

Derecho a la salud, Estado y globalización

María Esperanza Echeverri L.¹

Presentación

Los derechos se han clasificado en *derechos civiles*, que son los asociados a la libertad: física, de palabra, de pensamiento, de culto; el derecho a la propiedad y a firmar contratos y el derecho a una justicia independiente por parte del Estado; con base en el principio de igualdad ante la ley, su constitución y reconocimiento ocurrió fundamentalmente durante el siglo XVIII. Los *derechos políticos* se desarrollaron en el siglo XIX, y están conformados por el derecho al ejercicio del poder político, a elegir y ser elegido, al sufragio y a la participación política.¹

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), derivado de la carta de principios de las Naciones Unidas, suscrito por la mayoría de los países latinoamericanos y que entró en vigencia en enero de 1976, establece como tales el derecho al trabajo, a la libertad sindical, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado —que incluya seguridad alimentaria, vestido y vivienda— a la salud, a la educación y a la participación en actividades científicas y culturales.² Este documento presenta una visión general del debate sobre el derecho a la salud en el ordenamiento jurídico internacional. Aborda cinco líneas analíticas, sintetizando en cada una los puntos críticos o más polémicos.

La primera plantea por qué los derechos sociales son asimétricos frente a los civiles y los políticos y destaca como razón de fondo la tensión entre libertad e igualdad porque la realización universal de los derechos sociales como derechos fundamentales requeriría re-distribución de la riqueza.

La segunda línea describe dos concepciones antagónicas contemporáneas sobre el derecho a la salud: el enfoque de la reforma y el de los derechos humanos. Sostiene que la reforma a la salud redujo el contenido del derecho a la salud pero, al mismo tiempo, el de los derechos humanos que pretende ampliarlo ha ganado espacio real.

El tercer aspecto abordado se refiere a los alcances, limitaciones y propuestas del marco jurídico internacional; allí se destaca la debilidad del derecho internacional para la justicia de los derechos sociales y se mencionan algunas de las alternativas que contribuirían a fortalecerlo y a avanzar en una globalización con sentido social.

En la cuarta línea se describen los contenidos y la fundamentación de cada uno de los enfoques contemporáneos del

derecho a la salud y se enuncian los asuntos críticos sobre este tema en el debate internacional.

En la quinta y última línea se aborda la caracterización del Estado social de derecho como el escenario en el cual sería posible la realización de los derechos sociales como derechos fundamentales y se hace énfasis en el aspecto redistributivo, porque considera que allí está el núcleo duro del debate sobre la equidad.

La asimetría entre derechos civiles y políticos (DCP) y derechos económicos, sociales y culturales (DESC)

Aunque el enfoque de los derechos sociales como derechos humanos busque el reconocimiento de todos los derechos —los sociales, los civiles y los políticos— como fundamentales, la tendencia predominante en la realización de los derechos sociales y la que se advierte en el restrictivo alcance del ordenamiento jurídico internacional es la que han señalado diversos autores: estos son considerados recomendaciones programáticas dependientes de la capacidad administrativa y económica de los Estados,^{3,4} criticables por su pretensión universalista escindida de las realidades empíricas, mientras que los verdaderos derechos humanos serían los derechos civiles y políticos. Quienes sostienen esa posición argumentan que los DESC son declaraciones políticas, más que obligaciones jurídicas, por lo tanto no son vinculantes —es decir, su incumplimiento no genera consecuencias— y su realización requeriría acciones positivas por parte del Estado, a diferencia de los DCP que demandan obligaciones negativas.

Diversos trabajos de teóricos del derecho y defensores de derechos humanos desvirtúan esos argumentos. Sostienen que todos los derechos son interacciones humanas y relaciones morales y, como ese componente es tan etéreo, hay que volverlos derechos positivos —concretándolos en una institucionalidad jurídica, preferentemente constitucional y estatal— y hacerlos exigibles por vía judicial.⁵ El hecho de que no sean vinculantes habla de precariedad o ausencia de garantías para su realización y no niega su estatuto de derechos.³ Además, en la práctica todos los derechos implican obligaciones posi-

¹ Magister en ciencias políticas, profesora e investigadora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Cibercorreo: esperanzaecheverri@yahoo.com.mx

tivas y negativas por parte del Estado y de las instancias sociales encargadas de su prestación.^{4-7, *}

Sin embargo, considero que la asimetría entre DCP y DESC, una de cuyas expresiones es el ordenamiento jurídico e institucional internacional de estos últimos, pone de presente un asunto más estructural, que es la tensión entre libertad e igualdad,^{1, 8} porque la realización plena de los DCP es más cercana ideológica y políticamente al capitalismo, mientras que la de los DESC lo es al socialismo. Esto no significa que los derechos sociales no se puedan hacer efectivos en una economía de mercado (la experiencia de los Estados-providencia europeos demuestra que sí) o que para hacerlo deban coartarse las libertades individuales, como ocurrió en algunos países de gobiernos socialistas. Lo que algunos autores han señalado es que el escenario para realizar los DESC es el Estado social de derecho (ESD).^{9, 10}

Lo que esa tensión entre libertad e igualdad señala es el “núcleo duro” del debate de los derechos sociales y es que estos no pueden hacerse efectivos sin una política estratégica redistributiva de la riqueza,^{11, 12} que pasa pero supera el ámbito de los Estados nacionales, y esa tarea en un contexto de globalización económica es un reto difícil y de largo aliento que significa pensar, producir conocimiento y actuar para reorientar o incidir en una globalización articulada en torno a la justicia social como responsabilidad estratégica mundial y no a la acumulación de capital.

Dos concepciones de derecho a la salud: el enfoque de la reforma y el de la salud como derecho fundamental

Del derecho a la salud, me interesa destacar dos aspectos antagónicos: las reformas a la salud que se vienen implantando desde hace dos décadas como expresión concreta de la globalización económica y sus efectos en América latina y la caracterización del derecho a la salud como derecho humano fundamental.

Las reformas a la salud se inscriben en un proyecto estratégico mundial estructural de transformación del modelo de acumulación del capital,¹³ uno de cuyos ejes es la reforma del Estado y la redefinición del alcance y contenido de la política social, porque un argumento central es la crítica al Estado de bienestar.¹⁴ Ese contexto demanda la re-configuración del sector salud para convertirlo en espacio estratégico de rentabilidad financiera internacional.

* Así, el ejercicio de derechos civiles requiere acción positiva del Estado con medidas como la reasignación presupuestal o aumento del pie de fuerza para garantizar la protección del derecho de asociación o de la propiedad y no solo la obligación negativa de abstenerse de interferir o de respetar las libertades individuales. Los derechos sociales también implican acciones negativas —por ejemplo, abstenerse de dañar el medio ambiente— y no solo obligaciones positivas —por ejemplo, la disponibilidad de servicios de salud.

Aunque la reforma del Estado, según Almeida, es un proceso mundial y ha tenido en América latina dos momentos diferentes (en los ochentas, orientado hacia el ajuste y en los noventas, hacia la sustentación técnica de las propuestas), las líneas de la agenda estratégica se han mantenido, articuladas por la disminución del papel del Estado en lo social y por una nueva concepción de política social y de derechos centrada en la responsabilidad individual, en la rentabilidad de servicios y en el mercado como agente eficiente en la asignación de recursos.¹⁵

En salud, esas directrices han guiado el proceso de reforma en América latina, promovidas por el Banco Mundial —y condicionadas a los préstamos de los organismos financieros multilaterales—. Más de dos décadas de reforma han representado en la práctica un cambio estructural en la concepción y puesta en marcha del derecho a la salud con las características de la nueva política social ya mencionadas. Sin embargo, esos cambios son estructurales más no irreversibles: hay en la literatura y en los debates académicos un consenso cada vez más amplio, incluso de actores que en su momento apoyaron y promovieron la reforma a la salud, acerca de sus efectos negativos en cuanto a aumento de la segmentación en el acceso a los servicios, profundización de inequidades socio-sanitarias y abandono de las funciones estatales en salud pública,¹⁶ pero también hay una organización y movilización crecientes y un esfuerzo analítico y propositivo por la re-orientación de la globalización hacia la justicia social mundial,* y allí podría construirse o fortalecerse una nueva concepción de derecho a la salud.

Por otra parte, los resultados de la reforma también han tenido otros desenlaces que han preservado derechos adquiridos; cabe destacar en América latina los casos de Costa Rica, Brasil y Venezuela,¹⁷ y si bien esos resultados obedecen a diversos factores que conjugan particularidades históricas, configuración de fuerzas sociales y proyectos gubernamentales —no replicables como “modelo”—, son también una evidencia empírica de que esa reforma no es un proceso irreversible.

