidades implica sujetos activos en la toma de decisiones determinantes de las condiciones para la vida y la salud de las personas y de la naturaleza. Lo que además posibilita el desarrollo del derecho “desde abajo”, desde las

¹⁵³ El contenido mínimo esencial supone la existencia en cada derecho de un núcleo básico de protección que no puede restringirse bajo motivo o circunstancia alguna.

¹⁵⁴ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...art. 85.

¹⁵⁵ Ídem...art. 83.

necesidades e intereses de los grupos sociales históricamente excluidos, dominados, explotados y discriminados.¹⁵⁶

Resumen del capítulo II

Qué es el derecho humano a la salud y cuáles son las características y los principios rectores que facilitan su entendimiento, naturaleza y alcance hace parte del eje central de este capítulo. Y las lecturas que se hacen buscan ampliar la visión de protección jurídica a prevención sustantiva.

La CRBV lo reconoce como un derecho social fundamental reforzando así el carácter justiciable y otorgándole prioridad social y política también. Se reivindica además como derecho convocante de otros derechos asociados al bien-estar colectivo, la vida vivida en dignidad y el acceso a los bienes y servicios. Lo que al menos revela un saldo constitucional importante.

En el plano internacional (SUSH y SIDH) el enfoque biomédico de la salud sigue siendo hegemónico aunque el derecho esté reconocido en términos inclusivos. La explicación de la integralidad hace visible la interdependencia que este derecho mantiene con otros derechos y libertades. Más no hace visible dialéctica entre las condiciones

¹⁵⁶ Siguiendo a Gerardo Pisarello la perspectiva “desde abajo” no sólo contribuye a revelar los riesgos paternalistas y potestativos presentes en la garantía institucional de los derechos sociales, les otorga un sentido diferente. En el derecho a la salud permite, por ejemplo, entenderlo más que como derecho a prestaciones socio-sanitarias, como derecho de participación en la realización de dichas prestaciones. “No hay tutela de los derechos sin instituciones obligadas a garantizarlos, pero no hay instituciones obligadas en ausencia de sujetos capaces de obligarlos”. La capacidad de participación social resulta así en indicador de la eficacia del sistema de garantías institucionales pero además en indicador de la legitimidad democrática del ordenamiento jurídico vigente. Ver en: Gerardo Pisarello, “Los derechos sociales y sus garantías: Notas para una mirada “desde abajo”, en *La protección judicial de los derechos sociales*, Serie Justicia y Derechos Humanos: Neoconstitucionalismo y Sociedad, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ecuador-Quito, 2009, pp. 31-53.

sociales en que el derecho se ejerce, los modos y procesos generales determinantes de esas condiciones. De allí la importancia de otorgar valor interpretativo a la determinación social del derecho humano a la salud.

La universalidad, la dimensión individual y social, la indivisibilidad e interdependencia, el carácter histórico y dinámico y, el carácter obligatorio e irrenunciable hace parte de las características que lo definen. En tanto que la igualdad y no discriminación, la progresividad y no regresividad y la participación social y comunitaria hacen parte de los principios que orientan el desarrollo del contenido y las obligaciones del derecho humano a la salud en la CRBV y en el marco internacional de los derechos humanos.

Sin embargo, valen algunas reflexiones sobre el lenguaje de los derechos humanos que se emplea en la definición de estos elementos característicos y rectores. Por ejemplo, el lenguaje abstracto y ahistórico que caracteriza el sujeto universal del derecho a la salud resulta cuestionado porque lejos de caracterizar homogeniza e invisibiliza la diversidad humana, las realidades y contextos que resultan en el ejercicio desigual (estratificado y jerarquizado) del derecho a la salud. En igual sentido, la igualdad pura sólo normativa termina por homogenizar las diferencias y naturalizar relaciones y prácticas de poder e instituciones (clasismo, patriarcado, racismo) culturalmente legitimadas que discriminan y excluyen a grupos y sectores no reconocidos. Definitivamente la construcción de un nuevo lenguaje del derecho humano a la salud pasa por nuevas lecturas que hagan visible lo que se invisibiliza, que afirmen lo diferente, que rescaten la dimensión política y sustantiva de la salud, la progresividad del derecho asumida como límite ante la

regresividad y como portal para la expansión de su contenido en relación con las obligaciones.

CAPÍTULO III

(De)construyendo el derecho humano a la salud

En el capítulo anterior se hizo hincapié sobre la interrelación del derecho humano a la salud cuyo alcance resulta en algo más que cuidados de la salud. En efecto, el reconocimiento de determinantes subyacentes de la salud relacionados con circunstancias y condiciones (materiales e inmateriales) en que la persona nace, vive, trabaja, enferma y muere, abre otras posibilidades y otras dimensiones de intervención en pro de la protección del derecho a la salud y sobre todo a favor de la prevención en salud. Supone, en consecuencia, una alianza entre garantías normativas con garantías sociales y políticas que atiendan la redistribución en vinculación con la transformación de las condiciones, modos, estructuras y procesos determinantes sociales de la violación sistemática del derecho humano a la salud y de los derechos humanos en salud.

Este capítulo sigue avanzando en la lógica construyendo-deconstruyendo los horizontes de equidad y justicia en salud expresados en la expansión del contenido y alcance del derecho humano a la salud a parámetros de determinación social de la vida saludable y el bienestar colectivo, de la mano del acceso a bienes y servicios. Retos que tienen como marco los nuevos postulados constitucionales que constituyen el Estado venezolano en soberano, democrático y social, de derecho y de justicia.¹⁵⁷

¹⁵⁷ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...arts. 1-5.

Qué comprende el derecho humano a la salud

El derecho humano a la salud se reconoce como el derecho de acceso a facilidades, bienes, servicios y condiciones para la satisfacción de necesidades materiales e inmateriales y el disfrute del bienestar social integral. De manera que su contenido y alcance debe cubrir las diferentes caras (biológica, social, cultural, natural y política) de la salud. Sin embargo, no ha ocurrido así, de hecho, el enfoque (conceptual y práctico) extendido sigue asentado en la cara biológica (físico-mental) de la salud y en la dimensión individual. Y el plano jurisdiccional, marcado por el estigma del cuasi-derecho condicionado a posibilidades y capacidades institucionales y financieras.

El capítulo primero da cuenta cómo las visiones y concepciones sobre la salud han variado en el tiempo ante nuevas necesidades y nuevos contextos, pero también se han moldeado de acuerdo a las ideologías, intereses y relaciones de poder imperantes. A mediados del siglo XX la bandera del nuevo orden económico mundial se alzó como determinante de las condiciones de “vida digna”, “bienestar colectivo” y “desarrollo humano” global. El cierre del milenio y el avance del siglo XXI está además caracterizado por la era de la globalización económica neoliberal que propone la conversión de los derechos sociales y ambientales en mercancía y la defensa del modelo de democracia representativa.¹⁵⁸

A diferencia de este escenario global en Venezuela la CRBV da pie a una concepción de democracia ampliada a la democracia participativa y una nueva base política y social inspirada en valores de justicia social que propone la creación del

¹⁵⁸ Ver capítulo primero “La caída de la justicia en salud”.

Poder Popular. Junto a cambios significativos en la organización y fines del Estado y un capítulo de derechos humanos con garantías judiciales de aplicación inmediata que en constituciones anteriores resultaban en ventaja de los derechos civiles y políticos.

El derecho a la salud está reconocido como el derecho a condiciones de bienestar colectivo y servicios universales de prevención y protección de la salud orientados a elevar la calidad de vida. El Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) se propone como su garantía, definido como universal, gratuito, intersectorial, descentralizado, participativo, solidario e integrado a la seguridad social.¹⁵⁹ Lo que demanda un Estado democrático fuerte política y socialmente, responsable, solidario y eficaz.

1. Contenido del derecho humano a la salud

La definición del contenido esencial del derecho humano a la salud permite contar con estándares básicos de exigibilidad judicial e incidencia política. Los cuales, cabe decir, no deben entenderse como únicos ni definitivos. Resulta importante para conocer que comprende específicamente y sobre todo porque de allí se desprenden las garantías (jurídicas, políticas y sociales) para hacerlo efectivo.

Derecho Internacional de los Derechos Humanos

En el Derecho internacional de los derechos humanos además de los tratados y convenios u otros instrumentos, la jurisprudencia y la doctrina juegan un rol clave

¹⁵⁹ Constitución de la República Bolivariana de Venezuela...arts. 83 y 84.

como fuentes del Derecho. Particularmente, en el derecho a la salud y en el SUDH, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) ha desarrollado toda una base teórica de valor jurisprudencial.¹⁶⁰ En particular, la Observación General 14 sobre el derecho de toda persona al nivel más alto posible de salud afirma que el derecho humano a la salud entraña libertades y derechos y además abarca toda una gama de condiciones y factores cuyo goce resulta determinante de las condiciones integrales de vida y salud.

Entre las libertades está el derecho que tiene toda persona a controlar el cuerpo y la salud (derecho a la salud genésica) y el derecho a no ser sometido a inherencias (derecho a no ser sometido a torturas, tratamientos ni experimentos médicos no consentidos). Entre los derechos está disponer y acceder a un sistema y servicios de salud que brinde igualdad de oportunidades para el disfrute del máximo nivel posible de salud.¹⁶¹

Entre los determinantes básicos de la salud se reconoce 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, un ambiente sano y el acceso a educación e información sobre cuestiones de la

¹⁶⁰ Las Observaciones Generales del CDESC y los informes de relatorías especiales apoyan la interpretación de las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En particular, sobre los contenidos normativos de los derechos y las obligaciones generales y específicas a cargo de los Estados, incluyendo en la aplicación interna del Pacto actores no estatales relevantes. También sobre la función de las instituciones nacionales de derechos humanos para la promoción y protección de los DESC.

¹⁶¹ ONU, CDESC, Observación General Nro. 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, Op. Cit. párr.8.

salud.¹⁶² También la distribución de los recursos, las diferencias basadas en el género, las inequidades sociales y las relacionadas con la violencia o los conflictos armados.¹⁶³

Finalmente, define cuatro elementos básicos. A saber, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación o calidad de los bienes y servicios de la salud, incluidos los factores subyacentes determinantes de la salud asumidos también en lógica prestacional.¹⁶⁴

a. Disponibilidad: Implica que los establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y los centros de atención de la salud además de los programas sanitarios, deben ser disponibles en cantidad suficiente. Incluye los factores determinantes como agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal técnico y profesional capacitado y bien remunerado y disposición de medicamentos esenciales.

b. Accesibilidad: Implica que 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 a su vez cuatro dimensiones superpuestas:

- **N**
o discriminación: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles (de hecho y de derecho) a todas las personas y en especial a los grupos y sectores en condiciones vulnerables y marginales, sin discriminación

¹⁶² Ídem...párr. 4 y 11.

¹⁶³ Ídem...párr.. 10.

¹⁶⁴ Ídem...párr.. 12-13.

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, estado de salud y situación política, social o de otra índole, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo de la igualdad del ejercicio del derecho.

- **A**
Accesibilidad física: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos en condiciones vulnerables o marginales. Tales como las minorías étnicas y las poblaciones indígenas, las mujeres, las niñas, niños y adolescentes, las personas mayores, las personas con alguna discapacidad, las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en zonas rurales.
- **A**
Accesibilidad económica o asequibilidad: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance económico de todas las personas. Los pagos por servicios de atención a la salud y asociados a los determinantes básicos de la salud deben sustentarse en el principio de equidad. Independientemente de que sean públicos o privados deben estar al alcance de todas las personas, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos.
- **A**
Acceso a información: Incluye el derecho a solicitar, recibir y difundir

información relacionada con cuestiones sobre salud sin menoscabar el derecho a la confidencialidad sobre datos personales relativos a la salud.

c. Aceptabilidad: Implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. Asimismo, sensibles a los requisitos de género y el ciclo generacional.

d. Calidad: Implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Por ejemplo, disponer de personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente apropiados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

El tratamiento que el CDESC hace de estos cuatro componentes da cuenta del peso que mantiene el enfoque biomédico, el control de riesgos socio-sanitarios y la protección especial a favor de grupos vulnerables. La referencia a los determinantes subyacentes de la salud revela la naturaleza relacional del derecho y amplía el contenido a la disponibilidad y el acceso a condiciones de vida digna. No obstante, desde la dimensión individual y sólo en lógica prestacional. Lo cual confirma el cuestionamiento que ha venido señalando el movimiento latinoamericano de salud colectiva y especialmente la Epidemiología Crítica sobre el neocausalismo que actúa sobre factores externamente conectados y no a favor de cambios estructurales.

