

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo: la calidad en los servicios de salud a partir de *Poblete Vilches vs. Chile*

Pedro A. Villarreal*

1. INTRODUCCIÓN

En la medida en que las necesidades de salud de la sociedad están sujetas a una constante transformación, las obligaciones derivadas del derecho a la salud deben mantenerse a la par. Por un lado, los contenidos de este derecho necesitan adaptarse también a los cambios tecnológicos en el ámbito de la medicina y en el de la salud pública. Pero, por otro lado, a pesar de los notables avances científicos desde el surgimiento formal de las obligaciones del Estado frente a la salud de la población —o quizá debido a ellos—, los obstáculos para la obtención del “más alto nivel posible de salud”, conforme al Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han ido de la mano de la llamada transición epidemiológica, conforme a la cual la población pasó de una mayor incidencia de enfermedades infectocontagiosas, a una creciente prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas.¹

* Investigador del Instituto Max Planck de Derecho Público Comparado y Derecho Internacional. Algunos pasajes de este capítulo han sido tomados de la tesis doctoral del autor, sustentada en la UNAM.

¹ Gómez-Dantés, Octavio *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011, p. 222.

PEDRO A. VILLARREAL

La reciente sentencia emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en el caso *Poblete Vilches vs. Chile*² es un reflejo de estas circunstancias. A lo largo de este capítulo se arguye que el camino que se debe recorrer para la cabal satisfacción del derecho a la salud transita inevitablemente por su dimensión colectiva. Ello también se desprende del contenido de la observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), que se erige como una interpretación autoritativa, si bien legalmente no vinculante, del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Lo anterior permite precisar, con mayor detalle, cuáles son las obligaciones de los Estados, tanto desde su dimensión individual como desde su dimensión colectiva. Entre los que conforman a esta última se encuentran los distintos elementos que deben presentar los servicios de salud, y en estas líneas se subraya el de la *calidad* como un factor *sine qua non*.

A raíz de lo anterior, esta contribución se centra en el derecho a la salud en su vertiente tanto internacional, a partir del artículo 12 del PIDESC, como regional latinoamericana, particularmente a partir del contenido del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH). Aun cuando este último instrumento no prevé el derecho a la salud de manera explícita,³ la sentencia dictada recientemente en el caso *Poblete Vilches vs Chile* ante la Corte IDH da un salto en este sentido, al alejarse de casos previos en los que se adoptaba el llamado “enfoque indirecto”, consistente en la protección a través de la

² Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C, núm. 349. Para una exposición de los hechos de este caso, véase también en este volumen Liliana Ronconi, “Después de mucho andar, los DESC traspasaron las puertas de la Corte IDH y llegaron, ¿para quedarse?”.

³ Por el contrario, este derecho se encuentra previsto a nivel regional en el artículo 10 del Primer Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador”, que entró en vigor en 1999. Sin embargo, al no haber ratificado Chile dicho Protocolo, la Corte IDH no aplicó su contenido en la sentencia del caso *Poblete Vilches vs. Chile*.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

invocación del derecho a la vida (art. 4 de la CADH) y a la integridad personal (art. 5.1 de la CADH).⁴ Ahora bien, el reto que se describe en estas líneas no es en absoluto exclusivo del ámbito internacional. Por el contrario, algunos órganos jurisdiccionales nacionales en América Latina, como la Corte Constitucional de Colombia, también se han enfrentado a los retos sistémicos de los sistemas de salud a través de la emisión de sentencias estructurales que proporcionan lineamientos para las autoridades en materia de prestación de servicios médicos.⁵ Sin embargo, la amplia divergencia de los criterios de interpretación judicial a través de distintos contextos nacionales implica que, por el momento, no se puede asumir un modelo único como exportable. En ese sentido, no se puede pasar por alto la irresoluta problemática relativa al papel del juez en la tutela del derecho a la salud a nivel colectivo. El criterio de resolver problemas estructurales a través de sentencias judiciales de amplio alcance no es aceptado en todas las jurisdicciones.

Dicho esto, el presente capítulo no aporta argumentos a favor o en contra de uno u otro enfoque judicial. Más bien, el objetivo del presente trabajo estriba en proporcionar mayores elementos encaminados a delinear la dimensión colectiva del derecho a la salud en lo referente a los servicios que los Estados están obligados a proporcionar y, específicamente, en el *cómo* deben proporcionarlos. En aras de tender un puente entre los ámbitos internacional general y el regional interamericano, se abordarán, en conjunto, la observación general 14 del Comité DESC, distintas resoluciones y reportes de organismos internacionales y regionales, para, por último, ligarlos a algunos de los argumentos vertidos en las sentencias de la Corte IDH en los casos *Albán*

⁴ Para mayor información sobre la adopción de este enfoque por la Corte IDH, véase Parra Vera, Óscar, “La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en Clérico, Laura; Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (eds.), *Tratado de derecho a la salud*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013, t. I, p. 762.

⁵ Véase particularmente la sentencia T-760 de 2008 emitida por la Corte Constitucional de Colombia, relacionada con la garantía del acceso a los servicios de salud para diversos sectores de la población.

PEDRO A. VILLARREAL

Cornejo y otros vs Ecuador,⁶ *Suárez Peralta vs. Ecuador*,⁷ *Ximenes Lopes vs. Brasil*⁸ y, por último, *Poblete Vilches vs. Chile*.

2. EL DERECHO A LA SALUD EN LOS ÁMBITOS INTERNACIONAL Y REGIONAL: COMPONENTES GENERALES

El derecho humano a la salud y sus distintas formulaciones en los tratados sobre derechos humanos ha sido y sigue siendo fuente de inspiración normativa y compromisos en el ámbito internacional. Recientes avances en esta temática han robustecido la meta de superar la pregunta relativa a si este derecho podía ser algo más que una aspiración programática.⁹ Este debate incluye también al resto de los DESC en general, especialmente en lo tocante al problema consistente en cómo individualizarlos.¹⁰

⁶ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C, núm. 171.

⁷ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2003. Serie C, núm. 261.

⁸ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C, núm. 149.

⁹ Algunos señalan que el derecho a la salud ha adquirido una presencia más central dentro de los debates políticos nacionales. En este sentido, véase Harrington, John y Stuttaford, Maria, "Introduction", en Harrington, John y Stuttaford, Maria (eds.), *Global Health and Human Rights*, Estados Unidos, Routledge, 2010, p. 5. Para una visión crítica de esta afirmación, véase Tobin, John, *The Right to Health in International Law*, Estados Unidos, Oxford University Press, 2012, pp. 3 y 6; sin embargo, este último autor también reconoce la creciente presencia del derecho a la salud en los respectivos debates.