El otro aspecto que me interesa destacar se refiere al enfoque de la salud como un derecho humano fundamental. La sustentación y el marco jurídico de los DESC como derechos humanos fundamentales está documentada en varios trabajos^{9, 18} y en el ordenamiento jurídico internacional. Un argumento sólido y empíricamente incontrovertible es el de la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos. Diversos autores afirman que los DESC son condiciones indispensables para el ejercicio de los derechos civiles y polí-

* En esa línea se inscriben los trabajos de Amartya Sen y Joseph Stiglitz, entre otros autores. Como espacio de movilización y organización política se destacan los foros sociales mundiales. En salud, los foros internacionales y mundiales por la salud de los pueblos, realizados en Porto Alegre, Brasil, y las asambleas mundiales por la salud de los pueblos realizadas en Bangladesh y en Cuenca, Ecuador.

ticos; sin inclusión social no hay una base material —en términos de condiciones de vida— para la deliberación pública y para la apropiación y despliegue de las libertades públicas.⁷ En el caso del derecho a la salud, ese enfoque no es solo una aspiración o una declaración política; si bien no ha sido el que ha predominado en la realización efectiva o sistemática de ese derecho, sí ha servido de base para enriquecer el marco jurídico,^{18, 19} para guiar trabajos teóricos o empíricos o proyectos de ley y para generar jurisprudencia en salud.

El marco jurídico internacional de los derechos sociales y del derecho a la salud: límites, posibilidades y propuestas

El estudio preliminar del marco jurídico internacional y los términos de la discusión actual sobre protección de los derechos sociales evidencian la inconsistencia entre su amplio reconocimiento —desde mediados del siglo XX, en las declaraciones, pactos y convenciones (tablas 1, 3 y 4)— y la debilidad real, en la práctica, de sus mecanismos de exigibi-

Tabla 1. Trayectoria de declaraciones y normas internacionales sobre derecho a la salud

<i>Declaración con norma-pacto</i>	<i>Fecha</i>	<i>Concepción sobre derecho a la salud</i>	<i>Contenido del derecho a la salud</i>
OMS CARTA DE CONSTITUCIÓN	1946	<ul style="list-style-type: none"> - Definición de salud como completo estado de bienestar. - Goce del grado máximo de salud como derecho fundamental sin discriminación: 	<ul style="list-style-type: none"> - Lucha contra la desigualdad - Sano desarrollo de la infancia. - Política del Estado: medidas socio-sanitarias, promoción y protección a la salud
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (Art. 25.1)	1948	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a un <i>nivel de vida adecuado</i>: alimentación, vestido, vivienda, servicios sociales y de asistencia médica. - Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera igualdad y universalidad como principios del derecho a la salud. - No incorpora la definición de salud de la OMS
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (PIDESC)	1966: se formula 1976: entra en vigor. Son 135 Estados partes Organización de Naciones Unidas	<ul style="list-style-type: none"> - Principal herramienta del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. - Art. 12: establece compromisos estatales respecto al derecho a la salud para el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental. - Supervisado por el Comité DESC de la ONU desde 1996. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción de mortalidad y mortalidad infantil. - Mejoramiento de higiene del trabajo y medio ambiente. - Prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras. - Asistencia médica y servicios.
OBSERVACIÓN GENERAL N.º 14 Establece la interdependencia del derecho a la salud con otros derechos humanos	Agosto del 2000	<ul style="list-style-type: none"> - Interpreta el Artículo 12 del PIDESC para determinar <i>alcance y contenidos del derecho a la salud</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Contenido normativo • Violación al derecho • Obligaciones del Estado • Medidas de aplicación nacional • Obligaciones de actores que no son Estado parte • Salud: derecho fundamental indispensable para el ejercicio de los demás DDHH <i>Obligaciones estatales</i>: <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento jurídico • Reducción y eliminación de desigualdades y discriminación • Derechos de las mujeres (párr. 11-20), de los niños (pp. 22-24), de las personas mayores y de los discapacitados (párr. 25), de los pueblos indígenas. • Distribución de recursos (párr. 10) • Políticos y planes de salud (párr. 1) 	<ul style="list-style-type: none"> - Convierte en derechos las obligaciones estatales definidas en el Art. 12 - Define factores determinantes básicos de la salud: alimentación y nutrición, vivienda, agua potable, acceso a condiciones de trabajo seguras y sanas y medio ambiente sano (párr. 4) - Información-educación en salud. - Participación población (párr. 11) - Sistema de salud: universal, equitativo, no regresivo, con servicios disponibles y accesibilidad no condicionada a capacidad de pago, con protección de grupos vulnerables y marginados y política de salubridad pública (párr. 8) con igualdad de oportunidades

lidad y justiciabilidad, así como la ausencia de efectos vinculantes frente a la violación de esos derechos.

Aunque el deterioro de la calidad de vida, en América latina,* producto de la globalización económica, probablemente ha empezado a generar algunos debates y pequeños

cambios en las instancias internacionales, la situación de protección y exigibilidad de los DESC frente a los DCP sigue siendo profundamente asimétrica. Esta es una de las razones que justifican la importancia de la investigación teórica y empírica y de la acción política en derechos sociales como vías para presionar su obligatoriedad jurídica y su visibilidad en los escenarios internacionales de poder.

En el continente americano rigen dos sistemas de promoción y protección de los derechos humanos: el de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano, que se describen a continuación:

- En el ordenamiento jurídico internacional existe desde 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), promovido por la Organización de las Naciones Unidas, que entró en vigencia en

* En los años ochentas, el ajuste en América latina, según lo reconoce el propio Banco Mundial²⁰ y diversos trabajos citados por Almeida,²¹ contribuyó a aumentar la pobreza en áreas urbanas y metropolitanas y la indigencia en zonas rurales. Según la CEPAL,²² a mediados de esa década los pobres pasaron de 135,9 millones que había al inicio a 170,2 millones y la indigencia, de 62,4 millones a 81,4; y en los años noventa, el número absoluto de pobres aumentó entre 1990 y 1999. En ningún país de la región se han reducido los niveles de desigualdad con respecto a las cifras de 1970 y en muchos ha aumentado el índice de Gini: a fines de los noventa era en promedio para América latina de 0,57, mientras el promedio mundial era de 0,4 y el de los países desarrollados, de 0,3.

Tabla 2. Obligaciones estatales en salud en el derecho internacional (Observación General N.º 14 del PIDESC)

Tipo de obligación	Definición	Contenido de obligación	Violación de la obligación
RESPECTO (párr. 34, 50)	<ul style="list-style-type: none"> – Abstención por parte del Estado de realizar ciertas prácticas y conductas que vulneren contenidos del derecho. – Es una obligación negativa porque se trata de “no hacer”. 	Abstenerse de: (párr. 34, 50) <ul style="list-style-type: none"> – Limitar el acceso universal y equitativo a bienes y servicios de salud. – Limitar participación social en salud. – Dañar al medio ambiente. – Comerciar medicamentos peligrosos. 	Cuando las acciones políticas o leyes estatales producen daño o mortalidad evitable (por ejemplo regresividad en políticas públicas) que contravienen lo establecido en el PIDESC.
PROTECCIÓN (párr. 35, 51)	Garantizar la protección a las personas de conductas abusivas y arbitrarias del propio Estado o de los particulares.	<ul style="list-style-type: none"> – Provisión de mecanismos judiciales para evitar y reparar las violaciones producidas (párr. 59). – Garantizar el acceso igual a servicios provistos por el Estado y por terceros. – Medidas para grupos vulnerables y marginados. – Continuidad en servicios durante procesos de privatización. – Calidad en tecnología, medicamentos y recurso humano. – Velar por que prácticas tradicionales no afecten la dignidad de las mujeres ni su acceso a los servicios. 	Cuando el Estado no adopta todas las medidas necesarias para “proteger dentro de su jurisdicción a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros o por el propio Estado”.
SATISFACCIÓN (párr. 36 a 38, 52)	Acciones positivas que el Estado debe garantizar para hacer realidad el disfrute y ejercicio del derecho a la salud: Son acciones positivas, entre otras, las políticas de salud, la provisión de servicios, las medidas legislativas y de política para promover la equidad y la universalidad.	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocimiento en los ordenamientos jurídico y político. – Adopción de medidas legislativas. – Acceso igual a factores determinantes básicos de la salud (FDBS). – Disponibilidad equitativa de servicios en el territorio nacional. – Realizar política nacional de salud pública. – Seguro público universal asequible. – Educación e información en salud. – Garantía de facilidades para quienes no pueden ejercer estos contenidos del derecho. 	Cuando el Estado no adopta total o parcialmente o no da continuidad a las acciones positivas, a las obligaciones básicas mínimas” o a los “contenidos esenciales” (tabla 5) o no adopta las obligaciones inmediatas para la realización efectiva del derecho a la salud. Las obligaciones básicas mínimas son inderogables y su incumplimiento no puede justificarse en ninguna circunstancia.

Fuente: Enrique González⁵⁴

1976 y es la principal herramienta del derecho internacional sobre derechos sociales. De ese pacto hacen parte 135 Estados miembros de Naciones Unidas. Allí, el artículo 12 define los compromisos estatales frente al derecho a la salud (tabla 1), que apenas serían desarrollados más de dos décadas después de su entrada en vigencia, en el año 2000, con la Observación General N.º 14* (tabla 2). El cumplimiento del pacto por los Estados partes es supervisado desde 1987 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) (tabla 3).

• Para el continente americano* (tabla 4), desde 1948 se aprobó, junto con la conformación de la Organización de Estados Americanos (OEA), la Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre y, en 1969, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica), como un tratado para consagrar, definir contenidos y crear mecanismos de protección para los derechos fundamentales. Posteriormente, en 1988, el Protocolo de San Salvador agregó disposiciones en materia de DESC. Los órganos de control son la Comisión Interameri-

* Las *Observaciones Generales* son interpretaciones de las disposiciones del PIDESC y sirven para darle contenido a los derechos sociales. Para el caso de salud, la Observación General N.º 14, sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", de agosto del 2000, establece las obligaciones estatales (tabla 2) de acuerdo con las directrices contenidas en el artículo 12 de dicho pacto, para determinar el alcance y contenido del derecho a la salud.