Los cuatro elementos característicos están propuestos como parámetros de protección jurídica (exigibilidad judicial e incidencia legislativa y política). La satisfacción de necesidades asociadas a la salud se garantiza a través de servicios que aseguren disponibilidad y accesibilidad universal, facilidades, bienes y recursos sanitarios adecuados científicamente, técnicamente y culturalmente. Y extendidos a los determinantes subyacente de la salud aunque sin la pretensión de trascender o transformar la realidad social de inequidad e injusticia que hace parte de las condiciones de vida y ejercicio del derecho a la salud.

La 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 y el Sistema Público Nacional de la Salud (SPNS) se define como su garantía. El derecho a la salud está dispuesto como el derecho a un sistema de salud universal, solidario, equitativo, integral e integrado a la seguridad social, que debe garantizar promoción, prevención y protección de la salud mediante el acceso a bienes y servicios y a través de condiciones de vida saludable y bienestar colectivo.

Del desarrollo que dispone la Constitución en los artículos 83, 84, 85 y 86 se concluye:

- E
l SPNS se constituye en garantía del derecho humano a la salud y el Estado venezolano en garante de la rectoría y gestión del Sistema, incluido el control y

la regulación de las instituciones y 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 de la salud y relacionados con la salud.

- L
a universalidad, la solidaridad, la equidad, la participación y la integralidad 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 la piedra fundacional del SPNS. *La participación* activa de las comunidades abre la posibilidad a la incidencia social sobre políticas y planes de salud u otras acciones en salud “desde abajo”. Es decir, desde necesidades, intereses y coordinadas diferentes a las del poder constituido. *La integralidad* opera entre el goce del derecho a la salud y los derechos humanos en salud, entre lo biológico, lo social y lo ambiental y, entre la dimensión individual y colectiva de la salud.

- L
os cuatro elementos referidos en la Observación General 14 (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación) están contenidos en las características que definen las prestaciones del SPNS.

- L
a prohibición de privatización de los bienes y servicios públicos de salud, el financiamiento suficiente de la política sanitaria y del SPNS, el mantenimiento

de la infraestructura pública de salud, el desarrollo de una política nacional de formación del talento humano (profesional y técnico) sanitario, la participación protagónica de las comunidades y la creación de una industria nacional de producción de insumos sanitarios, se constituyen en garantías de sustentabilidad del SNPS.

- L
La promoción y la prevención en salud tiene prioridad jurídico-política y se expresa en la vinculación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida saludable. También entre políticas u otras medidas orientadas a elevar la calidad de vida y garantizar el bienestar colectivo. Supone la combinación de funciones de control (prestaciones de asistencia a la salud y relacionadas con la salud) con funciones de promoción y prevención de los procesos determinantes (protectores-destructivos) de la vida y la salud.
- L
La inclusión del SPNS en el sistema de la seguridad social venezolana incorpora en el accionar institucional parámetros de solidaridad y corresponsabilidad social, intersectorialidad, rendición de cuentas, equidad y justicia social.

2. Alcance del derecho humano a la salud

El alcance se explica a través del carácter complejo, dinámico, inclusivo y multidimensional de este derecho, expresado en la relación con el derecho a la vida

saludable, otros derechos humanos¹⁶⁵ y los procesos determinantes de la vida y la salud de las personas y sus familias, las colectividades y las poblaciones.

De hecho, Paul Hunt, en varios de los informes de la relatoría especial del CDESC sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de salud posible, afirma que el alcance del derecho resulta extensivo a toda una gama de factores determinantes básicos de las condiciones de vida y salud de las personas, abarcándose condiciones de pobreza y exclusión social, la desigualdad de género, la discriminación y la intolerancia o violencia en detrimento de determinados grupos sociales por circunstancias prohibidas.¹⁶⁶

Sin embargo, siguiendo a Breilh, autor referencial del desarrollo de esta propuesta de marco conceptual, resulta en una explicación que fragmenta en niveles el proceso complejo y multidimensional de la determinación social de la salud y que al igual que la CDSS de la OMS, el cuerpo argumentativo sigue centrado en relaciones causales que lejos de explicar las relaciones sociales y los procesos estructurales que entran en movimiento para determinar la salud se asumen como factores, incluso descritos como estructurales, pero definidos fuera del proceso dialéctico de la determinación social.¹⁶⁷

Determinación social de la vida y la salud

¹⁶⁵ Para mayor detalle ver en capítulo segundo lo relacionado con el carácter inclusivo del derecho a la salud.

¹⁶⁶ ONU, Consejo Económico y Social, Paul Hunt, Informe de relatoría sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. E/CN.4/2004/49 del 16.02.2004. Párr. 61^a y 64.

¹⁶⁷ Jaime Breilh, Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud. Op.Cit.

En el capítulo primero se hizo referencia a dos corrientes conceptuales que desde el campo de la salud colectiva promueven dos visiones diferentes: el enfoque de los determinantes sociales y el enfoque de la determinación social de la salud. El enfoque hegemónico es el enfoque OMS de los determinantes sociales de la salud referido por el CDESC en su Observación General 14. Allí se reconoce la necesidad de hacer de los determinantes sociales parte importante del ejercicio del derecho humano a la salud promoviéndose una visión de integralidad que si bien rescata el carácter individual y social de la salud, resulta en una asociación superficial de elementos o factores.¹⁶⁸

El mayor problema se presenta con el desarrollo de la dimensión social o colectiva concebida también en lógica individual de riesgos y efectos inmediatos y externos del dinamismo y la complejidad que caracteriza los procesos sociales de la salud. Igual ocurre con grupos sociales o colectivos reconocidos como sujetos jurídicos con características comunes de vulnerabilidad, pero definidas en términos abstractos y distantes de la realidad social específica y general.

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 “las 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.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Ídem.

¹⁶⁹ Jaime Breilh, Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud, Op. Cit.

Coincidiendo con esta línea de pensamiento y en el espíritu de afirmar algo diferente, la explicación del alcance del derecho en vez de hacerse desde el enfoque de los determinantes sociales se hace desde la perspectiva crítica de la determinación social de la vida y la salud.

En este enfoque la determinación social se define como un proceso complejo y multidimensional 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 expresiones del Estado y procesos generales de la cultura.

La dimensión particular corresponde a las condiciones estructurales de los modos de vida de los grupos (relaciones de poder de clases sociales, género y étnicas) con sus patrones de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y los patrones propios de vulnerabilidad a dichos procesos nocivos.

La dimensión singular expresa 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.¹⁷⁰

Este esquema tridimensional de la determinación social de la salud no sólo explica los procesos y relaciones determinantes de las condiciones de goce y ejercicio del derecho a la salud en lógica dialéctica, permite definirlo como un derecho socialmente determinado. Cuyo contenido y alcance además de comprender elementos distributivos, supone elementos transformadores de la realidad. La disponibilidad y el

¹⁷⁰ Jaime Breilh, “Las tres “S” de la determinación de la vida y el triángulo de la política”, documento presentado en Seminario Rediscutiendo la cuestión de la determinación social de la salud, Centro Brasileiro de Estudos de la Salud (CEBES), Salvador de Bahía, 19-20 de marzo del 2010.

acceso igual a bienes y servicios se encuentra conectado con condiciones integrales de bien-estar, entornos de vida y trabajo saludables, modos sociales y estilos personales que hacen parte de un movimiento de procesos generales protectores y destructores de vida humana y natural que más que nunca requiere cambios profundos.

Dimensión general: injusticia e inequidad en salud

La CDSS de la OMS afirma que las condiciones desiguales de vida y salud resultan de la distribución inequitativa del poder y los recursos, determinantes estructurales del grado de educación, ocupación e ingreso de las personas que junto a los determinantes sociopolíticos, influye el desarrollo de las capacidades de autocontrol de la salud personal y el acceso a los bienes y servicios de cuidados de la salud y relacionados con la salud.

En el pensamiento de Amartya Sen, autor referente de los pronunciamientos más recientes de la OMS/OPS y del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la equidad en salud debe quedar incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de justicia. Además de relacionarla con la distribución equitativa la vincula con la creación de condiciones sociales saludables y el desarrollo de capacidades humanas que posibiliten el disfrute de una vida sana, sin enfermedades, sufrimientos prevenibles o mortalidad prematura. En consecuencia, no disponer de igualdad de oportunidades en el acceso a bienes y servicios supone desiguales capacidades y libertades en el logro de una buena salud.^{171 172}

¹⁷¹ Amartya Sen, *¿Por qué la equidad en salud?*, en Revista Panamericana de Salud Pública, 11 (5/6), mayo-junio 2002, p. 303. Ver en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>.

Parece entonces que el dilema de la equidad y la justicia en salud se convierte en un problema de distribución de recursos, bienes y poder y de igualdad de oportunidades y condiciones de vida saludable, ciego ante la crisis del sistema mundo y del modelo de sociedad (capitalista, extractivista, patriarcal y monocultural) inherente a los procesos de reproducción sistemática de esas inequidades y desigualdades constitutivas de la violación “sistemática” del derecho “humano” a la salud.

De allí la importancia de convertir el derecho humano a la salud y los derechos humanos en salud en derechos reales y dignificantes, como señala Joaquín Herrera Flores, en derechos impuros en relación con las realidades sociales de sus titulares. Para avanzar hacia allá la equidad y la justicia en salud deben convertirse en parámetros referenciales de una cultura combativa de la vida donde la prevención y la protección del derecho tenga como correlato una praxis en salud profundamente democrática y socialmente responsable, solidaria, integral y sustentable. Y donde la distribución de bienes, servicios y recursos se acompañe de condiciones, modos, relaciones y procedimientos protectores de la vida y la salud. En tanto supone la

¹⁷² El tratamiento teórico de la equidad y la justicia en salud ha tenido influencia de distintas disciplinas, la filosofía, las ciencias políticas y sociales. Amartya Sen, podría decirse es el autor que en estos tiempos tiene mayor peso sobre los postulados y señalamientos de justicia, equidad y desigualdad de la OMS/OPS. Señala que la pobreza es un fenómeno complejo y compuesto no sólo de marginalidad, bajos ingresos, también de niveles bajos de educación, mala salud y mala atención de la salud. De manera que la mala salud viene aparejada de las condiciones multidimensionales de la pobreza además de las características propias de los sistemas de salud (estructura, organización y financiamiento). Para Sen el problema de la equidad en salud no depende sólo de la distribución de bienes primarios a que hace referencia Rawls, se debe contar con igualdad de condiciones que faciliten el desarrollo de capacidades básicas para alcanzar bienestar y garantizar la libertad de elección. Para John Rawls, una sociedad justa es la que garantiza los bienes primarios sociales, libertad y oportunidad, ingreso y bienestar, distribuidos igualmente a menos que la distribución desigual favorezca principalmente a los más necesitados. Abre así la discusión entre lo deseable y lo posible de cada contexto e invoca el contrato social como basamento de la justicia distributiva y correctiva. Norman Daniels, por su parte, señala que la salud y la educación deben entenderse como bienes sociales prioritarios de la igualdad de oportunidades, y no como bienes económicos, objeto del mercado.

transformación de los procesos y dinámicas destructivas de la vida y la salud que reproducen desigualdad y vulnerabilidad humana social, económica, cultural, territorial y de la naturaleza.

Dimensión particular: modos de vida determinados socialmente vs. igualdad de acceso, oportunidades y condiciones sociales de vida saludable.