¹⁰ Se ha hecho constante énfasis en superar la división entre derechos civiles y políticos, y derechos económicos, sociales y culturales. Véanse los Principios de Limburgo de 1986, relativos a la aplicación del PIDESC; asimismo, las Directrices de Maastricht sobre las Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1997, en su párr. 4. Véase también Aguilar Cavallo, Gonzalo, "¿Son los derechos sociales solo aspiraciones? Perspectivas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos", en Bogdandy, Armin von et al. (coords.), *Construcción y papel de los derechos sociales fundamentales. Hacia un ius constitutionale commune en América Latina*, México, IJ-UNAM-Max Planck Institut für ausländisches öffentliches Re-

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

La Corte IDH aludió a un “consenso regional” en cuanto a la consagración del derecho a la salud a nivel nacional.¹¹ Empero, ello deja pendiente la cuestión relativa a la aplicación de este derecho a casos particulares, pues es necesario tomar en cuenta las características de cada país en cuanto a las modalidades de provisión de servicios de salud, en el entendido de que no hay un solo “modelo ganador”. Ahora bien, el hecho de que cada país represente un contexto diferente para el ejercicio del derecho a la salud no le resta fuerza normativa, sino que más bien, es un recordatorio de por qué este derecho requiere de una implementación calibrada, dependiendo del diseño institucional elegido por cada país.¹² De este modo, ante la ausencia de “balas mágicas” (*magic bullets*)¹³ para lidiar con las deficiencias de los sistemas de salud, la problemática adquiere un talante multifactorial en el que hay intersecciones. Las siguientes líneas se centran en algunas de estas últimas, tomadas a partir de la normativa internacional y regional-interamericana, así como de diversos textos,

cht und Völkerrecht-Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional, 2011, pp. 198-199.

- ¹¹ Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C, núm. 349, párr. 113.
- ¹² Un ejemplo de un marco conceptual que pudiese servir de referencia para emprender comparaciones a lo largo de distintos sistemas de salud, es el uso de los llamados “tipos ideales”, en el sentido weberiano, que permiten extraer rasgos generales para elaborar clasificaciones. Así, la mayoría de los países de América Latina, Chile incluido, se encontrarían en un modelo estilo “bismarckiano”, en el que los servicios son financiados, en mayor o menor medida dependiendo del país, por contribuciones de empleadores y empleados a la seguridad social, y la provisión de los servicios de salud ocurre, también en mayor o menor medida, a través de entes tanto públicos como privados. Por supuesto, cabe aclarar que los tipos ideales no existen en su forma pura, sino que se trata de aproximaciones. Para mayores detalles, véase las propuestas de clasificación en Wendt, Claus; Frisina, Lorraine y Rothgang, Heinz, “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, en *Social Policy & Administration*, vol. 43, núm. 1, 2009, pp. 70 y ss.
- ¹³ La expresión es a menudo empleada en el ámbito médico para referirse a la investigación y desarrollo de nuevos productos farmacéuticos capaces de combatir una enfermedad, por lo general transmisible, de manera eficaz. Véase Fauci, Anthony S. y Morens, David M., “The Perpetual Challenge of Infectious Diseases”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 366, núm. 5, feb, 2014, pp. 454-461.

instrumentos interpretativos y directrices de carácter jurídico no vinculante.

3. BREVE SEMBLANZA DE LA NORMATIVA INTERNACIONAL EN TORNO AL DERECHO A LA SALUD

Ya sea a partir de su codificación en un instrumento jurídico, o bien si se postula su existencia con independencia de la codificación, lo cierto es que, por cuestiones pragmáticas, el origen de los derechos humanos en el ámbito internacional se remonta a su configuración o positivización en determinados instrumentos jurídicos. Por tanto, el hecho de que se citen tratados como punto de referencia para el surgimiento de un derecho no implica afirmar que solo existiría a partir de ese momento. Hecha esta aclaración, a continuación se introducen algunos de los principales instrumentos, tanto internacionales como regionales, en los que se consagra el derecho a la salud de manera explícita.

3.1. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud

El primer instrumento normativo a nivel internacional que introdujo una definición legal de salud fue la Constitución de la OMS. Su entrada en vigor, en abril de 1948, precede incluso a la emisión de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en diciembre del mismo año. Así, la entrada en vigor de la citada Constitución es un logro emblemático en lo relativo al derecho fundamental al “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”, tal como lo estipula su preámbulo.¹⁴ Sin embargo, a pesar del carácter innovador que esta definición de salud tuvo en su momento, la misma resulta imprecisa para la formulación de políticas públicas concretas, en atención a la vaguedad de su formulación.¹⁵ Por ello, el alcance de esta definición requiere ser

¹⁴ Es difícil exagerar la importancia histórica de este documento para la promoción del derecho a la salud. Véase Tobin, John, *The Right to Health in International Law...*, cit., pp. 27-30.

¹⁵ Tobar, Federico, “Salud Pública y derecho a la salud”, en Laura Clérico, Martín Aldao y Liliana Ronconi (eds.), *Tratado de derecho a la Salud...*, cit., p. 4.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

complementado por otros instrumentos que le doten de elementos más precisos.

3.2. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El surgimiento paralelo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales son una muestra de los vestigios, todavía visibles, del entorno de la Guerra Fría en medio del cual fueron discutidos y, posteriormente, entraron en vigor.

En lo que concierne al tema de esta contribución, el artículo 12 del PIDESC dota de mayor contenido normativo al derecho a la salud. Dicho artículo contempla cuatro supuestos de medidas que deberán ser implementadas a fin de atender la referida obligación. La que interesa en el presente caso es la siguiente:

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

[...]

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.¹⁶

La recepción internacional del PIDESC contribuye a ilustrar la presencia extendida del derecho a la salud,¹⁷ pues este instru-

¹⁶ Además de esta circunstancia, vale la pena recalcar que, salvo en el caso del Gobierno de la India, no se han formulado observaciones, comentarios y/o reservas al contenido del art. 12, por lo que los países firmantes han aceptado, prácticamente en su totalidad, la obligación de velar por el respeto al derecho a la salud en todas las variantes que prevé el PIDESC.

¹⁷ Para robustecer esta afirmación, se ha detectado que todos los países han suscrito al menos un tratado internacional que consagra el derecho a la salud. Véase Gostin, Lawrence y Sridhar, Devi, "Global Health and the Law", en *New England Journal of Medicine*, vol. 370, núm. 18, may, 2014, p. 1736.