* Este ensayo solo se refiere al continente americano. Europa y África tienen otros tratados de derechos humanos: el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, adoptado en 1950; la Carta Social Europea, específica para los DESC, adoptada en 1961; y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos, que se refiere a los DCP y a los DESC en un solo tratado, adoptada en 1981. Una ampliación de este tema puede verse en Rossi.²³

Tabla 3. Mecanismos internacionales para la protección de los derechos sociales y del derecho a la salud (sistema de Naciones Unidas)

Mecanismos	Fecha	Utilidad y función	Límites - posibilidades
COMITÉ DESC DE NACIONES UNIDAS	1986: creación del Comité DESC de Naciones Unidas. 1996: entra en vigor.	<ul style="list-style-type: none"> - Organismo de la ONU para la promoción y vigilancia del cumplimiento del PIDESC, conformado por expertos independientes. - Sesiona dos veces al año (Ginebra, Suiza) - Participación limitada de la sociedad civil en la evaluación de informes de los Estados partes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los Estados partes presentan informes cada cinco años. - Poder limitado a procedimiento oficioso - Asimetría frente a organizaciones financieras internacionales. - Poco esfuerzo de la comunidad internacional en DESC
CREADA LA FIGURA DE RELADORES ESPECIALES	A partir de 1998*	Es un mecanismo extraconvencional, derivado de la carta de la ONU, que se ocupa de seguimiento sistemático a un derecho y recibe solicitudes de Estados y organizaciones de la sociedad civil.	Puede ser utilizada, aunque el Estado no haya ratificado los tratados internacionales de DDHH.
CREADA LA RELATORIA ESPECIAL PARA SALUD	2000	<ul style="list-style-type: none"> - Se nombran relatores especiales por temas o por países. - Los relatores especiales buscan y reciben información, realizan visitas y presentan informe anual de actividades a la Comisión de DDHH de la ONU. 	Es un procedimiento informal con mínimos requisitos.
GRUPO DE TRABAJO SOBRE UN PROTOCOLO FACULTATIVO PARA LOS DESC	1990 hasta la fecha	Facultar al Comité DESC de la ONU para examinar denuncias de los particulares, producir jurisprudencia, avanzar en la exigibilidad y determinar medidas de reparación internacional por violación de los derechos sociales.	Al año 2005, no se ha adoptado un protocolo facultativo por diversos factores, en especial, el temor de los países desarrollados a la justiciabilidad internacional de los derechos sociales, a que las demandas superen la capacidad económica de los Estados y a las obligaciones

Fuentes: www.conectasur.org/files/mecextraesp.pdf⁵⁷
*<http://www.unhchr.ch/spanish/html>⁵⁵
Enrique González⁵⁴

cana de Derechos Humanos, ante la cual se tramitan las peticiones de investigación por violación de derechos, y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, instancia que decide el fallo con carácter vinculante.²⁴

A pesar de que en todos estos instrumentos ha habido un reconocimiento del derecho a la salud, este no ha tenido efectos en la práctica porque los problemas críticos para la obligatoriedad jurídica de los derechos sociales y, consecuentemente, del derecho a la salud no son entonces de reconocimiento formal; tienen que ver con la debilidad del ordenamiento internacional para su justiciabilidad y con la ausencia de efectos vinculantes ante su violación.

La justiciabilidad es la aplicabilidad de un derecho por los órganos judiciales mediante procedimientos definidos, por ejemplo, una tutela jurídica o "el poder jurídico que posee el titular de un derecho para hacerlo valer ante el Estado".²⁵ La justiciabilidad tiene entonces un elemento de exigibilidad, que es el que hace que un derecho no sea solo una aspiración o un valor moral porque puede reclamarse por vía judicial, y uno de procedimiento, que concreta la posibilidad de ejercer recursos judiciales individuales o colectivos para esa reclamación.²⁶ Siguiendo a Rossi, para algunos autores, la justiciabilidad hace parte del contenido esencial de un derecho fundamental y, en el caso de los DESC, es responsabilidad de los Estados nacionales.²⁵ Esa posición ha sido recogida e

incorporada por el CDESC para los derechos sociales y para el derecho a la salud.*

Las dos instancias internacionales vigentes ya mencionadas para la protección de los derechos sociales (el Comité DESC, encargado de la promoción y supervisión del PIDESC, conocido como el Sistema de Naciones Unidas y, en el ámbito regional, los dos organismos de control: la Comisión y la Corte —ambas interamericanas— de derechos humanos, conocidas como el Sistema Interamericano) tienen desde su diseño o puesta en marcha serias limitaciones para la justiciabilidad de los DESC.

En el Sistema de Naciones Unidas no existe un mecanismo para presentar denuncias o peticiones individuales por violaciones a los derechos reconocidos en el PIDESC, excepto para la libertad sindical y la educación. Por lo tanto, las víctimas no tienen una instancia internacional ante la cual denunciar, ni cuentan allí con mecanismos para exigir ante los tribunales la reparación del daño. Aunque los Estados partes del PIDESC deben presentar ante el Comité informes quinquenales sobre la situación de los derechos sociales, y en esas sesiones pueden participar o controvertir las organi-

* La Observación General N.º 3, referente a la índole de las obligaciones de los Estados partes, establece la "provisión de recursos efectivos" para la exigibilidad de los derechos sociales. La Observación General N.º 14 desarrolla el artículo 12 del PIDESC (tabla 2).

Tabla 4. Instrumentos regionales en América sobre el derecho a la salud (Sistema Interamericano)

Instrumento	Fecha	Contenidos y utilidad
DECLARACIÓN AMERICANA DE DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE	Aprobada en Bogotá en 1948	<ul style="list-style-type: none"> – Menciona seis derechos sociales: educación, trabajo, salud, remuneración justa, cultura, descanso y seguridad social. – Reconoce el derecho a la preservación de la salud, acompañado de medidas socio-sanitarias (alimentos, vestido, atención médica y vivienda), pero condiciona su realización a la disponibilidad de recursos (Art. 11)
CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (PACTO DE SAN JOSÉ)	Aprobada en San José de Costa Rica en 1969	<ul style="list-style-type: none"> – Alude al derecho a la salud en el marco del compromiso de los Estados partes de garantizar derechos derivados de las normas económicas, sociales y de educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos. – El Art. 33 de la Carta de la OEA establece el acceso a los "conocimientos de la ciencia médica" y condiciones urbanas para una vida digna, sana y productiva.
DECLARACIÓN DE ALMA ATA SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	1978, Rusia (134 países)	<ul style="list-style-type: none"> – Reafirma la salud como un derecho humano fundamental. – Concibe como un objetivo social el logro del más alto nivel posible de salud. – Establece metas y directrices para los contenidos de la obligación del gobierno.
PROTOCOLO DE SAN SALVADOR A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (ADICIONAL)	1988	Consagra el derecho universal a la salud (Art. 10) y a un ambiente sano (Art. 11) y establece medidas para su realización por los Estados partes, con énfasis en la asistencia primaria.

Fuente: PROVEA⁵⁶

zaciones de la sociedad civil (véase el anexo), las recomendaciones del Comité no tienen fuerza vinculante, es decir, su incumplimiento por los Estados partes no produce consecuencias. Es así como los informes periódicos son más frágiles y laxos que las peticiones.²⁷

Por eso, desde 1990, el CDESC ha intentado consensuar un Protocolo Facultativo del Pacto para establecer, con base en la doctrina de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, un sistema de peticiones o comunicaciones individuales para ir cerrando la brecha de asimetría entre la justiciabilidad de los DCP y la de los DESC.²⁸ Sin embargo, poco se ha avanzado, especialmente por la gran resistencia y temor de los países desarrollados.* Habría que empezar, en el marco del Sistema de Naciones Unidas, a difundir y a utilizar la figura de los relatores especiales (tabla 3) creada en 1988, y para salud, en el año 2000; podrían cumplir un papel de presión sobre los Estados partes y de generación de opinión pública porque es un mecanismo informal.**

En el Sistema Interamericano, los DESC han ocupado una posición marginal porque su diseño refleja la asimetría señalada entre los dos tipos de derechos y, en los sociales, solo reconoce competencia para atender violaciones a los derechos de educación y libertad sindical, porque fueron los que se pudieron consensuar con los Estados partes —que son los de la OEA— para admitir peticiones individuales; aún más: estas últimas proceden cuando se han agotado las instancias nacionales.

Pese a esa limitación de diseño, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha empezado, de hecho, a admitir y a producir jurisprudencia en la violación de otros derechos sociales, argumentando que aunque no se encuentran específicamente protegidos en la Convención, no se puede limitar el efecto de la Declaración Americana de Derechos y Deberes.²⁹ Incluso, ya hay antecedentes de admisión de peticiones sin agotar las instancias nacionales. En ese espacio que se han empezado a abrir las denuncias por violación al derecho a la salud, especialmente en cuanto a la atención y tratamiento de pacientes con sida y a la seguridad social; en Chile, Argentina y El Salvador³⁰ representan un antecedente importante en la producción de jurisprudencia y en la utilización del derecho internacional para la protección de la salud.