Los modos de vida colectivos resultan determinados socialmente y a la vez se convierten en determinantes de vida y salud. Expresan relaciones de posición social con base en las clases sociales, el género, el origen étnico, asociado a condiciones y entornos de vida y trabajo, ecosistemas saludables, capacidades de organización social y empoderamiento, espacios de convivencia y recreación, acceso a bienes y servicios sanitarios y sociales que en conjunto determinan el goce colectivo del derecho a la salud.¹⁷³

Las diferencias entre estos modos sociales (condiciones colectivas de trabajo, posición en el trabajo, posición en la familia, posición en la sociedad, patrones sociales de uso y consumo de bienes, condiciones de reconocimiento de identidades, condiciones de soporte psicosocial y de empoderamiento) genera desigualdad y vulnerabilidad en el acceso a condiciones de vida saludable especialmente en detrimento de grupos con carencias materiales e inmateriales, condiciones de opresión, dominación y exclusión en contextos de sociedades clasistas, patriarcales y racistas.

¹⁷³ Jaime Breilh, “Las tres “S” de la determinación de la vida y el triángulo de la política”. Op. Cit.

Sin embargo, el tratamiento legal y la gestión de la desigualdad y la vulnerabilidad social suele resultar en lecturas sesgadas y fragmentadas de la realidad social, reducido a la protección de grupos específicos (niños, niñas y adolescentes, personas con discapacidad, personas mayores, mujeres, personas con enfermedades crónicas y de riesgo social, pueblos indígenas) caracterizados por elementos comunes que no escapan de la lógica abstracta. En tanto que las vulnerabilidades, concebidas en base a los criterios o razones legalmente prohibidas (edad, incapacidad, sexo/género, condición biológica, origen étnico o cualquier otro). Y las soluciones convertidas mayormente en medidas puntuales que terminan neutralizando temporalmente la exposición a riesgos, en tanto se naturalizan los modos y procesos sociales, instituciones (clasismo, patriarcado, racismo) y dinámicas determinantes de los sesgos y las desigualdades constitutivas de la violación sistemática del derecho a la salud.

La apuesta por una sociedad para la vida supone en palabras de Breilh un gran movimiento metabólico entre lo biológico y lo social y entre la sociedad y la naturaleza sobre la base del paradigma de la integralidad y la sustentabilidad.¹⁷⁴ En efecto, una sociedad saludable, una ciudad saludable, una comunidad saludable, una escuela saludable, un trabajo saludable y una naturaleza saludable requiere características y condiciones (normativas, sociales, económicas, culturales, ambientales y políticas) que conviertan lo saludable en sustentable. Entre las cuales este autor señala *la integralidad* como ruptura de la lógica de la focalización, *la solidaridad* en la reproducción social, *la interculturalidad* como

¹⁷⁴ Ídem.

ruptura de la cultura eurocéntrica y, *la soberanía* como requisito autárquico de la vida.¹⁷⁵

La salud como derecho a condiciones de vida saludable¹⁷⁶ supone condiciones de universalidad, equidad social, económica, cultural de género y étnica, solidaridad, integralidad entre lo biológico, lo social, lo cultural y lo natural, participación activa de las comunidades, progresividad y ciertamente, sustentabilidad. Presupuestos necesarios y presentes en el espíritu y razón de los postulados constitucionales del Estado soberano, democrático y social, de derecho y de justicia en que se constituye Venezuela. Como también en las características y principios rectores de los derechos humanos y en particular, del derecho a la salud y demás derechos sociales, económicos, culturales y ambientales.

Dimensión singular en interacción ...

El poder individual determinante de la salud a diferencia del poder colectivo se vincula sobre todo con las libertades que hacen parte del contenido de este derecho. 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

¹⁷⁵ Ídem.

¹⁷⁶ La referencia a condiciones de vida saludable comprende: a) ejercicio integral de derechos sociales relacionados con satisfacción de necesidades básicas (vivienda digna, agua potable, 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 de recreación y deporte, espacios naturales; d) acceso a conocimiento integral, desarrollo de capacidades personales y libre albedrío; e) sistemas de salud de acceso universal, eficaces, responsables e integrados.

condiciones biológicas (carga genética, edad, sexo), sociales y naturales del entorno de vida y el orden social, resulta igualmente determinante del proceso de la vida y la salud.

3. Vulnerabilidades vs. grupos vulnerables

El reconocimiento específico del derecho de protección especial de la salud de determinados grupos o sectores poblacionales y el reconocimiento de logros colectivos en salud diferenciado por grupos y variables sociales, culturales, económicas y territoriales, expresa en sí el reconocimiento de una subjetividad diversa pero también la reproducción sistemática de vulnerabilidades sanitarias y sociales. Vulnerabilidades que suelen estar asociadas a la condición biológica (física-mental) y otras condiciones o circunstancias (sanitarias, sociales, económicas, culturales, territoriales e institucionales) definidas lamentablemente de forma fragmentada y en clave asistencialista. En tanto que la prevención en salud asociada a riesgos de vulnerabilidad más no a la génesis de la desigualdad.

La invitación es entonces a avanzar hacia una conceptualización de la vulnerabilidad que explique las condiciones de desventaja (biológica, social, económica, cultural, jurídica y política) de los grupos, con los procesos sociales y condiciones estructurales determinantes. Los cuales vale decir no son permanentes y por ende, pueden transformarse.

El CDESC en la Observación General 14 señala a las mujeres, los niños, niñas y adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades, los pueblos

indígenas y las personas que viven en pobreza, como miembros de la sociedad en condiciones de vulnerabilidad ante el ejercicio del derecho humano a la salud. 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 personas que viven con VIH/Sida, personas que viven con enfermedades desatendidas (tropicales o relacionadas con la pobreza) y personas privadas de libertad.¹⁷⁷

En general, están definidos como grupos o colectivos sociales que se encuentran 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.” Protección que supone la garantía de coberturas universales en salud y cuidados específicos de la salud, con recursos (financieros, humanos, médico-técnicos) suficientes y adecuados para la satisfacción de sus necesidades.

Este enfoque aunque ha permitido la definición de estándares de protección internacional del derecho a la salud a favor de estos grupos, no abandona el carácter asistencialista y de cuidados de la salud que actúa sobre resultados. La protección judicial prácticamente se limita a garantizar asistencia médica y acceso a medicamentos. Podríamos decir, un enfoque que aunque apuesta a la inclusión social no lo hace desde la sustentabilidad social.

Siguiendo a Judith Butler, refiriéndose al género, “intervenir en nombre de la transformación implica precisamente desbaratar lo que se ha convertido en un saber establecido y en una realidad cognoscible [...]”¹⁷⁸ La exigencia de reconocimiento de

¹⁷⁷ Ver Anexo 4 para mayor detalle.

¹⁷⁸ Judith Butler, *Des hacer el género*, Ediciones Paidós, Barcelona, 2006, p. 48.

derechos a grupos específicos ciertamente no debe conformarse con el reconocimiento positivo y la adopción de medidas puntuales y asistencialistas. La apuesta por el empoderamiento y la participación de dichos grupos pasa también por el desarrollo del enfoque transformador del conocimiento, valores, prácticas y modos de vida dominantes.

Resumen del capítulo III

El derecho humano a la salud comprende libertades y derechos de acceso a bienes, recursos, servicios y condiciones dignas de vida y salud. El contenido esencial reconoce cuatro elementos (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación) que caracterizan su ejercicio, permitiendo el desarrollo de parámetros de exigibilidad judicial e incidencia legislativa y política. En tanto que el alcance está desarrollado en su relación con otros derechos humanos y factores determinantes desde la perspectiva de la determinación social.

En la CRBV, la universalidad y no discriminación se dispone como elemento clave del contenido del derecho a la salud y, el SPNS, como garantía de la promoción, la prevención y la protección del derecho bajo parámetros de accesibilidad universal, equidad social, económico-financiera, cultural y territorial, solidaridad, integralidad y participación social.

En este esquema la determinación social de la salud resulta en elemento interpretativo del derecho humano a la salud, explicado ahora como un derecho socialmente determinado y cuyo alcance se puede desarrollar en tres dimensiones

reales (particular, personal y general). Propuesta desarrollada desde la corriente latinoamericana contrahegemónica de Salud Colectiva y específicamente, Epidemiología Crítica. Supone la ampliación del ámbito de protección jurídico-político del derecho, reivindicándose sobre todo el sentido y el espíritu transformador, emancipador e impuro del derecho y, la integralidad entre lo biológico, lo social, lo cultural y lo ambiental.

En general, se ha procurado un desarrollo del derecho humano a la salud fuera del foco exclusivo de la asistencia sanitaria, la inmediatez y la sostenibilidad del acceso a los bienes, servicios, facilidades y condiciones funcionales al orden general determinante de los procesos sociales de vida y salud.

CAPÍTULO IV

¿Cómo prevenir, garantizar y proteger la salud en clave emancipadora?

El reconocimiento de obligaciones legales del derecho humano a la salud a cargo del Estado define el sistema de vulneración y responsabilidad estatal vigente. Las obligaciones representan límites en el ejercicio del Poder Público Nacional y el incumplimiento por acción u omisión, directo o indirecto, de esas obligaciones genera responsabilidad estatal y las subsiguientes obligaciones de sancionar, reparar y prevenir. Enfoque que además hace parte central del desarrollo conceptual y normativo del régimen de protección internacional (universal y regional) de los derechos humanos.

En este último capítulo se describen las obligaciones del derecho humano a la salud a cargo del Estado venezolano en los sistemas universal y regional de protección de los derechos humanos e internamente, en la CRBV. La lectura que se hace es de reconocimiento, pero también hace visible las limitaciones que el enfoque de la vulneración y la responsabilidad representa, de cara a las relaciones de poder imperante en el sistema mundo contemporáneo.

Areli Valencia ofrece algunas claves que aquí se reivindican. Apunta, por ejemplo, a la necesidad de: a) avanzar diagnósticos que atiendan las causas que causan la violación de los derechos; b) crear consciencia sobre la prevención y no sólo en torno a la sanción; c) crear consciencia ante la necesaria extensión de responsabilidad

internacional a actores no estatales; d) asumir las limitaciones y riesgos que representa la vía judicial como el único mecanismo aliado de la metodología de la vulneración.¹⁷⁹

Siguiendo estas pautas y aterrizadas en el derecho humano a la salud, más concretamente, en el tema de este capítulo, las obligaciones, es necesario hacer referencia específica por lo menos a dos de los planteamientos. Primero, basar la responsabilidad por violación del derecho humano a la salud y de los derechos humanos en salud exclusivamente en cabeza del Estado, deja por fuera el análisis de correlación de fuerzas y poder que hay no sólo entre Estados también entre Estado/agencias internacionales de financiamiento y Estado/empresas transnacionales y nacionales. Lo que además da cuenta de un discurso de derechos humanos poco sincero en torno a los fines de justicia y bien-estar colectivo, que invisibiliza las fuerzas de poder e ideología que sustentan el régimen internacional de protección de los derechos humanos. Segundo, en capítulos anteriores nos hemos referido a la importancia de desarrollar una acción en pro de la salud y en pro del derecho humano a la salud no reducida a efectos, que suponga cambios en la génesis de las afecciones y violaciones recurrentes de este derecho. De hecho, la idea del derecho humano a la salud como derecho socialmente determinado y la determinación social de la salud como elemento interpretativo del derecho favorece el desarrollo de acciones políticas, legislativas y también judiciales para la transformación de realidades y relaciones productivas y sociales que de manera sistemática reproducen y caracterizan la violación de este derecho en pleno siglo XXI.

El régimen de responsabilidad judicial por violación del derecho humano a la salud está desarrollado para sancionar y reparar individualmente los efectos

¹⁷⁹ Areli Valencia, *Derechos humanos y equidad social*. Op. Cit. pp. 220-230.

inmediatos de la vulneración del derecho. Mientras que la sanción y la reparación actúa sobre los resultados, la prevención supone remover barreras, generar y transformar condiciones para la vida y la salud. Éste es un sendero complejo y difícil de seguir pero seguro hay que empezar a redimensionar y andar.