PEDRO A. VILLARREAL

mento, a la fecha, ha sido ratificado por 167 países,¹⁸ entre los que se encuentran todos los pertenecientes al Sistema Interamericano de Derechos Humanos.¹⁹ Tal como se advierte del texto apenas transcrito, una de las obligaciones de los Estados derivada del derecho a la salud en este Pacto es la de proporcionar asistencia y servicios médicos para todos, sin distinción. De este modo, el PIDESC esclarece en mayor medida la dimensión positiva de este derecho, pues indica ejemplos de actividades que estarán a cargo de los Estados. Esta aportación no es baladí, sobre todo si se le compara con el marco más vago proporcionado por la Constitución de la OMS.²⁰

3.3. Derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Anteriormente, y hasta épocas muy recientes, el artículo 26 de la CADH carecía de aplicación directa en los casos contenciosos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos,²¹ por lo que,

¹⁸ Así se advierte de la página web oficial de las Naciones Unidas, en https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsq_no=IV-3&chapter=4&lang=en

¹⁹ El PIDESC ha sido citado en Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C, núm. 349, particularmente en los párrs. 114, 120-122.

²⁰ De hecho, un análisis de la creación del proyecto del art. 12 del PIDESC muestra que la redacción de este artículo estuvo orientada por un afán de expandir el contenido del derecho a la salud, a partir de su consagración inicial en la Constitución de la OMS. Véase Mason Meier, Benjamin, “Global Health Governance and the Contentious Politics of Human Rights: Mainstreaming the Right to Health for Public Health Advancement”, en *Stanford Journal of International Law*, vol. 46, núm. 1, 2010, pp. 8-25.

²¹ Esta tendencia ya se advierte en Melish, Tara J., “The Inter-American Court of Human Rights. Beyond Progressivity”, en Langford, Malcolm (ed.), *Social Rights Jurisprudence. Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008, pp. 375-376. Como ejemplo de posturas en contra de la aplicación directa del art. 26 CADH, véanse los votos concurrentes de los jueces Humberto Antonio Sierra Porto y Alberto Pérez Pérez en Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otras vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C, núm. 298.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

en términos generales, los DESC habían sido pasados por alto en casos individuales. Ello también había sido motivo de críticas, en tanto los artículos 1 y 2 de la Convención Americana no distinguen entre derechos civiles y políticos y DESC tratándose de las obligaciones para los Estados.²² Sin embargo, ya se ha señalado el giro que aconteció en el Sistema Interamericano a partir de la interpretación de la Corte IDH en el caso *Lagos del Campo vs. Perú*.²³

Además de la estipulación general del artículo 29 de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948, el derecho a la salud está previsto en el Primer Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, también conocido como “Protocolo de San Salvador”, que entró en vigor en 1999. En su artículo 10.2.a dicho Protocolo establece lo siguiente:

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

²² Véase también García Ramírez, Sergio, “Protección jurisdiccional internacional de los derechos económicos, sociales y culturales”, en *Cuestiones Constitucionales*, núm. 9, jul-dic, 2003, p. 139; asimismo, Curtis, Christian, “La protección de los derechos económicos, sociales y culturales a través del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, en Curtis, Christian; Hauser, Denise y Rodríguez Huerta, Gabriela (comps.), *Protección internacional de los derechos humanos. Nuevos desafíos*, México, Porrúa-ITAM, 2005, pp. 2-29; en el mismo sentido, la contribución de Parra Vera, Óscar, “La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema Interamericano a la luz del artículo 26 de la Convención Americana. El sentido y la promesa del caso *Lagos del Campo*”, en Ferrer Mac-Gregor, Eduardo; Morales Antoniazzi, Mariela y Flores Pantoja, Rogelio (coords.), *Inclusión, Ius Commune y justiciabilidad de los DESC en la jurisprudencia interamericana. El caso Lagos del Campo y los nuevos desafíos*, Querétaro, IECEQ, 2018, p. 194.

²³ Sin embargo, este giro no gozó de una aceptación unánime entre los jueces que debatieron la sentencia. Véase el voto parcialmente disidente del juez Humberto Antonio Sierra Porto en Corte IDH. *Caso Lagos del Campo vs. Perú*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2017, Serie C, núm. 349.

PEDRO A. VILLARREAL

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

El contenido de este precepto es similar al del diverso artículo 12 del PIDESC, con algunas variaciones que podrían considerarse menores.²⁴ La redacción del artículo no ilustra por sí misma qué es lo que distingue al Sistema Interamericano de Derechos Humanos de otros ámbitos jurídicos, como el internacional en general. Hace falta, pues, acudir a las interpretaciones que se les ha dado a los distintos preceptos en casos particulares relacionados con la observancia del derecho a la salud en el espacio latinoamericano. Aunado a ello, en el caso *Poblete Vilches vs. Chile* salta a la vista uno de los principales interrogantes en torno al Protocolo de San Salvador: La Corte IDH no hace referencia alguna a este instrumento en la sentencia, en el entendido de que Chile no lo ha ratificado y, por tanto, invocarlo para atribuir responsabilidad podría resultar en la aplicación extensiva del Protocolo a un país que ha optado de manera explícita por no suscribirlo. Al mismo tiempo, esto suscita incertidumbre respecto del valor agregado del Protocolo de San Salvador tratándose de casos individuales,²⁵ como lo es la cuestión de si generaría algún tipo de obligación autónoma en el caso del derecho a la salud. En caso de que la respuesta a esto último sea negativa, cabría cuestionar si los Estados que no han suscrito el Protocolo de San Salvador tendrían algún

²⁴ De hecho, estas similitudes generales entre el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC) y los instrumentos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos condujeron a que se planteara en el Consejo de la Organización de los Estados Americanos el interrogante de si era apropiado o no instituir el citado Sistema Interamericano, en la medida en que este coexistiría con los dos pactos. Nieto Navia, Rafael, *Introducción al Sistema Interamericano de Protección a los Derechos Humanos*, Bogotá, Editorial Temis-Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1993, p. 46.

²⁵ La primera vez que se invocó la violación a un derecho contemplado por este Protocolo (el derecho a la educación consagrado en su art. 13), si bien en vinculación con los distintos derechos a la no discriminación (art. 1.1 CADH) y de protección de los derechos el niño (art. 19 CADH), fue en Corte IDH. *Caso Gonzales Lluy y otras vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de septiembre de 2015. Serie C, núm. 298.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

tipo de incentivo, en términos de aumentar el alcance del derecho a la salud, para ratificarlo.