Además de la estructura descrita, otros puntos críticos en relación con el marco jurídico internacional de los dere-

chos sociales son el subdesarrollo teórico y jurídico porque los conceptos de víctima, reparación del daño y evitabilidad futura de reincidencia en la violación no se han elaborado; esto hace que los DESC con frecuencia se argumenten en conexión con los DCP y no con las particularidades de una identidad propia.³¹ Tampoco se define el contenido de términos como "nutrición adecuada" o "acceso equitativo", que caracterizan el lenguaje normativo; la precisión aportaría elementos para sustentar su justiciabilidad.³ Además, no se ha trabajado una fundamentación de la dimensión colectiva de los DESC.

Ante la ausencia de fuerza vinculante en el ordenamiento jurídico internacional, algunos autores han formulado varias propuestas; una tutela colectiva. Eventualmente, uno de los argumentos más sugerentes aquí podría ser el de las obligaciones estatales de progresividad y de irreversibilidad* que hoy no tienen mucha fuerza en las peticiones al Sistema Interamericano. Otra propuesta es la de una defensoría especializada en DESC.

Si la otra cara de la globalización —hacia la justicia social internacional— se asume como un reto, entonces caben las propuestas de Rodolfo Arango de una *constitución social mundial* que unifique los actuales tres sistemas mundiales de derechos humanos —el interamericano, el europeo y el africano— y de un *tribunal social internacional*, que juzgaría y condenaría las violaciones a los derechos sociales fundamentales y criminalizaría su incumplimiento, tal como lo empieza a hacer la Corte Penal Internacional para delitos atroces. En ese sentido, la experiencia de la Comisión y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son antecedentes importantes.³²

En resumen, el actual marco del derecho internacional para los derechos sociales es subsidiario del derecho nacional,** débil en justiciabilidad y en efectos vinculantes y de apenas reciente utilización por las instancias encargadas de su protección y, como afirma Sepúlveda, poco conocido e impor-

* El argumento es político y de intereses económicos y se refiere a la restringida capacidad económica de los Estados más pobres para garantizar universalmente los DESC, frente a la obligación de la cooperación internacional. Se teme que si se pone en marcha esa cooperación para los países más pobres, la demanda mundial se desborde y los países desarrollados argumentan que ellos no tienen por qué resolver los factores de pobreza y desigualdad de los subdesarrollados.³

** Los relatores especiales pueden ser nombrados por temas o por países, buscan y reciben información para el seguimiento de un derecho social, realizan visitas que pueden ser solicitadas por las organizaciones de la sociedad civil.

* Progresividad e irreversibilidad implican una inversión estatal sistemática en la vía de la universalidad y el no retroceso en los logros alcanzados; se consideran características y principios rectores de los derechos sociales como derechos fundamentales.¹⁸ En el PIDESC —específicamente para salud, en la Observación General N.º 14—, la progresividad es una "obligación estatal inmediata". Paradójicamente, estos argumentos no tienen mucha fuerza en el Sistema Interamericano para sustentar la violación de los derechos sociales, entre otras razones, porque solo recientemente se empezaron a admitir peticiones individuales.

** El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, organismo de las Naciones Unidas para la promoción y vigilancia del cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, establece en la Observación General N.º 9, párrafo 4, que los procedimientos internacionales para atender reclamaciones individuales por violación de los DESC son complementarios de los recursos nacionales porque de acuerdo con las obligaciones contenidas en el mencionado pacto, los Estados partes deben disponer de legislación interna y de mecanismos judiciales para garantizar la protección y satisfacción de esos derechos.

tante en las organizaciones de la sociedad civil. Pese a esas restricciones, los autores especializados en la materia y los defensores de derechos humanos consideran que hay que utilizarlo y difundirlo e impulsar las propuestas que hay sobre la mesa, trabajando además en la sistematización de los casos empíricos, en la acción política y en la investigación como vías para ir creando conciencia de ciudadanía integral y obligatoriedad jurídica.

El contenido y la fundamentación del derecho a la salud: el vínculo con el tipo de Estado y con el modelo de desarrollo

El planteamiento central en este acápite es la relación entre contenido y fundamentación del derecho a la salud, la cual, a su vez, remite al vínculo con el principio de justicia en el que se sustenta un tipo de Estado y de modelo de desarrollo. Se presentan los contenidos del derecho a la salud establecidos en el marco jurídico internacional frente a los puestos en marcha con el proceso de reforma a la salud, mostrándolos como tendencias inscritas en proyectos de desarrollo y de Estado divergentes.

Desde mediados del siglo XX, las normas, declaraciones, pactos y tratados sobre derecho a la salud han procurado definirle un contenido (tabla 1). En ese periodo, el instrumento más importante es el PIDESC, que desde 1966, en su artículo 12, establece compromisos estatales para "el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental".* Aunque el PIDESC entró en vigor en 1976, solo en el año 2000, la

* Los compromisos estatales fueron la reducción de la mortalidad y morbilidad infantil, la asistencia médica, la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas, epidémicas, prevenibles y profesionales y la mejoría en la higiene del trabajo y el medio ambiente.

Observación General N.º 14 desarrolla el mencionado artículo 12 (tabla 2), definiendo tres tipos de obligaciones estatales —de respeto, de protección y de satisfacción— y convirtiéndolas en derechos.

Respecto a las obligaciones estatales, el avance más detallado e importante es la definición del *contenido mínimo esencial* y de los *factores determinantes básicos de la salud* (tabla 5), definidas ambas como "obligaciones básicas mínimas" en salud de los Estados partes.

El *contenido mínimo esencial* para el derecho a la salud (CME) se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, a medicamentos esenciales, a asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, a la provisión de seguro y de servicios de salud para quienes carecen de recursos; además, a la educación e información en salud y a la cooperación internacional. El CME es de "efecto inmediato e independiente de los recursos económicos".

Los *factores determinantes básicos de la salud* (FDBS) son la alimentación esencial mínima y nutritiva, la vivienda, las condiciones sanitarias básicas, el suministro de agua potable, condiciones de trabajo seguras y alto nivel de salud física y mental, en sus dimensiones individual, colectiva, participativa y promocional.

Este avance busca, por una parte, proporcionar un referente normativo para la legislación interna en cada uno de los Estados partes e incorporar en el contenido del derecho la compleja relación entre salud y calidad de vida al definir los FDBS. Por otra parte, el espíritu de la Observación General N.º 14 sería el de precisar jurídicamente un núcleo irreductible y universal en el derecho a la salud, como lo indica el hecho de que ambos, CME y FDBS, se consideran obligaciones básicas mínimas.

Tabla 5. Obligaciones estatales básicas mínimas en salud en el derecho internacional

<p>CONTENIDO MÍNIMO ESENCIAL Obligaciones con efecto inmediato e independiente de los recursos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso universal a los centros, bienes y servicios de salud equitativamente distribuidos. - Acceso a medicamentos esenciales. - Plan nacional de salud pública. - Prevención, tratamiento de enfermedades epidémicas-endémicas e inmunización. - Capacitación adecuada del personal de salud. - Seguro médico y centros de atención en salud a quienes carezcan de medios suficientes. - Educación e información en salud. - Asistencia y cooperación internacional.
<p>Art. 23 PIDES O. G. N.º 14, párr. 43 Declaración de Alma Ata</p>	
<p>FACTORES DETERMINANTES BÁSICOS DE LA SALUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso universal a: <ul style="list-style-type: none"> -Alimentación esencial mínima y nutritiva. -Vivienda. -Condiciones sanitarias básicas. -Suministro de agua potable. - Condiciones de trabajo seguras. - Alto nivel de salud física y mental.

Uno de los debates, en el ámbito jurídico de los DESC, es sobre qué tanto debe definirse su contenido. Carbonell³ afirma que formulaciones como "vivienda digna", "alimentación adecuada" o "acceso equitativo" deben precisarse y volverse normas positivas para avanzar en la justiciabilidad. Sin embargo, Alexy plantea que la indeterminación ocurre con frecuencia en el derecho, por eso la definición de contenido no puede hacerse únicamente por vía judicial.³³ En cualquier caso, no tendría sentido un CME universal si no fuese para considerarlo un núcleo irreductible o, como lo ha propuesto PROVEA,³⁴ para el derecho a la salud, "un piso" a partir del cual ampliarlo y proporcionar un punto de partida para la progresividad. En la misma vía, Courtis⁶ plantea que el CME y los mecanismos de justiciabilidad de los derechos sociales se lleven a la Constitución Política. Esta sería una estrategia para dotar de real fuerza jurídica a las obligaciones definidas en la jurisprudencia internacional como inderogables e imposterables; es el caso del CME en salud (Observación General N.º 14, párrafo 43).