De las obligaciones del derecho humano a la salud

La realización del derecho humano a la salud tiene como contracara las obligaciones legales que junto a las garantías del derecho abre paso a la exigibilidad y la justiciabilidad interna e internacional. El incumplimiento de obligaciones (acción/inacción) a cargo del Estado genera así responsabilidad interna ante el pueblo venezolano y responsabilidad externa ante la comunidad internacional de Estados.

Tanto en el SUDH como en el SIDH la adopción de instrumentos de derechos humanos vinculantes a Venezuela, en particular, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en la ONU, y la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) y el Protocolo de San Salvador, en la OEA, resulta en obligaciones legales a cargo del Estado (poder ejecutivo, poder legislativo, poder judicial y poder ciudadano)¹⁸⁰ de respetar, proteger y garantizar el derecho humano a la salud. Las cuales, vale decir, incluyen elementos de obligaciones de comportamiento y elementos de obligaciones de resultado.¹⁸¹

¹⁸⁰ CRBV...Art 136.

¹⁸¹ Las Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, documento resultado de la reunión de expertos celebrada en Maastricht durante el 22-26 de enero de 1997, con motivo del décimo aniversario de los Principios de Limburgo, señala que las “obligaciones de conducta o comportamiento” exige acciones racionalmente concebidas que aseguren el ejercicio de un derecho específico. En el derecho a la salud se coloca como ejemplo, la aprobación y ejecución de un plan de acción

a. Obligaciones legales generales

El artículo 2 del PIDESC regula el alcance de las obligaciones generales. Contempla obligaciones de adopción de medidas con base en la acción progresiva y la consideración de limitaciones de recursos que puedan tener los Estados, pero también impone obligaciones de cumplimiento inmediato.¹⁸²

En términos del artículo 2:

1. Cada uno de los Estados partes 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 Partes 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.

En general, las obligaciones de cumplimiento progresivo, características más no exclusivas de los derechos económicos, sociales y culturales, imponen al Estado la adopción de 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.

para la reducción de la mortalidad materna prevenible. En tanto que las obligaciones de resultado requiere que los Estados cumplan con objetivos concretos derivados de normas sustantivas concretas. Por ejemplo, la reducción de la tasa de mortalidad materna de acuerdo a estándares internacionalmente reconocidos. Ver párrafo 7.

¹⁸² ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes, 1990, Doc. E/1991/23, párr.1.

La progresividad no debe entenderse como posibilidad para privar de contenido las obligaciones del derecho humano a la salud. Más bien debe prevalecer el carácter expedito y debe asegurarse la mayor efectividad posible. En tanto que las obligaciones de cumplimiento inmediato, por ejemplo, la garantía de la no discriminación en salud, impone siempre la inmediatez en la conducta (acción/inacción) a cargo del Estado.¹⁸³

Los Principios de Limburgo y las Observaciones Generales 3 y 14 del CDESC en un ejercicio interpretativo del artículo 2 del PIDESC hacen referencia a cuatro apreciaciones que en el derecho a la salud, supone:

La adopción de medidas [...] por todos los medios apropiados se refiere a una obligación inmediata que debe orientar la garantía y cumplimiento del derecho a la salud y de los derechos humanos en salud. Se debe hacer uso de todos los medios disponibles, por ejemplo, medidas legislativas, judiciales, sanitarias, económicas, financieras, sociales, culturales y ambientales favorecedoras y protectoras de salud.

Hasta el máximo de los recursos de que se disponga supone la obligación de utilización eficaz y equitativa de los recursos disponibles dentro del país o mediante la cooperación y asistencia internacional. En particular, la económica y la técnica, teniendo como prioridad el respeto de la soberanía de los Estados y las garantías del derecho a la salud y de los derechos humanos en salud. Ante limitaciones económicas los Estados tienen igualmente la obligación de respetar y cumplir las obligaciones mínimas y niveles básicos del derecho a la salud. Incluso, en tiempos de crisis económica y de limitaciones causadas por

¹⁸³ ONU, CDESC, Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Op. Cit. Párr...30-32.

procesos y medidas de ajuste estructural, los Estados tienen la obligación de proteger a las personas y grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, mediante planes y programas de relativo bajo costo.¹⁸⁴

Para lograr progresivamente [...] la plena efectividad del derecho a la salud los Estados tienen la obligación de actuar en un plazo razonablemente leve y tan eficazmente como les sea posible. Bajo ningún motivo debe interpretarse como el derecho de los Estados a postergar indefinidamente la realización del derecho y aunque se pueden invocar excepciones, éstas deben ser revisadas y justificadas en el marco del uso adecuado de los recursos (económicos, sociales, 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 o la prohibición de discriminación por razones de salud que nieguen acceso oportuno y adecuado a bienes, servicios y facilidades de salud.

La no discriminación impone a los Estados la obligación inmediata de eliminar (*de jure y de facto*) actos legales, políticos y judiciales, prácticas (comisión/omisión) y condiciones (económicas, sociales, culturales, étnicas y de género) discriminatorias en detrimento del ejercicio igual, libre y pleno del derecho a la salud. Supone la prohibición y la sanción de actos y prácticas discriminatorias del sector público y del sector privado y, de particulares. La adopción de medidas de protección especial a favor de determinados grupos en condiciones de vulnerabilidad no debe considerarse como una discriminación

¹⁸⁴ ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes, Ginebra, 1990, Doc. E/1991/23, Párr. 12.

siempre que no tengan como consecuencia la separación de derechos por diferentes grupos. Y una vez superada la desigualdad en el goce del derecho cesarán las medidas especiales.¹⁸⁵

b. Obligaciones legales específicas

Las obligaciones específicas se clasifican en obligaciones de respetar, cumplir y proteger. Al respecto el CDESC en la Observación General 14, afirma:

Las obligaciones de respetar imponen al Estado abstenerse de denegar, impedir o limitar directa o indirectamente el acceso a los bienes objeto del derecho a la salud. Implica, por ejemplo, abstenerse de imponer prácticas discriminatorias por razones del estado de salud o necesidades especiales de determinados grupos, incluidas leyes y políticas de Estado; abstenerse de prohibir cuidados preventivos de salud, prácticas curativas y medicinas tradicionales, comercialización de medicamentos peligrosos u otros productos que resulten dañinos para la salud; abstenerse de aplicar tratamientos médicos coercitivos; abstenerse de distribuir y promover el acceso a anticonceptivos u otros medios de cuidados de la salud sexual y genésica; abstenerse de censurar, ocultar o alterar información relacionada con la salud colectiva o impedir la participación comunitaria en asuntos relacionados con la salud; abstenerse de contaminar o adoptar medidas de protección de la atmósfera, el agua y la tierra,

¹⁸⁵ ONU, Principios de Limburgo Relativos a la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Asamblea General, 43 período de sesiones, Doc. E/CN.4/1987/17, párr. 16-41.

uso o ensayo de armas nucleares, biológicas o químicas; abstenerse de limitar el acceso a bienes y servicios de salud como una medida punitiva; abstenerse de celebrar acuerdos comerciales en detrimento directo e indirectos del derecho a la salud.

Las obligaciones de cumplimiento exigen del Estado la adopción de medidas legislativas, administrativas, técnicas, sociales, presupuestarias, judiciales, de promoción, prevención y/o de otra índole apropiadas para la realización del derecho a la salud. Implica, por ejemplo, el reconocimiento del derecho de salud y de los derechos humanos en salud en el ordenamiento interno y el desarrollo de políticas, planes y programas de salud protectores de la vida y salud; garantizar la creación, desarrollo y mantenimiento de sistemas de prevención y asistencia de la salud universales. Particularmente, programas de inmunización contra enfermedades infecciosas y el acceso a bienes de la salud y factores sociales determinantes de la salud (alimentos nutritivos, agua potable, saneamiento sanitario básico, vivienda y condiciones de vida adecuadas), servicios de salud sexual y genésica, sobre todo, en zonas rurales y urbanas de más difícil acceso y condiciones más precarias de vida. Profesionalización del talento humano sanitario; suficiencia de establecimientos y servicios de cuidados de la salud (física, mental) distribuidos equitativamente en el territorio nacional. Fomento de investigaciones médicas y de salud colectiva y el desarrollo de campañas informativas y educativas sobre cuestiones de salud pública, sexual y reproductiva, ambiental, VIH/Sida, violencia doméstica y de género, prácticas

tradicionales de salud, estilos y modos de vida sanos/insanos, problemas de contaminación ambiental (aire, suelo, tierra), pérdida de la biodiversidad, condiciones de salud en el trabajo y enfermedades profesionales. Diseño y ejecución de políticas integrales que aborden preventivamente los problemas de la contaminación y el deterioro ambiental, laboral y social que impacta la salud humana y la naturaleza. Promover la participación comunitaria sobre cuestiones y políticas de salud. Investigar y sancionar las violaciones del derecho humano a la salud y de los derechos humanos en salud. Estas obligaciones se pueden a su vez, subclasificar en obligaciones de facilitar y en obligaciones de promover.¹⁸⁶

Las obligaciones de proteger impone al Estado la adopción de medidas para impedir que terceros (personas, grupos o corporaciones) interfieran en detrimento del pleno ejercicio del derecho a la salud. Implica, por ejemplo, regular la prestación de servicios privados de salud para que cumplan también con parámetros de derechos humanos; regular la comercialización de equipos médicos y medicamentos por parte de terceros; normar sobre la composición de productos alimenticios; asegurar que el talento humano del sector salud cumpla con condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología;

¹⁸⁶ Según la Observación General 14 “las obligaciones de facilitar” exigen del Estado adoptar medidas positivas que ayuden y permita a personas, grupos y comunidades el ejercicio pleno del derecho a la salud. Especialmente cuando personas y grupos se encuentren en condiciones adversas, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos el derecho a la salud. Mientras que “las obligaciones de promover” exigen del Estado adoptar medidas dirigidas a promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre las cuales están: a) promover el reconocimiento de los factores determinantes de resultados positivos en el sector salud mediante la investigación y el suministro de información; b) velar para que los servicios de salud sean adecuados desde un punto de vista cultural y, el personal sanitario, formado y capacitado para reconocer y responder adecuadamente a las necesidades particulares de grupos en condiciones de vulnerabilidad y marginalidad; c) velar la adopción de medidas de difusión de información sobre modos y estilos de vida sana/insana y de la disponibilidad de bienes y servicios de salud y cuidados de salud; d) apoyar la toma de decisiones informada sobre cuestiones personales de salud. Ver párr.. 37.

velar porque las prácticas sociales o tradicionales no afecten el acceso; asegurar disponibilidad y adecuación de servicios de atención anterior y posterior al parto y de planificación familiar u otros servicios de salud sexual y genésica; evitar que terceros atenten contra el derecho a la salud y el derecho de atención de la salud; adoptar medidas de protección o discriminación positiva en beneficio de personas y grupos en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social, en especial, mujeres, niños, niñas y adolescentes, personas mayores, personas con algún tipo de discapacidad o personas víctimas de la violencia de género; impedir que terceros impidan el acceso a información y servicios relacionados con la salud; penalizar conductas y prácticas contrarias al derecho a la salud.¹⁸⁷

c. Obligaciones básicas

Las obligaciones mínimas a cargo de los Estados Partes exige asegurar al menos el ejercicio de niveles esenciales de cada uno de los derechos independientemente de la disponibilidad de recursos u otra dificultad o factor incompatible con la naturaleza o esencia de los derechos.¹⁸⁸ El CDESC identifica como obligaciones básicas del derecho a la salud:

¹⁸⁷ Ídem...Párr. 33-37.

¹⁸⁸ ONU, Observación General 3. Op. Cit. Párr. 10 y Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Cultural. Párr. 9.