En otro orden de ideas, y a raíz de los problemas que surgen a partir de la amplia definición de la Constitución de la OMS, las dificultades para obtener una noción básica de “salud”, que pueda ser operativizada en el ámbito de los derechos humanos, han sido planteadas por otros autores.²⁶ Ello se encuentra en sintonía con el hecho de que no todos los elementos del derecho a la salud son de realización instantánea por parte del Estado. Su carácter progresivo, afirmado también en el artículo 26 de la CADH, conlleva precisamente que se cumplirá con este deber en la medida de las posibilidades económicas de cada Estado obligado.²⁷ Como es notorio en distintos países de América Latina, a menudo las condiciones para poder garantizar de manera efectiva el acceso a los servicios de salud no son óptimas. Así, es evidente que el derecho a la salud depende en gran medida de las posibilidades económicas que tiene cada Estado para ofrecer los distintos tipos de servicios brindados.²⁸ En ese sentido, la exigibilidad del cumplimiento de esta obligación debe necesariamente contextualizarse en cada ámbito nacional, en la medida en que no se trata de imponer cargas a los países que sean imposibles de cumplir. Los Estados podrían, de manera justificada, diferir en cuanto a sus acciones de acuerdo con los escenarios políticos divergentes, la prevalencia de diferentes enfermedades entre uno y otro país, y los recursos económicos que varían enormemente, siempre y cuando sus esfuerzos por el cumplimiento “se muevan lo más

²⁶ Toebes, Brigit, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antwerpen-Groningen-Oxford, Hart-Intersentia, 1999, pp. 281-283.

²⁷ Brena Sesma, Ingrid, “El derecho a la salud”, en Valdés, Luz María (coord.), *Derechos de los mexicanos: Introducción al derecho demográfico*, México, IJ-UNAM, 2009, p. 87; también, Ramírez, Gloria y Morales Aché, Pedro Isabel, “Organizaciones no gubernamentales frente al derecho a la protección de la salud”, en Frenk Mora, Julio; Liguori, Ana Luisa y Sepúlveda Amor, Jaime (eds.), *Salud y derechos humanos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995, p. 64; Hunt, Paul y Backman, Gunilla, “Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health”, en Clapham, Andrew *et al.* (eds.), *Realizing the Right to Health*, Ginebra, Rüffer & Rub, 2009, pp. 45-46.

²⁸ Hernández Cruz, Armando, *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su justiciabilidad en el derecho mexicano*, México, IJ-UNAM, 2010, p. 59.

PEDRO A. VILLARREAL

expedita y efectivamente posible hacia la completa realización” del derecho a la salud.²⁹

Con lo anterior, se corre el peligro de que muchos Estados sostengan que no cuentan con posibilidades económicas para emprender más programas de protección a la salud que los ya existentes. Incluso, se cuestiona si el asignar un porcentaje fijo del presupuesto nacional resuelve automáticamente el problema de la progresividad,³⁰ al garantizar un ingreso proporcional al sector salud que se ajusta de forma automática al crecimiento económico, así como a los momentos de crisis. Estas circunstancias han conducido a la formulación de múltiples argumentos en torno a las obligaciones de no regresividad en el diseño y la implementación de políticas de salud pública.³¹

4. EL ROL DE LOS ESTÁNDARES NO VINCULANTES

A la par de la normativa internacional con carácter obligatorio, se pueden también mencionar ciertos documentos que, si bien no tienen carácter legalmente vinculante, contribuyen a darle forma a las disposiciones de derechos humanos, particularmente en lo relativo a la salud. No se vislumbra por el momento una respuesta definitiva al constante interrogante respecto del estatus de resoluciones, documentos, declaraciones, directrices u otros textos emitidos por organizaciones internacionales que no derivan de las fuentes del artículo 38 del Estatuto de la Corte Internacional de Justicia. Existen propuestas sobre cómo abordarlos desde la perspectiva jurídica, y las implicaciones que ello tiene para la teoría del derecho.³² Si bien no se abundará en detalles, no se

²⁹ Mason Meier, Benjamin, “Employing Health Rights for Global Justice: The Promise of Public Health in Response to the Insalubrious Ramifications of Globalization”, en *Cornell International Law Journal*, vol. 39, 2006, pp. 736-737.

³⁰ Este problema ya se menciona en Ramírez, Gloria y Morales Aché, Pedro, *op. cit.*, p. 64.

³¹ Melish, Tara J., *op. cit.*, p. 387.

³² Abbott, Kenneth W. *et al.*, “The Concept of Legalization”, en *International Organization*, vol. 54, núm. 3, jun, 2000, p. 410; también, a este respecto,

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

puede soslayar la relevancia de este debate para la elaboración de argumentos en términos de derechos humanos.

Por el momento, y sin ánimo de favorecer una terminología general, se les referirá como estándares. Para efectos de esta contribución, ellos cumplen la función de dotar de un contenido más preciso a las obligaciones de los Estados en materia de salud. Además, en ocasiones el dinamismo requerido en la interpretación del contenido de los derechos exige una flexibilidad en la adopción de nuevos criterios, lo cual solo se logra a través de la emisión de documentos que no dilaten largos periodos en ser aprobados, como es el caso de la mayoría de los instrumentos legalmente vinculantes en el ámbito internacional.

4.1. Observación general 14 del Comité DESC

El Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), creado a partir de la Resolución 1985/17 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, tiene facultades para emitir interpretaciones autoritativas del contenido de dicho Pacto, así como para llevar a cabo funciones de supervisión de su cumplimiento. Actualmente, el Comité no solo cuenta con capacidad de interpretación, sino que ya es competente para recibir denuncias individuales por posible violación a los derechos contenidos en el Pacto de mérito, en atención al contenido de su Protocolo Facultativo, aprobado en 2008, y sujeto posteriormente a procesos internos de ratificación por parte de los países. Así, el referido Comité se ha erigido en una autoridad internacional en la materia, capaz de adoptar decisiones legalmente vinculantes al tramitar denuncias individuales.³³

véase Goldmann, Matthias, "Inside Relative Normativity: From Sources to Standard Instruments for the Exercise of International Public Authority", en Bogdandy, Armin von *et al.* (eds.), *The Exercise of Public Authority by International Institutions. Advancing International Institutional Law*, Berlín-Heidelberg, Springer, 2010, p. 676.