Otro de los puntos críticos en las obligaciones estatales en derechos sociales es el de la progresividad, entendida como avance sistemático en la inversión y en las acciones del Estado para lograr la cobertura universal; implica no regresividad, es decir, que las políticas públicas y la acción del Estado no representen un retroceso en los niveles de bienestar alcanzados. Aunque el CDESC y las Observaciones Generales establecen la obligación de los Estados partes de destinar hasta "el máximo de recursos disponibles" y consideran el incumplimiento de la progresividad como violación al derecho, tales disposiciones son inocuas. De hecho ya hay un amplio consenso teórico y empírico sobre los efectos de la reforma a la salud en América latina, en cuanto a profundización de las inequidades en el estado de salud, el acceso a los servicios, el retroceso en salud pública y el aumento del gasto de bolsillo en un contexto de empobrecimiento y desigualdad en la distribución de la renta.³⁵

Por otra parte, el gasto social y el gasto público en salud pierden fuerza como indicadores de progresividad porque un porcentaje importante de los recursos públicos van —como probablemente ha sucedido en el caso colombiano— al lucro privado de aseguradores y prestadores, a expensas del mayor gasto de bolsillo en salud de los grupos más pobres y de una configuración regresiva del aseguramiento en salud. Sin embargo esa profunda falta de coherencia entre el contenido normativo del derecho a la salud y la realidad contundente de los efectos de la reforma remiten a una consideración más estructural, cual es la de la fundamentación, porque cada una responde a bases morales y a matrices políticas diferentes y antagónicas. Son dos tendencias en la fundamentación pero, también, en la realización efectiva del derecho a la salud.

La realización del derecho a la salud para la reforma se reduce al aseguramiento, universal en teoría, con un plan de beneficios elaborado con base en el criterio de intervencio-

nes costo-eficientes; la prestación de servicios curativos se rige por criterios de mercado, con múltiples agentes en competencia y se estructura en torno al aseguramiento y las acciones de salud pública que son responsabilidad del Estado. El alcance y contenido de la participación en salud se establece normativamente desde arriba y se fragmenta en múltiples instancias.³⁶ *

Para algunos autores,^{37, 38} en la reforma hay un cambio en el sustento ético-político de los sistemas de salud, con base en el principio utilitarista[†] de justicia distributiva[‡] del "Estado mínimo decente", según el cual el Estado otorga un mínimo de servicios —que aparecen más como concesiones que como derechos— para "igualar" un punto de partida que permita a los individuos competir en el mercado. La concreción en política pública de ese mínimo es la estrategia de focalización.[§] La participación de la población es limitada y no tiene carácter decisorio porque la reforma se considera un proceso tecnocrático.

La segunda tendencia no ha sido dominante y es la de realización del derecho a la salud como un derecho fundamental. Se basa en los instrumentos jurídicos internacionales que aquí se han descrito e incorpora las características y los principios rectores de los derechos humanos, que son:¹⁸

- *Universalidad y accesibilidad* en la asistencia sanitaria para todos, sustentadas únicamente en la condición de ser humano.

* Estas directrices están planteadas en los Informes del Banco Mundial de los años ochentas, especialmente en el de *Invertir en salud*. Se mantienen y profundizan en el nuevo informe del Banco Mundial, *Extensión de la protección social* (2000), cuyo marco conceptual es el manejo social del riesgo y cuya estrategia es la lucha contra la exclusión social en salud.

† El *utilitarismo* es una concepción filosófica inscrita en la teoría liberal de la justicia distributiva, según la cual las decisiones sociales deben guiarse por los efectos prácticos y la utilidad que producen. En el ámbito de la justicia sanitaria, supone la maximización del principio de costo-eficiencia: "lograr el mayor bien para el mayor número posible de personas", e implica determinar el valor de las intervenciones sanitarias en términos de consecuencias medibles o resultados. Así algunas personas podrían no recibir servicios porque esa inversión no le aporta a la utilidad global.

‡ La *justicia distributiva* es un concepto enraizado en la tradición aristotélica que se refiere a los criterios con los cuales el Estado y la sociedad reparten lo que se considera el "bien común": así, cada quien recibiría lo que se merece. La justicia sanitaria es la aplicación de la justicia distributiva al campo de la salud. Pero tanto la definición de qué es lo que cada quien merece como la de los criterios de asignación pasan por la valoración social de lo justo y por el debate político. Mario Hernández²⁹ menciona cuatro corrientes en la filosofía política de occidente que se han ocupado de la justicia distributiva: el naturalismo, el liberalismo, el socialismo y la socialdemocracia.

§ La *estrategia de focalización* —centro de la nueva política social implantada con el proceso de reforma del Estado— consiste en identificar y seleccionar de entre la población pobre, mediante instrumentos y criterios establecidos por los gobiernos nacionales, a los extremadamente pobres para concentrar allí la inversión social. En el caso de salud, para definir quiénes reciben servicios de salud subsidiados por el Estado.

- *Indivisibilidad e interdependencia*, que suponen el reconocimiento en la práctica de la salud como componente del bienestar-integralidad de las políticas sociales y en el disfrute de otros derechos sociales.
- *Dimensión individual y colectiva*, porque la salud individual depende y afecta a otros, y porque la prestación de servicios debe garantizar la asistencia individual y la salubridad pública.
- *Progresividad e irreversibilidad*, que implican una inversión estatal sistemática en la vía de la universalidad y el no retroceso en los logros alcanzados.
- *Irrenunciabilidad*, porque ningún ser humano puede renunciar a sus derechos fundamentales y ninguna organización social puede arrebatárselos.
- *Gratuidad*, asumida como la no sujeción a restricciones económicas para el acceso y la equidad, basada en el principio de justicia distributiva de "a cada cual según su necesidad y de cada quien según su capacidad".
- *Contenido*: los FDDBS y el CME como un piso —no un techo— en el alcance, contenido y características de los servicios, por debajo del cual la trasgresión del Estado significaría inconstitucionalidad.
- *Provisión de recursos jurídicos*, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el cumplimiento de ese derecho.

Aquí el derecho a la salud se considera indisoluble e interdependiente de los derechos civiles y políticos y se fundamenta en la igualdad en la dignidad humana y en la calidad de vida.¹⁸ Su realización universal se basa en un principio de justicia socialdemócrata de "dar a cada cual según su necesidad y recibir de cada quien según su capacidad",⁴⁰ por eso, implica una redistribución de la riqueza como eje articulador del Estado social y democrático de derecho, cuyas características centrales son precisamente la realización de los derechos sociales y la participación ciudadana en la deliberación y en las decisiones de política pública.

Es así como el contenido del derecho a la salud se explica por su vínculo con el modelo de desarrollo, el cual, a su vez, va configurando un tipo de Estado y de política social sustentados en una concepción de justicia distributiva. Esa compleja red de relaciones no ha sido unívoca en la construcción del derecho a la salud en las dos últimas décadas en América latina. Como bien lo señala Almeida,⁴¹ en muchos países de la región el proceso de reforma transcurre en simultaneidad con transiciones políticas democráticas. Esto explica el surgimiento y la recomposición de actores y movimientos sociales que se inscriben en cada una de las tendencias señaladas: la de la reforma o la de la defensa del derecho a la salud como derecho fundamental. Develar esa trama de relaciones permite comprender de dónde vienen los cambios y el alcance de las propuestas que podrían impulsarse en distintos espacios sociales.

El Estado social de derecho como escenario de realización de los derechos sociales

Aquí se presenta una definición del Estado social de derecho (ESD) y se sustenta su conveniencia para la realización de los derechos sociales en dos argumentos: en la incapacidad del Estado de bienestar en América latina para la universalización de los derechos sociales, y una falencia de aquel, cual es la ausencia de una teoría de los derechos sociales y de una estructura institucional y de garantías jurídicas para su realización.

Según Uprimy,⁴² el Estado social de derecho proviene de una matriz ideológica y política llena de tensiones porque es el resultado contradictorio de tres tradiciones diversas: la liberal, que recoge las aspiraciones del Estado de derecho clásico del siglo XIX (control constitucional y división de poderes para limitar el poder del Estado y garantizar la libertad individual, la ley al servicio de la libertad); la democrática, basada en la soberanía popular y en la voluntad mayoritaria, en la cual la libertad es la participación en los destinos colectivos del orden político, y, finalmente, la del Estado social, sustentada en una base material provista por el Estado y abierta a la acción pública para garantizar un nivel de igualdad social para todos los asociados, pues aquí la libertad y la democracia derivan de prestaciones por parte del Estado. Arango plantea, como su característica central, la realización de los derechos fundamentales, y esto implica un papel activo —económico, jurídico e institucional— del Estado para garantizar los derechos sociales con el estatuto de derechos fundamentales, sustentado en un respaldo normativo; y esa es la diferencia con el Estado de bienestar.⁴³

Uno de los argumentos para justificar el proceso de reforma del Estado ha sido la crítica a la ineficiencia del Estado de bienestar, entre otras razones, por su incapacidad para universalizar niveles de calidad de vida compatibles con el bienestar de algunos grupos de la población.¹³ En América latina, sin embargo, esa realidad tuvo dos caras: por un lado, una institucionalidad estatal frágil y atravesada, en la satisfacción de las demandas sociales, por el clientelismo, una política social secundaria respecto al conjunto de la acción estatal y una sociedad civil en algunos casos fragmentada, pese a las variaciones entre países.^{44, 45} Esas características estructurales configuraron una estructura institucional y política inequitativa que excluyó o segmentó a amplios grupos de la población del acceso al empleo, a la seguridad social, a los sistemas de bienestar y de protección social y a las oportunidades de participación ciudadana.