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 viable¹⁸⁹ a favor de toda la población, asegurándose enfoque de derechos humanos, perspectiva de género y participación comunitaria en el proceso del diagnóstico, elaboración y evaluación de la política u otros cursos de acción. Además de prestar especial atención a los grupos en condiciones de vulnerabilidad y marginalidad.¹⁹⁰

Asimismo, la Observación General 14 afirma que son obligaciones particularmente prioritarias

Garantizar salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil.

¹⁸⁹ Según Philip Alston, ex Experto Independiente sobre Pobreza Extrema, se genera responsabilidad institucional por violación de la obligación de cumplir cuando los programas o planes de acción nacional aún siendo viables técnicamente e institucionalmente y, se dispone del máximo de los recursos disponibles, fracasan en evitar o mitigar la violación de los derechos humanos. Ver en: 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 Johns Hopkins, Agosto 2005, pp. 755-829.

¹⁹⁰ ONU, CDESC, Observación General 14. Op.Cit. Párr. 20 y 43.

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 las enfermedades.

Garantizar capacitación adecuada a favor del talento humano del sector salud en materia de salud y derechos humanos en salud.¹⁹¹

En lógica reflexiva, vale decir, sobre todo, las obligaciones particularmente prioritarias, resultan definidas desde el enfoque biomédico de cuidados de la salud y prevención de enfermedades. En tanto que la dimensión social de la salud, desde la perspectiva individual de prevención de riesgos, invisibilizándose el poder determinante de los procesos sociales y productivos que sostienen las condiciones de inequidad y desigualdad violatorias del derecho a la salud.

En las obligaciones básicas prevalece como principios interpretativos: 1) La igualdad y no discriminación en lógica abstracta dissociada de las realidades y contextos, 2) la equidad en lógica distributiva de utilización eficaz de recursos y medios disponibles, 3) la progresividad y no regresividad en lógica de resultados más no de condiciones y garantías (sociales, económicas, políticas) y, 4) la participación más en lógica de gobernanza participativa.

Prevalece el enfoque de la universalidad, la igualdad y la equidad en clave redistributiva más no en clave transformadora. La asistencia y cooperación

¹⁹¹ Ídem...párr. 44.

internacional se propone como el último recurso para subsanar las dificultades económicas, técnicas o de otra índole, constituidas en barrera-excusa del desarrollo de las capacidades y las libertades institucionales necesarias para el cumplimiento de las obligaciones a cargo de los Estados.

El mismo CDESC al referirse a la asistencia y la cooperación internacional reconoce “[...] que no se puede concluir automáticamente que cualquier actividad de cooperación para el desarrollo vaya a contribuir a fomentar el respeto de los derechos económicos, sociales y culturales.”¹⁹² Precisamente, el derecho a la salud resulta un buen ejemplo que ilustra las contradicciones que hay entre la asistencia económica y técnica para el desarrollo “humano” y la vulneración sistemática de los derechos “humanos” y también de la naturaleza. Lo prioritario no debe ser la asistencia y la cooperación internacional sino la obligación “humana” de convertir en prioridad el derecho a la salud “humano y natural” en el marco de los acuerdos bilaterales y multilaterales de asistencia y cooperación con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades comerciales que bajo el lema “desarrollo humano” actúan en contracorriente de la sustentabilidad de condiciones para la vida y la salud.

d. Los intocables *vs.* el reconocimiento internacional de obligaciones a cargo de actores no estatales ante la violación del derecho humano a la salud y los derechos humanos y naturales en salud.

¹⁹² ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 2 sobre Medidas Internacionales de Asistencia Técnica, Ginebra, 1990, Doc. E/1990/23, párr. 7.

La posición sobre la extensión de la titularidad de las obligaciones de derechos humanos a actores diferentes a los Estados sigue siendo una propuesta álgida. Aunque de manera tímida cada vez son mayores los pronunciamientos a favor del reconocimiento internacional de responsabilidad a cargo de las empresas transnacionales u otros actores comerciales que en el juego del poder y en el contexto de la globalización neoliberal y la crisis económica mundial, mantienen una posición de peso pesado tanto en jerarquía como en privilegios frente a las capacidades reales de negociación de Estados en condiciones de mayor vulnerabilidad (económica, política, social y territorial). Lo cierto es que desde la visión y concepción clásica del Derecho Internacional de los Derechos Humanos la responsabilidad internacional recae exclusiva y directamente sobre los Estados. Y sólo de manera indirecta en actores no estatales, a través de la obligación legal de protección a cargo de los Estados.

Posición legitimada pero dissociada de la dinámica histórica y relacional del poder determinante del sistema mundo.¹⁹³ Cabe decir, con esta afirmación no pretendemos aunar argumentos para la reducción de la responsabilidad internacional a cargo de actores estatales, por el contrario, la apuesta por la progresividad de los derechos humanos tiene como contracara la apuesta por la progresividad de las garantías (jurídicas y políticas) y las obligaciones legales. La protección de las personas ante el abuso de poder (acción/omisión) ejercido por el Estado debe también

¹⁹³ David Bergman, Módulo 9 “Obligaciones de los Estados y los Actores no Estatales”, en *Círculo de Derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos y Asian Forum for Human Rights and Development, 2000, pp. 188-194.

tener presente el dinamismo histórico de los contextos (internacionales e internos) en que operan las conductas generadoras de violación a los derechos humanos.

En el juego del poder económico global, el poder, no de pocos, sino de muchos Estados resulta debilitado y colonizado no sólo por el poder que ejercen otros Estados también por el poder que ejercen actores no estatales financieros y comerciales. De hecho, el CDESC en la Observación General 14 reconoce el rol prioritario que en la esfera internacional de los derechos humanos tiene tanto los organismos y programas de Naciones Unidas (OMS, UNICEF, PNUD, OIT, FPNU) con funciones específicas de asegurar la plena efectividad del derecho humano a la salud, como las organizaciones e instituciones financieras (OMC, FMI, BM, BID) internacionales y regionales. Incluso, hay 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.¹⁹⁴

Llamado que no resulta para nada azaroso, por el contrario, es producto de las evaluaciones de impacto sobre los acuerdos comerciales, los planes de ajuste estructural y las prácticas (oligopólicas y monopólicas) lideradas por actores no estatales o Estados con la capacidad de imponer cláusulas limitadoras del Derecho interno de Estados en condiciones de vulnerabilidad.

Para David Bergman, los avances que hay sobre rendición de cuentas, culpabilidad y responsabilidad social empresarial por incumplimiento de códigos o

¹⁹⁴ ONU, CDESC, Observación General 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Op. Cit. Párr. 63 y 64.

estándares de conducta de respeto y cumplimiento de los derechos humanos, se ubican más en el plano de la voluntad política que en el de exigibilidad judicial.¹⁹⁵

La falta de normas vinculantes para el reconocimiento internacional de la responsabilidad directa de las empresas transnacionales u otros actores comerciales ante la violación del derecho humano a la salud se constituye a nuestro entender en barrera más para la justicia en salud. Pero además devela una doble moral dentro del sistema internacional (universal y regional) de los derechos humanos, favoreciendo el cuestionamiento sobre la eficacia y la seguridad jurídica de sus estructuras y normas en el marco de un contexto que no es el mismo que a mediados del siglo XX. Pese que la comunidad de Estados cuenta con capacidades plenas para la reformulación del régimen internacional de protección de los derechos humanos y específicamente, el reconocimiento de nuevas obligaciones legales a actores no estatales, como nuevos sujetos de responsabilidad directa internacional ante las violaciones a los derechos humanos, ello no ocurre.¹⁹⁶

John Ruggie, relator especial de Naciones Unidas sobre los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, aunque reconoce 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

¹⁹⁵ David Bergman, Módulo 25 “Las empresas y los DESC”, en *Círculo de Derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos y Asian Forum for Human Rights and Development, 2000, pp. 569-573.

¹⁹⁶ Mónica Andrea Tangarife, Tesis de maestría en Derechos Humanos y Democracia, “La estructura jurídica de la responsabilidad internacional de las empresas transnacionales y otras empresas comerciales en caso de violaciones de los derechos humanos”. Flacso México, 2010 P. 19-23. Ver en: <http://flacsoandes.org/dspace/handle/10469/2861#.UiTsrxbzBJk>.

transnacional”,¹⁹⁷ son pocos los avances y 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 ahora calificados como “fundamentales” pero que no alcanzan el valor de normas obligatorias. En el Informe del 2011 “Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de Naciones Unidas para proteger, respetar y remediar”, Ruggie, afirma: “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 [...] “. ¹⁹⁸ Esos principios 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 la obligación de adoptar 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. Supone como norma de conducta global “actuar con la debida diligencia” para no vulnerar los derechos humanos de terceros y reparar las consecuencias

¹⁹⁷ ONU, Asamblea General, Consejo de Derechos Humanos, Décimo séptimo período de sesiones, Doc. A/HRC/17/31, 21.03.2011, *Informe del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, John Ruggie. Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para “proteger, respetar y remediar”*. Párr. 1

¹⁹⁸ Ídem... Ver en Anexo.

negativas de sus actividades. Es decir, tomar las 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 efectivas judiciales y extrajudiciales. En el marco de la obligación de protección a cargo de los Estados, la adopción de medidas supone garantizar, por vía judicial, administrativa, penal, legislativa o de otro tipo, el acceso de las víctimas o sus familiares a mecanismos de reparación eficaz de los daños causados.¹⁹⁹

De acuerdo con estos parámetros el enfoque de la responsabilidad internacional por violaciones a los derechos humanos se mantiene exclusivamente a cargo de los Estados, en tanto que la responsabilidad a cargo de las empresas resulta limitada en cumplir con parámetros de gestión y reducción de los riesgos. En consecuencia, sólo cuando hay incumplimiento (directo o indirecto) de obligaciones legales a cargo del Estado se puede invocar en el plano internacional la violación del derecho “humano” a la salud. Es decir, la activación del Sistema Internacional de Protección de los Derechos Humanos, sus instituciones y sus mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad, no opera ante la violación directa de empresas transnacionales u otros actores comerciales. 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”.²⁰⁰

¹⁹⁹ Ídem.

²⁰⁰ Alejandro Teitelbaum, Observaciones al Informe final del relator especial John Ruggie sobre los derechos humanos, las empresas transnacionales y otras empresas, en Boletín electrónico de Alianza Global Jus Semper. Ver en: http://www.jussemper.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/observaciones_info_final_r.html.

Queda claro que en el plano internacional la apología al mercado sigue invisibilizada como barrera de la dignidad y la justicia en salud. Siguiendo a Gerardo 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.

De manera que la lucha para incluir en la agenda de los Estados el reconocimiento internacional e interno de la responsabilidad directa de las empresas y otros actores comerciales ante la violación de los derechos humanos incluido el derecho humano a la salud, hay que darla desde abajo, desde los pueblos en ejercicio de su poder soberano. En Venezuela la Constitución de 1999 resulta en oportunidad para el desarrollo de una experiencia de democracia participativa desde abajo, donde los derechos humanos para la vida y la salud se conviertan realmente en prioridad del Estado pero también de actores no estatales y del mismo pueblo venezolano.

Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El esquema de la responsabilidad estatal en el SIDH tiene base legal en los artículos 1, 2²⁰¹ y 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH),

²⁰¹ La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el artículo 2 de la CADH afirma que la obligación internacional a cargo del Estado de adoptar medidas comprende, por una parte, la

reconociéndose como obligaciones estatales: respetar (art. 1), garantizar (art. 1 y 2), adoptar disposiciones del Derecho interno para la vigencia de los derechos (art. 2) y, adoptar medidas para el logro progresivo de los derechos sin regresividad (art. 1 y 26).²⁰² La responsabilidad estatal se reconoce cuando el incumplimiento de estas obligaciones genera daños concretos constitutivos de la violación del derecho humano a la salud.