³³ El Comité emitió en 2015 su primer decisión relativa a una denuncia individual en el tema del derecho a la vivienda en España. Véase el Dictamen del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a tenor del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, So-

PEDRO A. VILLARREAL

Por otra parte, las características que deberán presentar los servicios de salud son descritas con todavía mayor detalle en la observación general 14 del Comité DESC, que se aborda en párrafos posteriores. A partir de esta interpretación del PIDESC, se parte del supuesto de que las obligaciones internacionales de los Estados en materia de salud no son únicamente de resultados. Sería una exageración aseverar que todo fallecimiento acontecido en los sistemas de salud conduce a responsabilidad estatal. Ello más bien equivaldría a un “derecho a estar sano”, lo cual ha sido descartado en la observación general 14.³⁴ En cambio, las obligaciones de los Estados en materia de salud conllevan un elemento de debida diligencia, toda vez que se les exige que tomen las medidas necesarias a fin de asegurar que los riesgos para la salud de las personas sean reducidos al mínimo.

La observancia del derecho a la salud, tanto en su dimensión individual como en la colectiva, requiere velar por la satisfacción de los elementos descritos en la observación general 14 en comento, los cuales son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.³⁵ En estas líneas se destacan los elementos de la accesibilidad y de la calidad. Por su parte, la accesibilidad conlleva que los “establecimientos, bienes y servicios de salud... [estén] al alcance de todos [...] incluidos los grupos socialmente desfavorecidos”.³⁶ Como se mencionó anteriormente, no existe la obligación de que sea el Estado el que directamente proporcione los servicios de salud; no obstante, se debe observar que el gasto en dichos servicios por parte de los usuarios no se convierta en un impedimento para su utilización, lo que se conoce como accesibilidad económica.³⁷

ciales y Culturales (55º periodo de sesiones), respecto de la comunicación 2/2014, 17 de junio de 2015, disponible en <https://bit.ly/2PqJU4>

³⁴ Comité DESC, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación general 14, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrs. 8-9.

³⁵ Para una explicación más detallada de estos estándares, véase Brena Sesma, Ingrid, “El derecho a la salud”, en Valdés, Luz María (coord.), *Derechos de los mexicanos: introducción al derecho demográfico*, México, IJ-UNAM, 2009, pp. 90-92.

³⁶ Comité DESC, observación general 14..., *cit.*, párr. 12.b.

³⁷ *Ibidem*, párr. 12.b.ii.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

4.3. Declaración de Alma-Ata de 1978

Si bien el derecho a la salud abarca una temática heterogénea, lo cierto es que no se le puede desligar en el campo práctico de los debates que conciernen al acceso de la población en igualdad de condiciones a los servicios básicos de salud, también llamada “atención primaria”.³⁸ Este ha sido el principal resultado de la Declaración de Alma-Ata de 1978. Dicha Declaración abundó en torno a la idea de salud proveniente de la Constitución de la OMS, y estableció que la consecución de este derecho, tal como se le entiende en esa Constitución, requiere de la intervención de otros sectores además del de la salud.³⁹

Después de cuatro décadas de su emisión, el progreso a nivel internacional en la implementación de las políticas relacionadas con el movimiento de atención primaria ha sido mixto. Algunos de los indicadores clave, como la mortalidad infantil y la referida incidencia de enfermedades transmisibles o infectocontagiosas, han mejorado casi en la totalidad de los países. Sin embargo, conforme han avanzado los estándares en el ámbito de la salud, también han cambiado las necesidades. En lo referido a la vertiente de accesibilidad, el surgimiento de nuevos tratamientos no se ha traducido en un beneficio para la población en general, sino que persisten las barreras para hacerlos llegar a los sectores más vulnerables.

Más allá de su carácter legalmente no vinculante, la Declaración de Alma-Ata, de 1978, contribuyó a esclarecer el significado de cobertura universal. Básicamente, esta Declaración constituyó un pronunciamiento interestatal a favor de esquemas que garanticen ante todo la accesibilidad de los servicios de salud de los países. Por tanto, la Declaración en cuestión debe entenderse en conjunto con el contenido del derecho a la salud internacional,

³⁸ La Declaración de Alma-Ata, de 1978, hace hincapié especial en la denominada “Atención Primaria de la Salud”, que representa el primer nivel en los tipos de atención médica. Se estima que solo de este modo podrá cumplirse con la obligación de los Estados de cuidar de la salud de la población. Véase OMS, *Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 1978, pp. 19-20.

³⁹ Brena Sesma, Ingrid, “El derecho a la salud...”, *cit.*, p. 83.

PEDRO A. VILLARREAL

tal como fue interpretado por el Comité DESC en su observación general 14. Así, en tanto se asume que el derecho a la salud incluye una vertiente de accesibilidad, la Declaración de Alma-Ata, en tanto instrumento político, indica un compromiso por expandir el alcance de los servicios de salud pública. Dicha Declaración no necesariamente se decantó por uno u otro modelo de sistema sanitario, ya sea el llamado “bismarckiano” de aseguranza social sectorizada, o bien, el inspirado en el modelo primordialmente británico consistente en la creación de un servicio público “único” de salud,⁴⁰ en el entendido de que variaciones de ambos modelos pueden coexistir en un mismo país. Cabe añadir, además, que la distinción entre uno y otro modelo no resulta tan tajante al observar el sistema de un determinado país, sino que estas categorías conceptuales han perdido cierto valor analítico con el transcurso del tiempo.

Lo anterior conlleva que la prestación de servicios sanitarios por parte de entes privados no necesariamente conducirá al incumplimiento de la obligación del Estado de proporcionar servicios de salud a toda la población. Continúan los debates respecto de cuál modelo —de aseguranza social o de servicio único— es el más eficaz, como lo ilustran los ejemplos divergentes en países de alto nivel de desarrollo; pero, en general, no existen conclusiones definitivas en cuanto a un modelo “ganador”.

4.3. El objetivo número 3 de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas

En septiembre de 2015, 193 países adoptaron los 17 Objetivos de Desarrollo Sustentable, en el marco del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas.⁴¹ Estos sustituyen a los Objetivos de

⁴⁰ Hassenteufel, Patrick y Palier, Bruno, “Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems”, en *Social Policy & Administration*, vol. 41, núm. 6, dic, 2007, p. 576.

⁴¹ Véase la lista de estos objetivos en la página web de las Naciones Unidas, <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

Desarrollo del Milenio, que expiraron en 2015. Aunque el cumplimiento de estos 17 objetivos tiene un carácter legalmente no vinculante, puesto que su observancia no va aparejada de responsabilidad internacional, se les considera como un referente obligatorio en la supervisión de políticas públicas nacionales encaminadas a la mejora de una serie de indicadores en una multitud de temas.