Por otra parte, en ese mismo escenario la acción estatal logró una política social articulada a una estructura institucional, al aumento del gasto público en sectores sociales y productivos, a la redistribución de ingreso y al mejoramiento en las condiciones de vida de algunos sectores de la pobla-

ción más pobre. Si bien estos logros no cambiaron las características estructurales antes descritas y la política social obedió más al objetivo macroeconómico de superar la crisis del capitalismo que al de la universalidad del bienestar; se reconocen avances en el desarrollo social, expresados en indicadores de calidad de vida.⁴⁵ No obstante, estos logros fueron insuficientes y precarios y no resolvieron la iniquidad socioeconómica y sanitaria que estructuralmente ha acompañado el desarrollo en América latina. La desigual integración social, la exclusión de una parte de la población del acceso al bienestar y la fragilidad de la democracia no favorecieron la creación o el fortalecimiento de una conciencia ciudadana acerca de la titularidad y universalidad de los derechos sociales. Sobre esas configuraciones sociopolíticas ya instauradas en el continente y que tuvieron su expresión en salud, se pondrían en marcha, desde los años ochentas, los procesos de globalización económica, reforma del Estado y reforma a la salud.

Un segundo argumento para sustentar la necesidad del Estado social de derecho como escenario de realización de los DESC es la tesis, ampliamente sustentada por diversos autores en el campo del derecho, la economía y la filosofía,⁴⁶⁻⁴⁸ acerca de la ausencia de una teoría y de una institucionalidad específica para los derechos sociales durante el Estado de bienestar. Aunque los argumentos de cada uno toman vertientes o énfasis diferentes, coinciden en varios planteamientos acerca de cómo sería ese ESD: es posible desarrollarlo en una economía de mercado; su eje articulador es la justicia distributiva para igualar los niveles de bienestar que no se resuelven en el mercado, como lo han demostrado la evidencia empírica y algunos enfoques de teoría económica,* por eso, otro de sus ejes es la intervención estatal sistemática y estratégica, y, finalmente, requiere una institucionalidad democrática y que garantice específicamente los derechos sociales.

Algunos afirman además que el ESD es contrario a la forma de acumulación capitalista vigente y, pese a los lineamientos ya enunciados, es un proyecto factible pero también por construir, en un escenario donde la dimensión económica de la globalización es más fuerte y contundente que su eventual vertiente social.^{49,50} Además, aunque varias propuestas distributivas ya se han puesto en marcha con buenos resultados en países del Tercer Mundo, la justicia social mundial es un reto de una gran complejidad política y económica y una tarea de largo aliento, por eso algunos plantean que aún es un terreno donde nada está dicho ni escrito definitivamente.⁴⁸

Con base en estos argumentos, resulta importante destacar tres aspectos:

- Si el Estado de bienestar no desarrolló una "teoría política del Estado social de derecho" ni una estructura institu-

cional de garantías jurídicas para los derechos sociales, pero los satisfizo de alguna manera y, en esa interacción, jugó un papel la movilización social de los grupos con mayor capacidad de presión política,⁵¹ eso significa que hay un espacio para alimentar los sistemas jurídicos nacionales con la investigación teórica y empírica en derechos sociales, y en ese terreno, la fundamentación de su dimensión colectiva, de la interdependencia y la indivisibilidad —no solo entre DCP y DESC, sino entre los mismos contenidos de un derecho como el de salud y la construcción de indicadores para evaluar la progresividad— son algunos ejemplos de temas estratégicos que podrían contribuir a una teoría y a una identidad específica de los derechos sociales.

- En el contexto de la globalización económica, los Estados nacionales no desaparecen, pero de hecho, su soberanía es "declinante". Un ejemplo claro lo constituyen los procesos de reforma del Estado y de reforma a la salud puestos en marcha en las últimas décadas con la agenda del Banco Mundial y esto explica la similitud de resultados en el continente; pero, también, la configuración de factores históricos y de actores sociopolíticos permite entender las diferencias. Esta situación plantea un doble reto: en el plano nacional, la construcción del Estado como ESD con un fuerte componente redistributivo estratégico para financiar la realización universal de los derechos sociales y, en el internacional, la acción para incidir en la globalización de contenidos, garantías y justiciabilidad de los derechos sociales y hacer efectiva la cooperación internacional en términos de justicia social mundial. En esa última vía, van algunas propuestas jurídicas mencionadas aquí: una Constitución Social Mundial, un Tribunal Social Internacional, la universalidad de un núcleo irreducible de derechos sociales y la figura de la tutela y la defensoría —ambas colectivas— y otras propuestas de redistribución mundial de la riqueza que graven las grandes transacciones financieras internacionales, los capitales especulativos y la contaminación del medio ambiente.*
- Un consenso entre los proponentes del ESD es su carácter democrático. Norberto Bobbio⁵² afirma que "para bien o para mal, Estado social y democracia son inescindibles no, solo histórica sino también estructuralmente". En sociedades pobres hay profundas restricciones para la participación en la deliberación pública y para la creación de ciudadanía (en términos de conciencia de titularidad y exigibilidad de derechos y de sus correspondientes obligaciones públicas) porque no hay una base material para hacerlo. Esta es una sólida sustentación para la interde-

* Algunas de estas propuestas se han gestado en los Foros Sociales Mundiales realizados en Brasil y en la India. Este es un escenario en el que se busca construir una globalización alternativa.

* Como los trabajos de Amartya Sen y Joseph Stiglitz.

pendencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos y para la realización de los derechos sociales. Sin embargo, es precisamente allí donde cabe la responsabilidad social a actores progresistas y democráticos y a los defensores de derechos humanos para ir construyendo obligatoriedad jurídica y conciencia ciudadana desde la acción social y política.

En consecuencia, el ESD como escenario de realización de los derechos sociales tiene dos espacios simultáneos de acción política y de concreción jurídica: uno, en el Estado nacional y otro, en el ámbito de la justicia social internacional.

Conclusiones

- La globalización como proceso de interdependencia y conexión del mundo no es nueva: desde el siglo XVI, las guerras, los viajes, las migraciones, el comercio, el desarrollo del capitalismo y la difusión de conocimientos han cumplido ese papel. Lo novedoso son los desiguales procesos de integración y dependencia progresiva y de pérdida de poder de las economías nacionales frente al mercado, a las entidades de calificación de deuda y a los circuitos financieros internacionales, cuyo resultado ha sido un aumento sin precedentes de la concentración de la riqueza y de la pobreza y la miseria en el mundo.⁵³ Es ese proceso, construido sobre la inequitativa inserción de los países más pobres en el mercado mundial y sobre el sufrimiento y el despojo de muchos seres humanos, el que caracteriza la globalización económica y es también el escenario más determinante sobre el cual transcurren los cambios en el alcance y contenido de los derechos sociales. Pero la globalización también puede construirse como una oportunidad para la justicia social mundial.
- Simultáneamente se han venido generando, desde hace unos años, espacios de discusión y movilización mundial y elaborando propuestas teóricas, económicas y políticas para la redistribución mundial de la riqueza, la cooperación internacional y la responsabilidad social. En escenario alterno, el debate, la producción teórica y la búsqueda de garantías jurídicas mundiales para los derechos sociales empiezan a ganar espacio. Por eso, las tareas académicas y políticas son importantes para crear y fortalecer la conciencia y responsabilidad de la sociedad civil y para ir generando obligatoriedad jurídica, teniendo como horizonte ético y político el hecho de que la realización de los derechos colectivos sea una tarea prioritaria en la agenda de "otra globalización posible", que su violación y aplazamiento produzcan en la conciencia colectiva la misma indignación y acción política que genera la violación de los derechos civiles y políticos y, en el ordenamiento jurídico, igual estatuto de justiciabilidad.
- En ese sentido, la difusión, la búsqueda de respaldo y el avance sobre las propuestas mencionadas aquí es una res-

ponsabilidad de las organizaciones sociales y de los defensores de derechos humanos: en el corto plazo, algunas tareas son la adopción de un protocolo facultativo para el PIDESC; la definición constitucional de un núcleo universal e irreductible de derechos sociales concebido como piso y no como techo; el avance teórico en la fundamentación de la dimensión colectiva e individual de los DESC con una identidad propia, y en la construcción de conceptos como los de víctima, daño y reparación; la creación de figuras de tutela o defensoría colectiva y la sistematización y visibilización de casos de violación de derechos sociales como agravio individual y poblacional ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos para presionar la justiciabilidad. En el mediano y largo plazo están la creación de una Constitución Social Mundial y de un Tribunal Social Internacional. El avance en estas tareas lo sería también para construir la salud como derecho humano fundamental.