La responsabilidad indirecta del Estado por actuación no estatal se reconoce por incumplimiento de obligaciones de protección ante la falta de debida diligencia para prevenir la violación de derechos humanos perpetrada por particulares.²⁰³ También por tolerancia, complicidad o aquiescencia con particulares que generen, mantengan o favorezcan violaciones de derechos humanos reconocidos en la CIDH y otros instrumentos vinculantes dentro del SIDH.²⁰⁴

supresión de normas y prácticas que impliquen la violación a las garantías previstas en la Convención. Por la otra, la adopción de normas y de prácticas que procuren la efectiva observancia de dichas garantías.

²⁰² Convención Americana de Derechos Humanos, Artículo 1.1: “Los Estados partes 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 [...]” Artículo 2: “Si en 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 partes 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.” Artículo 26: “Los Estados partes 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, contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.”

²⁰³ La Corte Interamericana de Derechos Humanos 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.

²⁰⁴ Felipe Medina, “La responsabilidad del Estado por actos de particulares: análisis jurisprudencial interamericano”, en *Debate Interamericano*, Vol. 1, Feb. 2009, Bogotá, pp.83-122.

a. Obligación de respetar

Tara Melish afirma que la obligación de respetar constituye una prohibición absoluta y definitiva al abuso de poder del Estado (órgano o funcionario/a público/a, 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 en violación de las obligaciones de respetar. Ejemplos de violación de los derechos humanos en salud por incumplimiento de la obligación de respetar, calificados por la Corte Interamericana de Derecho Humanos: práctica de tortura, destrucción de cultivos de subsistencia, quema y destrucción de hogares, desalojos forzosos, despidos injustificados de servidores públicos a causa de su participación en actividades sindicales, negar acceso a agua potable y saneamiento sanitario básico en detrimento de determinados sectores sociales, negar asistencia básica de salud.²⁰⁵

b. Obligación de garantizar

La obligación de garantizar en los artículos 1 y 2 de la CADH supone la adopción de medidas positivas de índole judicial, legislativo y administrativo con el objetivo prevenir, investigar y sancionar la violación de los derechos reconocidos en la

²⁰⁵ Tara Melish, *La protección de los derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Manual para la presentación de casos*, Orville H. Jr. Center for International Human Rights Yale Law School, New Haven y Centro de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Quito, 2003, pp. 175-176.

Convención, además de reparar y garantizar el contenido mínimo esencial de los derechos.²⁰⁶ Todos estos elementos constitutivos de la obligación de garantizar suponen condiciones y capacidades institucionales que aseguren la vigencia y ejercicio del derecho humano a la salud.

A los fines de la investigación nos interesa detenernos en la obligación de prevenir, considerada como una obligación de medio o comportamiento que resulta clave en acercar el derecho a su dimensión política o material. Para la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), señala Melish, implica la adopción de medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural de promoción y de prevención ante eventuales violaciones de derechos. Y aunque no hay un recetario universal, visto la diversidad de contextos, condiciones y medidas determinantes de la vigencia o no de derechos entre y dentro de los Estados, la Corte se pronuncia a favor de cuatro subtipos de obligaciones de prevenir.

A saber, obligaciones de normar, hacer seguimiento, medir impactos y eliminar obstáculos estructurales. Para Melish, aunque el incumplimiento de una de estas medidas por parte del Estado no implica necesariamente y por sí solo la responsabilidad del Estado por violación de un derecho protegido, si constituye un

²⁰⁶ La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha dispuesto reiteradamente que de las obligaciones generales de respetar y garantizar se derivan deberes específicos a razón de las necesidades de protección de los titulares de derecho y de las particularidades propias de los derechos humanos. La obligación de garantizar supone 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 a fin de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos. Asimismo, deriva 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 los derechos humanos. En el deber de prevenir 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. Ver en: www.corteidh.or.cr. CIDH, caso González y otras “Campo Algodonero” vs. México, sentencia del 16.11.2009, párr. 235, 236, 252.

buen indicio de la “falta de la debida diligencia para prevenir la violación”, en consecuencia, hay una evidencia efectiva de responsabilidad del Estado.²⁰⁷

El desarrollo que presenta Melish en torno a las *obligaciones de prevenir* nos permite hacer varias consideraciones en torno a la prevención del derecho humano a la salud.²⁰⁸

Deber de normar supone armonizar el marco constitucional y legal a la CIDH y demás instrumentos internacionales vinculantes a Venezuela. Además de regular los medios y prácticas industriales, sociales y culturales e institucionales que afectan el ejercicio y protección del derecho a la salud. Por ejemplo: a) regular procesos y prácticas industriales que contaminan y enferman a trabajadores/as, consumidores, población próxima a la actividad industrial, agua, suelo y aire, vida natural y animal procesada como productos alimenticios; b) regular acuerdos comerciales abusivos y denegadores del acceso universal a medicamentos esenciales, demás bienes y servicios de asistencia de la salud; c) 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; d) adoptar medidas que transformen la cultura de impunidad en casos de violencia doméstica y contra géneros diversos. Problemas que se sabe existen pero están invisibilizados y aceptados política, social y culturalmente.

²⁰⁷ Ídem...pp. 177-189.

²⁰⁸ Aunque el derecho humano a la salud cuenta con limitaciones importantes para la justiciabilidad ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la propuesta que hace Melish contribuye igualmente al desarrollo conceptual de las obligaciones de prevención tan necesarias para la plena vigencia de este derecho.

Deber de hacer seguimiento a la regulación de prácticas, modos y actos que atentan contra el derecho a la salud y demás derechos humanos en salud. Hay violación del derecho a la salud por la ineficaz implementación de legislación y reglamentación protectora del derecho a la salud y de otros derechos humanos en salud. Demanda además regular espacios de participación de diagnóstico, monitoreo y evaluación (procesos y resultados) de las normas y su adecuación real en políticas u otros cursos de acción.

Deber de llevar a cabo estudios de impacto previos que evalúe los efectos que las políticas, programas o proyectos internacionales y nacionales (públicos y privados) tendrán sobre la promoción y protección del derecho humano a la salud y los derechos humanos en salud. Particularmente, a favor de grupos y sectores en condiciones de vulnerabilidad y exclusión social. Melish advierte que si bien este deber no ha sido reconocido en la jurisprudencia de la CIDH, debe entenderse como extensión natural de la obligación de respetar a cargo de los Estados en caso de proyectos públicos y, de garantizar y proteger en caso de proyectos privados. Estudios que deben exigirse a Estados con los que se firmen acuerdos comerciales y de “desarrollo”, con el BID u otras instituciones públicas y privadas financieras que impongan programas de ajuste económico y previsible efectos negativos (sociales, culturales y ambientales) asociados a condiciones de vida y salud.

Deber de eliminar obstáculos estructurales supone reformar las estructuras básicas económicas, sociales, culturales y políticas negadoras de condiciones de vida vivida digna y sanamente.²⁰⁹

Siguiendo a Areli Valencia, hay que pasar del enfoque de la vulneración que busca resarcir la afectación antes que prevenirla promoviéndose así un sistema de ganadores y perdedores que deja por fuera la génesis de la vulneración hacia una visión transformativa del lenguaje y la acción a favor de los derechos humanos y especialmente, de los derechos económicos, sociales y culturales. Valencia afirma, con ello no se pretende desconocer los avances alcanzados desde el enfoque de la vulneración y el resarcimiento pero al menos reconocer que ha resultado más exitoso en pro de la protección judicial de los derechos civiles y políticos.²¹⁰

c. Obligación de logro progresivo y no regresividad

La obligación de progresividad basada en el principio de progresividad y no regresividad supone la adopción de medidas positivas bajo un mandato de “progresividad efectiva”. El carácter progresivo de tales medidas debe igualmente acompañarse de garantías que hagan efectivo el derecho protegido y la flexibilidad en relación con condiciones y contextos políticos, económicos, sociales, culturales y ambientales específicos de los Estados.

²⁰⁹ Tara Melish, La protección de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Op. Cit...pp. 179-184.

²¹⁰ Areli Valencia, “Derechos humanos y equidad social: Avanzando hacia una visión transformativa de los derechos humanos”, en Rev. Iberoamericana de derechos Procesal Constitucional, Editorial Porrúa, Instituto de Investigación Jurídica de la UNAM, México, No. 13, Enero-Junio 2010, p. 213-214.

Sin embargo, no debe negarse el carácter inmediato en la adopción de medidas “constantes y consistentes” con la realización del derecho y además sin regresividad. Son deberes inmediatos: realizar diagnósticos participativos, adoptar planes de acción que aseguren el cumplimiento efectivo de las medidas, ejecutar, monitorear y evaluar efectivamente las acciones y, no adoptar medidas regresivas que afecten el goce del derecho humano a la salud.²¹¹

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

La CRBV reconoce obligaciones a cargo del Estado de respetar y garantizar. La obligación de garantizar comprende la obligación de organizar y regular la estructura pública (judicial, legislativa, administrativa, electoral y ciudadana) del Estado²¹² que garantice condiciones institucionales de realización de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. También la obligación de regular la conducta estatal (actuación/omisión) en el ejercicio de funciones administrativas, gubernamentales, legislativas, judiciales, electorales (art. 19). El Estado, por ejemplo, debe abstenerse de incurrir en discriminación por razones internacionalmente prohibidas, en tanto debe garantizar condiciones materiales de igualdad humana (art. 21); reconocer rango constitucional y garantizar la aplicación inmediata de tratados,

²¹¹ Ídem...p. 190-195.

²¹² La Constitución de 1999 dispone una nueva estructura del Poder Público, distribuido en el Poder Municipal, Poder Estatal y Poder Nacional y, este último, dividido en Legislativo, Ejecutivo, Judicial, Electoral y Ciudadano (Defensoría del Pueblo, Ministerio Público y Contraloría General). Ver artículo 136. En este aparte queda pendiente el desarrollo de un cuadro matriz que relacione: tipo de obligaciones del derecho humano a la salud, poderes públicos, principales órganos, competencias constitucionales y ejemplo de medidas (políticas, legislativas, judiciales, presupuestarias) de prevención y protección generales y específicas.

pactos y convenciones de derechos humanos suscritos y ratificados por Venezuela (art. 23); sancionar y reconocer responsabilidad administrativa, civil y penal por abusos en el ejercicio del poder público (art. 25); garantizar servicios de justicia gratuita, accesible, oportuna, idónea, transparente, independiente, responsable y expedita (art. 26); investigar y sancionar legalmente delitos contra los derechos humanos cometidos en ejercicio o con ocasión de la función pública (art. 29); indemnizar efectiva e integralmente a víctimas de violaciones a los derechos humanos (art. 30); y adoptar medidas para dar cumplimiento a decisiones de órganos internacionales (art. 31).

En términos generales estas obligaciones responden al enfoque de la vulneración y la sanción antes referido, centrado en resarcir la afectación antes que prevenirla. Sin embargo, de una lectura integral de la Constitución cabe la mención de obligaciones que si bien no están ubicadas en el capítulo de los derechos humanos, no por ello dejan de hacer parte del esquema de obligaciones constitucionales que además de la atención en la vulneración y la sanción, otorga importancia a la prevención.

Obligaciones que tienen asidero en los valores y principios de la concepción del Estado venezolano en democrático, social, de derecho y justicia, promoviendo la patria libre y soberana, la independencia de toda potencia extranjera, la corresponsabilidad entre Estado y sociedad, la participación protagónica del Pueblo venezolano, la justicia y el bienestar integral, la inclusión social, la progresividad y no regresividad, la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, la equidad económica, social y cultural.

Algunos ejemplos: a) obligación del Estado y deber de la sociedad en facilitar la generación de condiciones para la participación protagónica del pueblo venezolano

en asuntos públicos (art. 62); obligación del Estado e iniciativa privada de promover un desarrollo socioeconómico sustentado en justicia social, desarrollo humano integral, soberanía económica, equidad económica y social, seguridad jurídica, sustentabilidad, dinamismo participativo y solidario, protección ambiental (art. 199); obligación del Estado de abstenerse de otorgar condiciones preferenciales a actores comerciales y financieros extranjeros con respecto a actores nacionales (art. 301); obligación del Estado de reservarse la actividad petrolera, otras industrias, explotaciones, bienes y servicios de interés público y carácter estratégico (art. 302); obligación del Estado de promover agricultura sustentable, desarrollo rural integral, 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 (art. 305-308); obligación del Estado de promover y defender la soberanía económica y evitar la vulnerabilidad de la economía (art. 320).