Ahora bien, el valor adicional que revisten estos objetivos reside en su función de guías para la acción en los ámbitos nacionales, toda vez que la consecución de las metas en común dependerá de las medidas adoptadas por cada Estado para tal efecto. De este modo, el objetivo número 3 se refiere a “Salud y Bienestar”. A su vez, estos objetivos contienen “metas” con componentes todavía más específicos, entre las que se encuentra la de “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular [...] el acceso a servicios de salud esenciales de calidad”. Así, el compromiso de los Estados de aspirar hacia un modelo de cobertura universal se ha visto reforzado a partir de 2015. Esto denota que las propuestas en esa dirección han logrado, cuando menos, superar la reacción inicialmente adversa por parte de algunos Estados que impregnó el entorno de la Declaración de Alma-Ata, en tanto se le consideró como una injerencia en asuntos de índole nacional.⁴²

4.4. Las directrices de la Organización Mundial de la Salud

Por otra parte, cabe añadir que la Organización Mundial de la Salud es la autoridad en materia de sanidad internacional. De manera excepcional, puede emitir también reglamentos de carácter vinculante para los Estados, y a la fecha existe un tratado suscrito bajo sus auspicios: el Convenio Marco para el Control del Tabaco.⁴³ Aunado a este catálogo normativo, la

⁴² Youde, Jeremy, *Global Health Governance*, Cambridge-Malden, Polity Press, 2012, pp. 39-40.

⁴³ Firmado en 2003, con fundamento en el art. 19 de la Constitución de la OMS, y cuya entrada en vigor ocurrió a partir del 27 de febrero de 2005.

PEDRO A. VILLARREAL

OMS también emite constantemente directrices, reportes y lineamientos en temas relativos a su mandato, en el entendido de que no revisten carácter legalmente vinculante. Sin embargo, como se arguye a continuación, ello no obsta para que se les admita como parte integral de los componentes del derecho a la salud.

En esa tesitura, la cobertura universal se traduce en un estándar máximo de accesibilidad. Sin duda, este es uno de los principales ejes del derecho a la salud, en la medida en que el condicionamiento de los servicios, a partir de las posibilidades financieras de una persona, se erige en un factor de discriminación por motivos económicos. En consecuencia, el objetivo primordial de los programas de cobertura universal promovidos por la OMS y sus oficinas regionales reside en escindir el acceso de una persona a los servicios de salud, por un lado, y sus capacidades económicas, por otro.⁴⁴ De ahí que la idea de universalismo en la prestación de servicios sea considerada como un motor de la igualdad, la cohesión social y la eficiencia.⁴⁵

Cabe señalar que, en ocasiones, la promoción de la cobertura universal es abordada por separado respecto del elemento de la calidad, e incluso han llegado a ser considerados como objetivos que compiten entre sí por mayores recursos.⁴⁶ Sin embargo, en estas líneas se suscribe la postura de que ambos forman parte del mismo movimiento a favor de sistemas sanitarios capaces de proporcionar los mejores servicios posibles a toda la población, y no solo a segmentos de ella. De ahí que esta obligación reviste un carácter necesariamente colectivo, sobre lo cual se presentan argumentos a continuación.

⁴⁴ Así se le expone en el cap. I del Informe Quinquenal 2013-2017 de la Organización Panamericana de la Salud, la cual funge como Oficina Regional de la OMS, disponible en <https://www.paho.org/annual-report-2017/Espanol.html#chapter1>

⁴⁵ Filgueira, Fernando, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL-Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2014, pp. 20-21.

⁴⁶ Véase el reciente reporte del Committee on Improving the Quality of Health Care Globally, *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*, Washington, The National Academies Press, 2018, p. 2.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

5. LAS DIMENSIONES INDIVIDUAL Y COLECTIVA DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA INTERAMERICANO

Después de haber presentado una breve descripción del contenido de los instrumentos internacionales y regionales relacionados con el derecho a la salud, se puede observar que esta obligación del Estado se compone de manera simultánea de una dimensión tanto colectiva —entendida como los derechos de la sociedad en su conjunto— como individual.⁴⁷ En los siguientes apartados se exponen algunas consideraciones respecto de cada dimensión.

5.1. La dimensión individual de la salud: relevancia para la reparación del daño

La dimensión individual del derecho a la salud puede versar sobre el acceso a los servicios de salud al que tiene derecho toda persona en casos, por ejemplo, de una emergencia, o bien, de la obligación de no discriminación en la atención sanitaria que brindan las instituciones públicas y privadas a la población. Se insiste en que estas son obligaciones de cumplimiento inmediato, por lo cual no están sujetas a la disponibilidad de recursos,⁴⁸ en atención al principio de progresividad que caracteriza a los DESC.⁴⁹

En este rubro, los casos individuales que han sido ventilados ante la Corte IDH ilustran de qué manera las deficiencias en los servicios médicos pueden derivar en la violación de derechos. Como se ha observado en los casos *Albán Cornejo y otros vs.*

⁴⁷ Brena Sesma, Ingrid, “El derecho a la salud...”, *cit.*, pp. 84-85; estas dos dimensiones también se contrastan en Faúndez Ledesma, Héctor, *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos*, reimp. de la 3ª ed., San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2009, p. 96.

⁴⁸ Esto es así, tratándose en concreto de las obligaciones de “respetar” contempladas por el Comité DESC, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación general 14: E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 34; también Ronconi, Liliana, “Derecho a la salud...”, *cit.*, pp. 138-140.

⁴⁹ *Ibidem*, p. 136.

PEDRO A. VILLARREAL

Ecuador, Suárez Peralta vs. Ecuador, y Ximenes Lopes vs. Brasil, la protección judicial es un mecanismo idóneo para reparar los daños ocasionados por deficiencias en la provisión de servicios médicos. Así, el caso *Poblete Vilches vs. Chile* se inscribe, también, en la línea jurisprudencial de atribución de responsabilidad al Estado por los daños materiales e inmateriales ocasionados a individuos en el ámbito de servicios sanitarios.