- En los ámbitos nacionales, la situación actual del derecho a la salud en el continente, en el contexto de la reforma, plantea otros retos; el más estratégico es la puesta en marcha del Estado social de derecho, que puede avanzar aún en medio de la profundización del modelo de desarrollo neoliberal por la vía jurídica*. Una vía para hacerlo es la sistematización y denuncia de los casos de violación al derecho a la salud, utilizando tanto el derecho nacional como el internacional para generar jurisprudencia y presionar la obligatoriedad jurídica. Otro reto es el de la elaboración teórica: prácticamente está todo por hacer en cuanto a la sustentación de la dimensión colectiva del derecho a la salud y a la definición de los conceptos de víctima, daño, reparación y evitabilidad futura del daño, que pueden abordarse también desde la investigación empírica.
- La equidad en salud es teórica y políticamente un tema estratégico; el discurso y las propuestas para disminuir las iniquidades sociosanitarias se han vaciado de contenido ético-político, reduciéndolas a microestrategias o a un problema técnico de diseño de políticas, sin abordar la dimensión de la justicia sanitaria, que es el núcleo duro del derecho a la salud como derecho humano fundamental. Se trata de recuperar la perspectiva teórica e investigativa de la equidad como un asunto fundamentalmente de justicia distributiva.
- La salud pública, como campo del conocimiento, tiene entonces el reto de generar o fortalecer la formación teó-

* El Estado social de derecho puede ponerse en marcha por la vía jurídica, por la política o por la económica. La experiencia colombiana con la Constitución Política de 1991, en la cual se establece una estructura de derechos fundamentales articulada a la acción de tutela para su justiciabilidad, es una demostración de garantías judiciales de protección a algunos derechos sociales, en un contexto económico y político adverso a la realización de esos derechos.

rica e investigativa en el complejo campo del derecho a la salud. Se trata de darle rigor teórico —articulándolo a la comprensión de los contextos, de la matriz epistemológica y al modelo de desarrollo— a un tema que con frecuencia se ha trabajado como bandera ideológica. Los efectos de la reforma en América latina ponen de presente que no es posible avanzar en la garantía universal del derecho a la salud si no hay una sustitución del modelo de desarrollo actual por otro articulado en torno al Estado social de derecho y a la responsabilidad mundial en la construcción de la justicia social. En un plano más singular, puede impulsarse la propuesta de la gratuidad en el acceso a la asistencia sanitaria integral para quienes carecen de recursos económicos, financiada con reformas tributarias progresivas que graven los altos ingresos, la renta y las transacciones financieras de los grandes capitales.

Finalmente quedan interrogantes: ¿por qué el derecho internacional privilegia la mirada "desde arriba", es decir, desde el Estado y los actores políticos y económicos dominantes? ¿Cuál ha sido o podría ser el papel de los movimientos sociales de sectores sin poder en la construcción del derecho "desde abajo"? Estas preguntas requieren creatividad analítica e instrumental para enriquecer el estudio convencional del derecho internacional y esta puede ser una línea sugerente para futuros trabajos sobre derechos sociales y derecho a la salud que permitiría mirar el tema desde la otra orilla.

Anexo

Explicación de términos

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es la principal herramienta del derecho internacional de los derechos humanos sociales, promovida por la ONU en el marco de los Estados de bienestar, pero también de la guerra fría. El cumplimiento del PIDESC es supervisado por el Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales, que en su artículo 12 define los compromisos estatales para "el disfrute universal del más alto nivel posible de salud física y mental", y traduce esa formulación en contenidos y propósitos más concretos respecto a la mortalidad y morbilidad infantil, la higiene del trabajo, la protección del medio ambiente, la prevención de las enfermedades y la asistencia médica (tabla 1).

Puede pasar un tiempo entre la formulación de un pacto y su entrada en vigor o entre esta y su fuerza vinculante. El PIDESC fue formulado en 1966, pero solo 10 años después —en 1976— entró en vigor y desde 1990 se ha intentado acordar internacionalmente un protocolo facultativo para darle más fuerza vinculante internacional al cumplimiento de los derechos sociales por los Estados partes, atendiendo al reconocimiento de que es muy poco lo que ha hecho la comunidad internacional y porque una de las críticas al Pacto es

que, si bien su aplicación se debe hacer mediante la legislación interna de cada país y el derecho internacional en la materia es tan sólo subsidiario o complementario del nacional, también se pide que "se adopten medidas" cuando haya contradicción entre las obligaciones del Pacto y la legislación interna.

Estados partes. Son los estados firmantes o que acogen un pacto internacional. En el derecho internacional de los derechos humanos existen dos pactos: el de derechos civiles y políticos (PIDCP) y el de derechos sociales (PIDESC). Un pacto entra formalmente en vigencia solo cuando es ratificado, por ejemplo: Estados Unidos firmó ambos pactos pero no los ratificó. También puede ocurrir que los ratifique pero los incumpla porque, en la práctica, la realización de los DESC está sujeta a la progresividad y a la disponibilidad de los recursos estatales, así el marco jurídico establezca obligaciones formales para los Estados partes, como el carácter inmediato de la progresividad y la destinación del máximo de recursos disponibles, aún en situación de crisis económica.

En el caso del PIDESC, son 135 Estados partes los que formalmente estarían obligados a poner en marcha las obligaciones contenidas en aquel y, en la práctica, a presentar informes quinquenales ante el Comité DESC de la ONU sobre la situación de los derechos sociales.

Observación General. Son interpretaciones de las disposiciones del PIDESC y sirven para darles contenido a los derechos sociales. Para el caso de salud, la Observación general N.º 14, sobre "el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", de agosto de 2000, establece las obligaciones estatales (tabla 2), de acuerdo con las directrices contenidas en el artículo 12 de dicho pacto, para determinar el alcance y contenido del derecho a la salud.

Otras Observaciones Generales relevantes para los derechos sociales son, por ejemplo, la OG N.º 3, de 1991, sobre "la índole de las obligaciones de los Estados partes" del PIDESC y la OG N.º 9, de 1998, para la aplicación interna del PIDESC.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC). Es el organismo de la ONU para la promoción y vigilancia del cumplimiento del PIDESC (tabla 3), fue creado en 1985 y entró en vigor en 1996. Está conformado por expertos independientes y voluntarios y sesiona dos veces al año en Ginebra (Suiza). Hace seguimiento al cumplimiento del PIDESC mediante los informes quinquenales presentados por los Estados partes. En sus sesiones pueden participar, además, las organizaciones de la sociedad civil de cada país.

Aunque se reconoce que el Comité es la única instancia de la ONU dedicada a promover los derechos y que ha jugado un papel importante en las cumbres y conferencias sociales mundiales, en los pronunciamientos y en la creación de opinión pública internacional frente a la incompatibilidad de la globalización económica con la realización de los DESC, una de sus limitaciones más contundentes es que no existe un

mecanismo en el sistema de Naciones Unidas para presentar denuncias por violaciones a los derechos reconocidos en el PIDESC. Esta limitación es precisamente una de las razones para promover, a partir de 1990, la formulación de un protocolo facultativo para los DESC.

Otro argumento es que en el marco de los informes quinquenales presentados ante el Comité DESC, después de escuchar a las organizaciones y al Estado —en un procedimiento denominado diálogo constructivo—, las recomendaciones se adoptan por consenso y eso baja las exigencias porque se pasa así al terreno diplomático.

Protocolo Facultativo para los DESC. Esta iniciativa, promovida por la misma ONU desde 1990, busca facultar al Comité DESC para examinar denuncias de los particulares, producir jurisprudencia, avanzar en la exigibilidad y ordenar medidas de reparación internacional a las víctimas en las violaciones a los DESC (tabla 3), lo cual no es posible con el alcance del ordenamiento actual. En otras palabras, busca “ponerle dientes” al PIDESC y a la propia labor del Comité para ir disminuyendo la asimetría frente al poder de los organismos financieros internacionales.

Para el efecto, en 1990 se empezó a estudiar un proyecto de protocolo facultativo, que a los tres años se distribuyó a Estados partes y a organizaciones sociales, solicitando sus comentarios, y se estableció un grupo de trabajo abierto al cual pueden acudir también las organizaciones no gubernamentales y la academia. Sin embargo, hoy día, 15 años después de esta iniciativa, no se ha concretado un avance sustancial porque hay un gran temor de los Estados, en especial de los de los países desarrollados, a la justiciabilidad de los derechos sociales, a que las demandas superen la capacidad económica de los Estados y a que se haga efectiva la obligación de cooperación internacional, establecida en el PIDESC.⁴

El argumento principal es entonces de conveniencia política porque, para hacer efectivos y universales los DESC en los países subdesarrollados, se requeriría la redistribución de las prioridades de gasto en la vía la obligatoriedad real de la cooperación internacional por parte de los países desarrollados, que argumentan que ellos no estarían dispuestos a asumir la carga de esa deuda social. A pesar de esa asimetría, algunos representantes gubernamentales se han mostrado a favor de un protocolo —es el caso de México— y han promovido esta idea en un contexto polarizado.⁴

La suerte del protocolo facultativo se decidirá en febrero del 2006 en uno de estos tres escenarios: la renovación del período del grupo de trabajo abierto con inclusión también de la opción de no al protocolo; la no renovación de ese mandato y, por tanto, la pérdida de lo realizado en los dos últimos, período en el cual ha habido más discusión; y, finalmente, la autorización para que en el grupo de trabajo se elabore un borrador del protocolo. Aún en éste último escenario —el más favorable por cierto— tardaría una década la formulación y adopción de un protocolo definitivo.⁴ En cuanto

a la parte procedimental, deberá contener un sistema de investigación de oficio a petición de la parte y reforzar los mecanismos de supervisión. Estos elementos contribuirían a ir homologando los dos pactos.

Mecanismo extraconvencional para la vigilancia de los DESC: los relatores especiales. Surgió en los años setentas como un procedimiento informal, en el marco de los mecanismos de supervisión y promoción de los derechos humanos derivados de la Carta de la ONU (tabla 3). La figura de los relatores especiales solo se hizo operativa en 1998; estos pueden ser designados por temas o por países. En el 2000 se creó la relatoría especial para salud.