El cumplimiento de estas obligaciones supone la creación de condiciones (legales, políticas, económicas, sociales, culturales y ambientales) de sustentabilidad para la vida y la salud en dialéctica con los procesos generales, particulares y singulares determinantes sociales de la salud. En tanto que el incumplimiento resulta en la negación de la dignidad humana.

La CRBV también reconoce obligaciones específicas del derecho humano a la salud de respetar, promover y garantizar, a través del desarrollo de una política integral, intersectorial y participativa a favor de la vida y la salud (art. 84); crear y ejercer la rectoría del Sistema Único Nacional de Salud (SUNS), la prestación universal de servicios sanitarios de promoción, prevención y cuidados de la salud (art.

84); abstenerse de privatizar bienes y servicios públicos de salud propiedad del Estado; asignar recursos financieros suficientes para el cumplimiento cabal de los objetivos de la política sanitaria (art. 85); promover y desarrollar una política nacional de formación de talento humano en el sector salud, junto a una industria nacional de producción de insumos sanitarios; regular las instituciones públicas y privadas del sector salud venezolano con base en parámetros constitucionales e internacionales de derechos humanos (art. 85); abstenerse de impartir prácticas de tortura u otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, incluidos los experimentos científicos o exámenes médicos o de laboratorio sin consentimiento previo (art. 46); proteger y garantizar la maternidad a través de servicios de prevención y asistencia integral desde la concepción, durante el embarazo, el parto y el puerperio (art. 76), garantizar atención integral social y sanitaria efectiva a personas mayores (art. 80); adoptar medidas de regulación de condiciones de seguridad, higiene y ambiente de trabajo adecuado (art. 87); regular la protección de la propiedad intelectual sobre obras científicas, marcas, patentes de acuerdo con los tratados internacionales suscritos por Venezuela (art. 98); normar con base en principios éticos y legales las investigaciones científicas (art. 110); regular la información sobre contenidos y características de productos de consumo (art. 117), promover y reconocer las prácticas indígenas de su medicina tradicional y las terapias complementarias (122); proteger y conservar el medio ambiente (aire, agua, suelo, costa, clima) y la diversidad biológica (art 127).²¹³

²¹³ Ver Anexo 5

Resumen del capítulo IV

Los avances alcanzados en los sistemas de protección del derecho humano a la salud encuentran justificación en la expansión de la injusticia, la inequidad y la desigualdad que caracteriza las condiciones de vida y salud de los pueblos del mundo. Sin embargo, el reconocimiento de responsabilidad estatal por incumplimiento de obligaciones legales (generales y específicas) del derecho humano a la salud resulta en sanción, resarcimiento y reparación de lesiones jurídicas/materiales y daños personales. Medidas remediadoras que no trascienden la realidad social que reproduce condiciones, situaciones y prácticas violadoras del derecho humano a la salud.

Las obligaciones generales se describen como obligaciones de prohibición de discriminar y obligaciones de adoptar medidas progresivas y sin regresividad. En tanto que las específicas del derecho humano a la salud se describen como obligaciones de respetar, proteger y cumplir comprendiendo elementos de obligaciones de conducta y obligaciones de resultado. Obligaciones con titularidad estatal aunque la vulneración resulte de condiciones negadoras de vida y salud generadas por actores no necesariamente estatales.

La invitación es entonces a retomar la discusión sobre la responsabilidad no estatal y avanzar en el sendero de la prevención sustantiva y no solamente en torno a la sanción y la reparación. Lo cual supone ampliar la relación entre el derecho “humano” a la salud y las obligaciones con base en la determinación social de la salud.

La Constitución de hecho representa una oportunidad al reivindicar condiciones de desarrollo democrático en lo social, lo económico, lo cultural y lo político, con base en los principios de igualdad, solidaridad, equidad (social,

económica, cultural, ambiental, territorial), justicia social, integralidad, participación protagónica del Pueblo, progresividad sin regresividad, rendición de cuentas y preeminencia de los derechos humanos.

Reflexiones finales

1. La perspectiva crítica de los derechos humanos invita a verlos más que como normas jurídicas, como procesos en cambio que expresan luchas históricas de dignidad desde la diferencia humana, la diversidad de necesidades (materiales e inmateriales), intereses, realidades y contextos. Enfoque que resulta en invitación a otras lecturas menos abstractas y más “humanas”. Aunque el lenguaje del derecho a la salud tiene entre sus bases normativas valores de justicia y equidad, éstos se constituyen en parámetros de protección judicial y redistribución dejando por fuera la prevención sustantiva en salud. Y la determinación social de la inequidad y la injusticia en salud termina como siempre, invisibilizada y naturalizada. En tanto que la protección reducida al resarcimiento y la reparación judicial de los daños, efectos inmediatos de la violación sistémica del derecho humano a la salud.

2. La CRBV define el derecho a la salud como un derecho social fundamental, obligación del Estado, relacionado con las condiciones de vida, el bienestar colectivo y, el acceso a los bienes y servicios. Lo que permite el desarrollo de una visión transformadora del enfoque biomédico dominante por el enfoque de vida y salud que debe conjugar la dimensión jurídica con la dimensión política, social y cultural del derecho.

3. La dimensión colectiva en interacción con la dimensión individual desde la perspectiva individual del derecho explica la integralidad con otros derechos y libertades y, condiciones de vida digna, las condiciones y los entornos en que se ejerce el derecho humano a la salud en un plano superficial de efectos en conexión. En tanto que la determinación social de la salud pensada como principio interpretativo del derecho humano la salud explica la integralidad en un plano más complejo y en clave metabólica entre lo biológico y lo social y entre la sociedad y la naturaleza. Lo que no sólo amplía el espectro de relaciones (individuales-colectivas), demanda el desarrollo de condiciones que aseguren sustentabilidad, junto a la integralidad, la universalidad, la igualdad y no discriminación, la solidaridad, la progresividad y no regresividad, la participación y la corresponsabilidad. Principios reconocidos en la CRBV.

4. Desde la Epidemiología Crítica la determinación social de la salud se explica como un proceso complejo y multidimensional (general-particular-singular) que genera y reproduce condiciones de vida y salud en medio de un movimiento sometido por relaciones sociales y productivas en contravía y en un sistema de acumulación, poder y cultura que necesariamente demanda cambios sustentables.

5. El contenido y alcance del derecho humano a la salud explicado en parámetros de determinación social se constituye en oportunidad para desarrollar un marco de acción más efectivo en garantizar, respetar y proteger. El contenido esencial desarrollado con base a parámetros internacionales de derechos humanos resulta en cuatro elementos o características (disponibilidad,

accesibilidad, aceptabilidad y adecuación) constituidos en la base referencial del derecho de acceso a los sistemas, bienes y servicios de salud.

6. La perspectiva crítica de la determinación social de la salud explica la salud en tres dimensiones reales (general, particular y singular), invitándonos a repensar el contenido y alcance del derecho humano a la salud, como también de las obligaciones. Definidos y desarrollados prácticamente desde la dimensión individual y desde la cara biológica de la salud.

7. El sistema internacional de responsabilidad por violación a los derechos humanos reconoce obligaciones generales de garantizar el derecho humano a la salud sin discriminación y, adoptar medidas inmediatas y progresivas sin regresividad. Desde la perspectiva de la determinación social supone actuar ante los procesos destructores de vida y salud humana y natural, además de promover y garantizar los procesos protectores de vida y salud. En las obligaciones específicas aplica la trilogía de respetar, proteger y cumplir que en sí expresan límites en el poder del Estado. El incumplimiento de estas obligaciones por acción u omisión genera responsabilidad interna e internacional a cargo del Estado.

8. La CRBV representa una oportunidad para redefinir la relación entre el derecho humano a la salud, el desarrollo de garantías (jurídicas, políticas) y la definición de obligaciones legales en las dimensiones individual y colectiva determinantes de las condiciones en que el derecho se ejerce.

9. El debate sobre la extensión de la responsabilidad internacional por violación del derecho humano a la salud a actores no estatales financieros y

comerciales no busca la reducción de la responsabilidad estatal, pero si hacer visible los intereses y la correlación de fuerzas (individuales-colectivas y locales-globales) que intervienen en la determinación social de las condiciones de vida y salud que expresan la violación sistemática del derecho humano a la salud y de otros derechos humanos en salud. Relaciones de poder que suelen arrebatar soberanía a Estados, sobre todo, en condiciones de vulnerabilidad (económica, social, política y territorial) y que ubica a actores estatales pero también a actores no estatales en espacios y roles protagónicos del sistema mundo.

10. Una nueva cultura del derecho humano a la salud supone transformar las condiciones determinantes de la vida y la salud y no sólo mejorar la salud; promover el desarrollo de una justicia de transformación y no sólo de redistribución del poder, los recursos y los bienes; desarrollar una praxis (política, legislativa, judicial) en salud que apunte a cambios en la génesis de la violación sistemática del derecho humano a la salud y de los derechos humanos en salud, mas que desarrollar una acción en salud focalizada a efectos o resultados.

11. Es importante tener en claro que el marco normativo del derecho humano a la salud que aquí se propone y sobre el cual se reflexiona debe tener un correlato con la evaluación de su aplicación en la realidad venezolana. Se debe avanzar hacia una lectura crítica no sólo del plano normativo positivo, también de la realidad de salud venezolana y las medidas adoptadas en sus diferentes dimensiones reales. Lo cual no se pudo hacer en este trabajo de investigación.

12. Queda pendiente el desarrollo de un marco metodológico y una propuesta de indicadores del derecho humano a la salud que acompañe este marco conceptual y que permita avanzar hacia nuevas lecturas de la realidad y los procesos en salud desde el enfoque de la determinación social de la salud. Proponer una matriz de indicadores del derecho humano a la salud y las obligaciones, junto a indicadores de contexto que sirva de guía para el monitoreo y la evaluación de las acciones y sus resultados en interacción con los procesos protectores y negadores de la vida y la salud en clave transformadora y también emancipadora. Es decir, desde adentro, desde los de abajo y desde la complejidad de los contextos, las realidades (individuales y grupales familiares, comunitarias y sociales, económicas, culturales étnicas y de género, ambientales, territoriales, políticas, jurídicas), los procesos y las acciones u omisiones determinantes de la vulneración y/o el goce real del derecho humano a la salud.

Referencia bibliográfica

- 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 *Rev. Human Rights Quarterly*, vol. 27, No. 3, Baltimore, Universidad Johns Hopkins, Agosto, 2005.
- Armada, Francisco, "Logros del Programa de Salud de la República Bolivariana de Venezuela", en *Informe Alternativo sobre la Salud en América Latina*, Observatorio Latinoamericano de Salud, Centro de Estudios y Asesoría en Salud (CEAS), Quito, 2005.
- ALAMES, Documento de posición institucional para el debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud, en: <http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/images/salud/eventos/documentos/ALAMES.pdf>
- Bergman, David, "Obligaciones de los Estados y los Actores no Estatales", en *Círculo de Derechos: Una herramienta de entrenamiento en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos y Asian Forum for Human Rights and Development, 2000.
- Breilh, Jaime, *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Lugar editorial, Buenos Aires, 2003.
- _____"Hacia una construcción emancipadora del derecho a la salud", en *Informe de Derechos Humanos en Ecuador 2009*, Universidad Andina Simón Bolívar-Abya Yala, 2010.
- _____"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 *Determinação Social Da Saúde e Reforma Sanitária*, editado por Roberto Nogueira, Coleção Pensar Em Saúde: Cebes, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro, 2010.
- _____"Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud." En Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES y Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, 2010.
- _____"La subversión de la retórica del buen vivir y la política de salud", en *Revista de análisis político: La Tendencia*, Friedrich Ebert Stiftung/Ildis, Quito, Nro. 13, abril/mayo, 2012.
- Ligia Bolívar, "Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Derribar mitos, enfrentar retos, tender puentes", en *Estudios Básicos de Derechos Humanos V*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Serie Estudios de DDHH, Tomo V, San José, 1996.
- Burchardt, Hans-Jürgen, "Un misionero y sus misiones. Progresos y trabas de la nueva política social en Venezuela", en *Rev. Politeia*, vol. 32, No. 42, Instituto de Estudios Políticos, UCV, 2009.
- Butler, Judith, *Deshacer el género*, Ediciones Paidós, Barcelona, 2006.
- Carbonell, Miguel, *Los derechos fundamentales en México*, Universidad Autónoma de México, Editorial Porrúa, S.A., México, D.F. 2009.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, Gaceta Oficial No. 36.860 del 30.12.1999, Caracas, 1999.
- Chávez, Hugo, "Golpe de Timón", en: www.minci.gov.ve.
- FLACSO y CIEE, Programa de Salud Pública y Comunitaria, Módulo 1. Acepciones actuales. Buenos Aires, en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Modulo1.pdf>.
- INE, Elías Eljuri, "La pobreza continúa disminuyendo en Venezuela", en: http://www.ine.gov.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=376:la-pobreza.