En esta serie de casos, y a pesar de la ausencia de una afirmación de la violación directa del derecho a la salud, las víctimas habían sido indemnizadas por los daños tanto materiales como inmateriales, en atención a la transgresión a los derechos a la vida (art. 4.1) y a la integridad personal (art. 5.1) consagrados en la CADH.⁵⁰ Por tanto, no puede aseverarse que el adoptar un enfoque indirecto frente al derecho a la salud se traduce en un menoscabo del derecho de las víctimas a la reparación del daño. Más bien, la innovación del salto de un enfoque indirecto hacia uno directo podría consistir en las posibilidades de atender la dimensión colectiva de la salud.

5.2. La dimensión colectiva: hacia requisitos mínimos de los sistemas de salud

El alcance de la obligación de los Estados que han signado la CADH en lo relativo a los servicios sanitarios conlleva que cada Estado –a través de las autoridades competentes– tiene la obligación de velar por la salud de toda la población. Luego, aunque estos servicios sean proporcionados por terceros ajenos al sector gubernamental, no pueden quedar de ninguna manera fuera del espacio de regulación y fiscalización propio del ámbito público.⁵¹

⁵⁰ Corte IDH. *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2003. Serie C, núm. 261, párrs. 212-214; Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C, núm. 171, párrs. 141-147, 152; Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, sentencia de 4 de julio de 2006, párrs. 216-239.

⁵¹ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, *supra*, párrs. 89 y 141; también, véase Parra Vera, Óscar, *Justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales ante el Sistema Interamericano*, México, CNDH, 2011, pp. 45-46.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

Entonces, aunque el derecho a la salud no impone necesariamente la obligación de que sea forzosamente el Estado el que proporcione directamente esos servicios,⁵² puede colegirse que sí lo vuelve responsable de la actividad que lleven a cabo los actores privados cuando brindan servicios “cuyo interés público y oferta guarda relación con necesidades vitales, como es el caso de la salud”.⁵³

La anterior afirmación se desprende también de la interpretación extensiva que llevó a cabo la Corte IDH en la sentencia emitida en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, en la que se le atribuyó responsabilidad al Estado brasileño en virtud de las acciones llevadas a cabo por un ente no estatal, específicamente una casa de reposo. La Corte estableció deberes a cargo de los Estados en el sentido de que, tratándose de fiscalización y supervisión de los servicios de salud, ello incluye tanto a las instituciones públicas como a las entidades privadas que prestan servicios públicos de salud, e inclusive a entes que, en estricto sentido, solo pertenecen a y actúan en el sector privado.⁵⁴ De nuevo, para arribar a esta determinación de características colectivas, la Corte invocó únicamente la CADH, que no consagra de forma explícita un derecho a la salud. No obstante, se consideró que estas obligaciones colectivas también son consecuencia jurídica de los diversos artículos 4.1 (derecho a la vida), 5.1 y 5.2 (derecho a la integridad personal).

Un enfoque similar fue adoptado en el caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, si bien aquí se hizo alusión también tanto al papel de los colegios de profesionistas y sus órganos disciplinarios, cuando los hay,⁵⁵ así como a las responsabilidades éticas del personal médico en lo referido a la ocurrencia de malas praxis.⁵⁶ Asimismo, aunque el Protocolo de San Salvador sí contempla el derecho a la salud en sus artículos 10 y 11, y Ecuador se adhirió

⁵² Magnusson, Roger *et al.*, *Advancing the Right to Health: The vital role of law*, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2017, pp. 19 y 107.

⁵³ Currea-Lugo, Víctor de, *La salud como derecho humano*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2005, p. 53.

⁵⁴ Corte IDH. *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil*, *supra*, párrs. 89-90 y 141.

⁵⁵ Corte IDH. *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C, núm. 171, párrs. 72-78.

⁵⁶ *Ibidem*, párr. 133.

PEDRO A. VILLARREAL

a este instrumento en 1996, su violación no fue invocada por la Corte IDH en el fallo en cuestión,⁵⁷ merced a que, en esos momentos, este órgano judicial aún optaba por el enfoque indirecto de protección.

De los elementos referidos en esta sección, se puede colegir que el factor común a todos ellos estriba en que, aun ante la ausencia de un modelo único, el sector salud debe cumplir con requerimientos mínimos para considerar que las obligaciones de debida diligencia han sido observadas. Dada la dificultad de generar indicadores estadísticos fiables, la dimensión colectiva del derecho a la salud no siempre es fácil de delimitar, ya que, en ocasiones, se ha sostenido que los casos individuales no necesariamente son representativos del contexto general.⁵⁸ Por ello, la dimensión colectiva es algo más que la simple suma de casos individuales, aun cuando las deficiencias en aquella conduzcan a violaciones de derechos en estos.

Hay instancias en las que se puede distinguir de manera más nítida la dimensión colectiva frente a la individual. Por ejemplo, al tomar en cuenta que buena parte de los problemas actuales de salud obedecen a factores sociales subyacentes, se pone de manifiesto que las intervenciones individualizadas son necesarias, pero insuficientes para resolver las carencias.⁵⁹ En efecto, los mecanismos individuales de protección judicial conducen a com-

⁵⁷ Dicha limitación fue expresamente invocada en el párr. 2 del voto razonado del juez Sergio García Ramírez en la sentencia en cuestión, donde manifestó de manera expresa que el derecho a la salud no tenía un carácter directamente justiciable conforme al contenido del Protocolo de San Salvador.

⁵⁸ Así lo estimó la Corte IDH. *Caso “Cinco Pensionistas” vs. Perú*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C, núm. 98, párrs. 147-148. Esta argumentación es criticada por Parra Vera, Óscar, “La protección del derecho a la salud a través de casos contenciosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en Clérico, Laura, Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (eds.), *Tratado de derecho a la salud...*, cit., p. 769.

⁵⁹ Se denomina “determinantes sociales de la salud” a aquellos factores que no revisten un carácter estrictamente médico, pero que aun así contribuyen de manera directa a generar un resultado positivo o negativo en la salud de las personas. Véase la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, emitida en Río de Janeiro, Brasil, 11 de octubre de 2011, bajo el auspicio de la OMS.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

pensaciones por daños materiales e inmateriales ocasionados a la víctima y/o a sus familiares, siendo esto último el supuesto del caso *Poblete Vilches vs. Chile*.⁶⁰ Pero de la solución que se pueda brindar a la dimensión colectiva dependerá que la frecuencia con que acontecen los casos de mala praxis médica, como ocurrió con el señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, disminuyan de forma considerable. De ahí que se puede considerar a las dimensiones individual y colectiva del derecho a la salud como interdependientes y, así, relativizar la tajante dicotomía que se ha formulado entre una y otra.⁶¹

6. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA GRAN AGENDA PENDIENTE

Si bien en la sentencia del caso *Poblete Vilches vs. Chile*, la Corte IDH no desarrolló con mayor detalle cuál es la aportación del paso del enfoque indirecto hacia el directo en cuanto a la protección del derecho a la salud,⁶² se considera que construir argumentos a partir de este derecho, y no como una extensión del derecho a la vida y a la integridad personal, ofrece nuevas posibilidades de abordar la dimensión colectiva de la salud. Principalmente se puede llevar a cabo una conexión con los instrumentos vinculantes, así como con los estándares no vinculantes que pertenecen al campo especializado de la salud pública. Por ejemplo, en párrafos precedentes se subrayan los elementos de accesibilidad y calidad a partir de la formulación en la observación general 14 del Co-

⁶⁰ Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile...*, cit. párrs. 246-253.