En general, su trabajo consiste en recibir y buscar información y realizar visitas a los países —por solicitud de estos o de las organizaciones sociales— para documentar y constatar violaciones sistemáticas al derecho social en cuestión y recibir peticiones individuales. La debilidad es que este es un mecanismo más accesible pero es informal; la ventaja es que puede ser utilizado por países que no hayan ratificado el PIDESC y que los relatores especiales han contribuido a darles contenido a los derechos sociales⁴ y que se pueden constituir en un mecanismo de presión.

Los dos pactos de derechos. El proceso de internacionalización de los derechos humanos mediante pactos vinculantes ocurrió en el contexto de la Guerra Fría. En 1952 se decidió trabajar dos pactos: uno para los derechos civiles y políticos y otro para los derechos sociales, a pesar de la posición de los países de América latina, que abogaban por un pacto único que efectivamente concediera igual estatuto —el de derechos humanos— y protección a todo el conjunto de derecho.

Esta escisión obedeció a razones ideológicas —el enfrentamiento entre capitalismo y socialismo—, a la concepción de que los DCP generan obligaciones negativas para los Estados, mientras que los DESC generan obligaciones positivas. Aunque posteriormente este último argumento ha sido ampliamente desvirtuado por los defensores de los derechos sociales, en ese entonces se formularon dos pactos en medio de las tensiones de la Guerra Fría y se decidió dejar su adopción a discreción de los Estados. Desde allí, la tendencia dominante ha sido la de considerar que los DESC no son propiamente derechos humanos sino aspiraciones sujetas a la capacidad económica de los Estados. Esta es, también, una de las razones por la que los DESC han estado marginados, tanto en la producción de doctrina y en la sustentación teórica como en la acción de las ONG. Históricamente, han sido los DCP los que han estado más presentes en la cultura jurídica.⁴

Referencias

1. Bustelo E, Menujin A. Política social e igualdad. En: Bustelo E, Menujin A. (eds). Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes. Bogotá: Santillana; 1998. p. 72.

2. Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: ONU; 1966.
3. Carbonell M. Panel: La naturaleza de los derechos económicos, sociales y culturales y las obligaciones internacionales para su cumplimiento por parte de los Estados. En: Seminario Internacional los Derechos Económicos, Sociales y Culturales; México. D. F. 18-19 de agosto de 2005.
4. Sepúlveda M. Panel: Mecanismos de exigibilidad de los DESC ante los órganos internacionales de protección y organismos multilaterales financieros y de comercio (Naciones Unidas-Sistema Interamericano-Sistema Europeo-Banco Mundial). En: Seminario Internacional los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Op. cit.*
5. Arango R. Presentación. En: Dasgupta P. Libertad positiva, mercados y Estado de bienestar. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2004. p 8-11. (Estudios de Filosofía y Derecho, N.º 7).
6. Curtis C. Panel: La justiciabilidad de los DESC en América latina: experiencias comparadas. En: Seminario Internacional los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Op. cit.*
7. Rabossi E. Globalización y derechos económicos. En: Universidad de Antioquia. Instituto de Filosofía e Instituto de Estudios Políticos. Simposio Internacional Justicia Global, Pobreza Mundial y Política Transnacional; Medellín 12-14 de septiembre de 2005.
8. De Souza B. Los derechos humanos y el Foro Social Mundial. En: Foro Social Mundial; Porto Alegre, Brasil, 31 de enero al 5 de febrero de 2002.
9. Arango R. Constitucionalismo, Estado social de derecho y realización integral de los derechos. En: Derechos, constitucionalismo y democracia. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2004. p. 59-93
10. Uprimny R. Constitución de 1991, Estado social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. En: Seminario Balance de los DESC a 10 años de la Constitución de 1991; Medellín, agosto de 2001.
11. Arango R. Presentación. *Op. cit.* p. 9.
12. Dasgupta P. Libertad positiva, mercados y Estado de bienestar. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2004. p 8-11. (Estudios de Filosofía y Derecho, N.º 7).
13. Laurell AC. La Reforma contra la salud y la seguridad social. México, D. F.: Ediciones Era, Fundación Friedrich Ebert; 1997. p. 13-19.
14. Laurell AC, Arellano OL. Market commodities and poor relief: The World Bank proposal for health. *Int J Health Serv* 1996;26(1):1-18. p 2-3.
15. Almeida C. Reforma del Estado y reforma de sistemas de salud. *Cuad Med Social* 2001;79(1):27-58.
16. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública* 2002;18(4):905-925.
17. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Op. cit.* p. 921.
18. Programa Venezolano de Educación-acción en Derechos Humanos (PROVEA). La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud. En: Currea V, Hernández M, Paredes N. PROVEA. La salud está grave. Una visión desde los derechos humanos. Bogotá: Plataforma Colombiana de Derechos Humanos; 2000. p 27-132.
19. Parra O. El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2003.
20. Psacharopoulos W, Morley S, Fiszbein A, Lee H, Wood B. Poverty and income distribution in Latin America: the story of the 1980s. Washington, D.C: Banco Mundial; 1993.
21. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Op. cit.* p. 909-910.
22. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Equidad, desarrollo y ciudadanía. Santiago de Chile: CEPAL; 2002.
23. Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. En: Abramovich V, Añón MJ, Curtis C. (comp.). Derechos sociales, instrucciones de uso. México, D. F.: Fontamara; 2003. p. 341-383.
24. Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* 355-358.
25. Rossi J. Exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. En: Beuren I, Soto O. (eds.). Derechos humanos y globalización alternativa: una perspectiva iberoamericana. México D. F.; Universidad Iberoamericana Puebla; 2004. p. 61-100.
26. Programa Venezolano de Educación-acción en Derechos Humanos (PROVEA). La salud como derecho, Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud. *Op. cit.* 79-82.
27. Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* p. 346.
28. Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* p. 354
29. R Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* p. 362.
30. R Rossi J. Mecanismos internacionales de protección de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* p. 361-364.

31. Melish T. Panel: Mecanismos de exigibilidad de los DESC ante los órganos internacionales de protección y organismos multilaterales financieros y de comercio (Naciones Unidas-Sistema Interamericano-Sistema Europeo-Banco Mundial). *Op. cit.*
32. Arango R. Constitucionalismo, Estado social de derecho y realización integral de los derechos. *Op. cit.* p. 86-88.
33. Rossi J. Exigibilidad y justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. *Op. cit.* p. 67, 90.
34. Programa Venezolano de Educación-acción en Derechos Humanos (PROVEA). La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud. *Op. cit.* p. 61.
35. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Op. cit.* 914-918.
36. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Op. cit.* p. 919-921.
37. Hernández M. Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. Cartilla Segur Soc 1997;2:60-76.
38. Vega R. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Rev Gerencia Polit Salud* 2002; 2:55.
39. Hernández M. Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. *Op. cit.* p. 62.
40. Hernández M. Preguntas a las bases morales de la reforma a la seguridad social en Colombia. *Op. cit.* p. 64.
41. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Op. cit.* p. 907.
42. Uprimny R. Constitución de 1991, Estado Social y Derechos Humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. *Op. cit.* p. 6.
43. Arango R. La naturaleza de los derechos económicos, sociales y culturales y las obligaciones internacionales para su cumplimiento por parte de los Estados. *Op. cit.*
44. Sarmiento L. El paquete social del neoliberalismo. *Rev Foro* 1993;20:6-18.
45. Sunkel O. Auge, crisis y renovación del Estado. Una perspectiva de largo plazo. *Rev Foro* 1993;20:77-94.
46. Ferrajoli L. Estado social y Estado de derecho. En: Abramovich V, Añón MJ, Courtis C. (comp.). *Op. cit.*
47. Dasgupta P. Libertad positiva, mercados y Estado de bienestar. *Op. cit.*
48. Arango R. Presentación. En: Dasgupta P. *Op. cit.*
49. Ferrajoli L. Estado social y Estado de derecho. *Op. cit.* p. 20-21.
50. Uprimny R. Constitución de 1991, Estado Social y derechos humanos: promesas incumplidas, diagnósticos y perspectivas. *Op. cit.* p. 10.
51. Ferrajoli L. Estado social y Estado de derecho *Op. cit.* p. 12.
52. Ferrajoli L. Estado social y Estado de derecho *Op. cit.* p. 18.
53. Yepes A. La globalización y la exigibilidad de los derechos humanos. En: Moncayo HL. (ed.). *Lecturas sobre globalización, banca multilateral y participación.* Bogotá: Anthropos; 2002. p. 17-45.
54. González E. El derecho a la salud. En: Abramovich V, Añón MJ, Courtis C. (comp.). *Op. cit.* p. 169.
55. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH). [Sitio en internet]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/spanish/about/index.htm>. Consultado: junio de 2005.
56. Programa Venezolano de Educación-acción en Derechos Humanos (PROVEA). La salud como derecho. Marco nacional e internacional de protección al derecho humano a la salud. *Op. cit.* p. 36-37.
57. ConectaSur: un portal para los derechos humanos en el Sur. Acceso a los mecanismos extraconvencionales de protección de los derechos humanos. Documento preparado para el mes de la ONU. [Sitio en internet]. Disponible en: www.conectasur.org/files/mecextraesp.pdf. Consultado: sep de esos derechos.