- Olsen, Frances, “El sexo del derecho”, en *serie Justicia y derechos Humanos: El género en el derecho*. Ensayos críticos, Neoconstitucionalismo y Sociedad, Quito, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009.
- Ferrajoli, Luigi, “Derechos Fundamentales”, en *Los fundamentos de los derechos fundamentales*, Editorial Trotta, Madrid, 2009.
- _____, “Pasado y futuro del Estado de derecho”, en Miguel Carbonell, editor, *Neo constitucionalismo(s)*, Editorial Trotta, Madrid, 2003.
- Feo, Oscar, “Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente”, ponencia en II Conferencia Internacional sobre Salud Ocupacional y Ambiental, Bahía, 2002, en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n4/a11v8n4.pdf>
- Grande, Edmundo, “Método epidemiológico: Conocimiento y política”, en *Reproducción Social y Salud*, Editorial Universidad de Guadalajara, 1991, p. 98-101.
- González, Rafael, Eibenschutz, Catalina y Tamez, Silvia, “Elementos para un posicionamiento de ALAMES México ante la Conferencia Mundial de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS”, en: www.alames.org/documentos/alamesdss.pdf.
- Herrera Flores, Joaquín, “Derechos humanos y paz: Nuevos fundamentos filosóficos y jurídicos para nuevas prácticas sociales”, en *La Declaración de Luarca sobre el derecho humano a la paz*, Ediciones Madú, S.A., España, 2007.
- _____, *La reinención de los Derechos Humanos*, Colección ensayando, Editorial Atrapasueños, Andalucía, ver en: <http://www.ceapedi.com.ar/imagenes/biblioteca/libros/137.pdf>.
- Lander, Edgardo, “El proceso bolivariano y las tensiones de un proyecto alternativo”, en *Rev. Rebelión*, 02.02.2009, en: <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=80123>.
- _____, “Eurocentrismo y colonialismo en el pensamiento social latinoamericano”, en *Pensar (en) los intersticios: Teoría y Práctica de la Crítica Poscolonial*, Instituto Pensar, Bogotá, 1999.
- _____, “Los retos de otra integración en América Latina”, en *Soberanías*, Ediciones Abya-Yala, Quito, 2010, p. 150.
- Linares, Nivaldo y López, Olivia, “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva”, en *Rev. de medicina social Temas y Debates*, vol. 3, No. 3, septiembre 2008, en: <http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/search/results>.
- Lindemann, Mary, *Medicina y sociedad en la Europa moderna 1500-1800*, Siglo XXI de España Editores, Madrid, p. 2, 235-241, 2001.
- Liebenberg, Sandra, “La seguridad social como derecho humano” en *Círculo de Derechos. Una herramienta de entrenamiento para el activismo en defensa de los derechos económicos, sociales y culturales*, Programa Internacional de Becas en Derechos Humanos, Washington D.C. y Asian Forum for Human Rights and Development, Bangkok, 2000.
- Medina, Felipe, “La responsabilidad del Estado por actos de particulares: análisis jurisprudencial interamericano”, en *Rev. Debate Interamericano*, vol. 1, Feb. 2009, Bogotá.
- Melish, Tara, *La protección de los derechos Económicos, Sociales y Culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Manual para la presentación de casos*, Orville H. Jr. Center for International Human Rights Yale Law School, New Haven y Centro de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Quito, 2003.
- Navarro, Vicente, “Situación de salud en el mundo”, en *Globalización y Salud*, Federación de Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Sanidad Pública, Madrid, 2005.
- OEA, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Relatoría sobre los derechos de la mujer, “Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos”, OEA/Ser. L/V/II, Doc. 69, 07.06.2010, en: <http://cidh.org/women/SaludMaterna10Sp/SaludMaternaINDICE.htm>.

- OMS, Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 1948. en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
- ____ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, 1966, en: <http://www1.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
- ____ Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud, Bangkok, 1995, en: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf.
- ____ Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, 2011, en: http://www.who.int/sdhconference/background/news/B130_R11-sp.pdf.
- ____ Secretaría de Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Informe “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”, 2009, en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.
- ____ Secretaría de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, doc. EB124/9 del 04.12.08, en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf.
- ____ Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Declaración provisional, “Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados injustos”, Ginebra, 2007, en: <http://www.who.int/es/>.
- ____ Impacto de la Salud Pública en el Uso de Pesticidas en la Agricultura, Ginebra, 1990. Traducción propia. Citado en: INHEM, OMS y PNUMA, Salud Ambiental Básica, 2002, en: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd64/salud_ambiental_basica/indice.pdf.
- OMS y UNICEF, Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Kazakstán en antigua Unión Soviética, 1978, en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- OPS-OMS, Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI, Yakarta, 1997, en: www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf.
- ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 2 sobre Medidas Internacionales de Asistencia Técnica, Ginebra, Doc. E/1990/23, 1990.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General 3 sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes, Doc. E/1991/23, Ginebra, 1990.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 4, Doc. E/1991/23, Sexto período de sesiones, Ginebra, 1991.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 12, Doc. E/C.12/1999/5, Vigésimo octavo período de sesiones, Ginebra, 1999.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 13, Doc. E/C.12/1999/10, Vigésimo primero período de sesiones, Ginebra 1999.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 14, Doc. E/C.12/2000/4, Vigésimo segundo período de sesiones, Ginebra, 1999.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 15, Doc. E/C.12/2002/11, Veintinueveavo período de sesiones, Ginebra, 2002.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 18, Doc. E/C.12/GC/18, Trigésimo quinto período de sesiones, Ginebra, 2005.
- ____ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General Nro. 19, Doc. E/C.12/GC/19, Trigésimo noveno período de sesiones, Ginebra, 2007.
- ____ Asamblea General, Sexagésimo segundo período de sesiones, Ginebra, Informe del relatoría especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. A/62/214, 08.08.2007.
- ____ Asamblea General, Sexagésimo segundo período de sesiones, Informe de relatoría especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. A/62/214, 08.08.2007.
- ____ Asamblea General, Décimo séptimo período de sesiones, Informe del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los derechos humanos y las empresas

- transnacionales y otras empresas, John Ruggie. 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, 21.03.201.
- ____ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22 período de sesiones del 25.04.00, E/C.12/2000/4. Párr. 1. Ratificado por Venezuela en Gaceta Oficial Nro.2.146 del 28.01.78.
- ____ Convención de Derechos del Niño, Asamblea General, Resolución 44/25 del 20.11.1989, Art. 24. Ratificado por Venezuela en Gaceta Oficial Nro. 34.541 del 29.08.90. : http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf.
- ____ Asamblea General, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Declaración y Programa de Acción de Viena, Viena, doc. A/CONF.157/23, 12.07.93.
- ____ Principios de Limburgo Relativos a la Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Asamblea General, 43 período de sesiones, Doc. E/CN.4/1987/17.
- ____ Asamblea General, Sexagésimo segundo período de sesiones, doc. A/62/214, 08.08.2007.
- ____ Consejo Económico y Social, Paul Hunt, Informe de relatoría espacial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Doc. E/CN.4/2004/49, 16.02.2004.
- ONU-PNUD, Informe “Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza”, 2003, en: http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_sp_overview.pdf.
- OIT, Recomendación 197 sobre el marco promocional para la seguridad y salud en el trabajo, Sesión de Conferencia 95, Ginebra, 15.06.2006.
- ____ Convenio 121 sobre prestaciones en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, Sesión de conferencia 48, Ginebra, 08.07.1964.
- ____ Convenio 130 relativo a la prestación médica y las prestaciones monetarias de enfermedad, Sesión de conferencia 53, Ginebra, 25.06.1969.
- ____ Convenio 139 sobre la prevención y el control de los riesgos profesionales causados por las sustancias o agentes cancerígenos, Sesión de conferencia 59, Ginebra, 24.06.1974. Entrada en vigor el 10.06.1976.
- ____ Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente del, Sesión de la Conferencia 67, Ginebra, 22.07.1981.
- Pisarello, Gerardo, “Los derechos sociales y sus garantías: Notas para una mirada “desde abajo”, en *La protección judicial de los derechos sociales*, Serie Justicia y Derechos Humanos: Neoconstitucionalismo y Sociedad, Cristian Courtis y Ramiro Ávila Santamaría Editores, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ecuador-Quito, 2009.
- Ponte, Carlos, “Conceptos fundamentales de la salud a través de la historia reciente”, en: http://www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf.
- Quijano, Aníbal, “Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina”, en *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica poscolonial*. CEJA: Instituto Pensar, Santa Fe de Bogotá, 1999.
- Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, “Las Diarreas Agudas, una amenaza para la salud no controlada” en *Noticias Epidemiológicas*, No. 23, 18.09.2010; Editores José Félix Oletta y Ana C. Carvajal, 2010, en: http://www.rscmv.org.ve/pdf/noticias_epidemiologicas23.pdf.
- Santos, Boaventura de Sousa, “Los procesos de globalización”, en *La Globalización en las Ciencias Sociales*, Editorial Cortez, Sao Paulo, 2002. Traducción propia.
- ____ *La Globalización del Derecho. Los nuevos caminos de la regulación y la emancipación*, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Colombia e Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos (ILSA), Santafé de Bogotá, 1991.

- ____Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: Encuentros en Buenos Aires, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO, 2006.
- 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 Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, México, 2009. Mimeo.
- Sánchez Rubio, David, *Repensar derechos humanos. De la anestesia a la sinestesia*, Editorial MAD, España, 2007.
- Sen, Amartya, *¿Por qué la equidad en salud?*, en *Rev. Panamericana de Salud Pública*, 11 (5/6), mayo-junio 2002, en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10715.pdf>.
- Torres, Mauricio, “Los determinantes sociales de la salud y la acción política”, ponencia en Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, D.F. México, 29 de septiembre al 02 de octubre, 2008. Mimeo.
- Teitelbaum, Alejandro, “Observaciones al Informe final del relator especial John Ruggie sobre los derechos humanos, las empresas transnacionales y otras empresas”, en Boletín electrónico de Alianza Global Jus Semper. Ver en: http://www.jussemp.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/observaciones_info_final_r.html
- Valencia, Areli, “Derechos humanos y equidad social: Avanzando hacia una visión transformativa de los derechos humanos”, en *Rev. Iberoamericana de derechos Procesal Constitucional*, Editorial Porrúa, Instituto de Investigación Jurídica de la UNAM, México, No. 13, enero-junio 2010.
- Whitehead Margaret, The concept and Principles of Equity and Health, Doc. EUR/ICP/RPD414, 2000, en: http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/optativas/equity_and_health.pdf.
- UASB, Observatorio Regional de Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad, Agroindustria, minería e industria en general, en: <http://www.uasb.edu.ec/saludyambiente/index.php>.
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, “Los Determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia”, ponencia en Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, México DF, 2008. Mimeo.