⁶¹ El argumento se retoma de Mason Meier, Benjamin y Mori, Larisa, “The Highest Attainable Standard: Advancing a Collective Human Right to Public Health”, en *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 37, núm. 1, 2005, pp. 134-137.

⁶² A manera de justificación de la violación directa del derecho, la sentencia en cuestión introduce algunos párrafos en los que se afirman una serie de hechos que condujeron a la muerte del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches. Sin embargo, más allá de relatar las deficiencias en la procuración de los elementos de disponibilidad, calidad, accesibilidad y aceptabilidad en el servicio médico otorgado, no se esclarece de qué manera los hechos que condujeron a la transgresión del derecho no habrían podido ser abordados por los derechos a la vida y a la integridad personal, párrs. 133-143.

PEDRO A. VILLARREAL

mité DESC. A continuación se presentan algunas de las avenidas rumbo a la mejora de los estándares de calidad, en el entendido de que ello es conducente para el respeto pleno del derecho a la salud en el espacio interamericano.

6.1. La calidad como parámetro de evaluación

A partir del enfoque directo, la inclusión de la literatura en torno al derecho a la salud permite una inspección más minuciosa de cuáles son los principales factores que aquejan a los sistemas de salud que se reflejan, a su vez, en la inobservancia de las obligaciones a cargo de los Estados. De entre los múltiples obstáculos que existen, se resalta el de las deficiencias en la *calidad*, que conforma uno de los elementos torales en la observación general 14 del Comité DESC. Investigaciones recientes han proporcionado mayor evidencia respecto del impacto negativo que representa la mala calidad en los servicios sanitarios, el cual, conforme a ciertas estimaciones, ocasiona la muerte de millones de personas cada año en países en vías de desarrollo.⁶³

En esa tesitura, cabe apuntar a un estudio realizado en conjunto por la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y el Banco Mundial (BM), el cual señala que la calidad puede entenderse a partir de dos elementos, a saber: *i.* el grado en que los servicios de salud proporcionados a individuos y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener un resultado deseado, y *ii.* la consistencia de los servicios proporcionados con el conocimiento médico vigente.⁶⁴ La revisión

⁶³ Se ha calculado que entre 5.74 y 8.47 millones de fallecimientos anuales derivan de mala calidad en los servicios de salud. Tales estadísticas se encuentran visibles en Committee on Improving the Quality of Health Care Globally, *Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide*, Washington, The National Academies Press, 2018. Una cifra similar de ocho millones de muertes a raíz de servicios de salud de mala calidad se presenta en Kruk, Margaret E. y otros, "High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution", en *The Lancet Global Health*, vol. 6, núm. 11, 2018, pp. 1196-1197.

⁶⁴ *Delivering Quality Health Services: A Global Imperative for Universal Health Coverage*, Suiza, OMS-OCDE-Banco Mundial, 2018, p. 30.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

de este documento permite contextualizar de mejor manera el elemento de la calidad previsto en la observación general 14 del Comité DESC.

El camino a recorrer en el ámbito de la calidad transita, cuando menos, por dos vías: una de carácter político-económico, y otra de índole técnico-científica. En cuanto a la vía político-económica, quizá no hace falta ni decirlo: cumplir con los requerimientos de calidad implica un gasto cuantioso por parte de los prestadores de servicios. En este sentido, y dada la diversidad en los modelos de financiación de la salud, no hay pautas uniformes para establecer quién es el que debe cubrir dichos gastos. Si bien los modelos de gasto estatal o público se antojan como más adecuados en aras del propósito de proveer servicios a toda la población, esta preferencia es fáctica, mas no normativa, en la medida en que no es prescrita por el contenido del derecho a la salud.

No obstante, lo anterior no impide delinear puntos comunes a todos los esquemas de servicios de salud, sean predominantemente públicos o privados. Entre ellos, se pueden mencionar las necesidades mínimas de financiamiento. Para empezar, conforme a la Organización Panamericana de la Salud, se establece un piso de 6% del PIB de cada país de la región para satisfacer las necesidades iniciales de acceso.⁶⁵ Asimismo, dentro de la visión de cobertura universal promovida por la OMS, se plantea la premisa general de que el porcentaje de gastos directamente “del bolsillo” de los usuarios debe ser reducido en la mayor medida posible.⁶⁶ De lo contrario, el impacto económico en los usuarios puede derivar en los llamados “gastos catastróficos”, que ocurren cuando la erogación por concepto de gastos médicos es de tal magnitud que ocasiona el empobrecimiento de los usuarios en cuestión.⁶⁷ Del mismo modo, las exigencias mínimas de calidad no deberían estar condicionadas a la capacidad económica del usuario, puesto que ello deriva en una discriminación inaceptable en términos del artículo 1 de la CADH.

⁶⁵ Cap. 1, Informe Quinquenal 2013-2017 de la Organización Panamericana de la Salud..., *cit.*

⁶⁶ Roger Magnusson y otros, *op. cit.*, pp. 108-109.

⁶⁷ *Ibidem*, p. 19.

PEDRO A. VILLARREAL

Por último, las características que deben satisfacer los servicios de salud, a fin de cumplir con las exigencias de calidad, revisten una naturaleza técnico-médica crecientemente compleja, y no es posible, en un momento determinado, desarrollar un catálogo exhaustivo. Por ende, se considera que estas características deben actualizarse con el transcurso del tiempo, en la medida en que avanzan los estándares técnico-médicos. Dicho de otro modo: lo que es estrictamente considerado como calidad hoy, puede no serlo el día de mañana.

6.2. La relación entre la calidad y los casos individuales: el rol judicial a partir de *Poblete Vilches vs. Chile*

El paso de un enfoque indirecto a uno directo en la protección del derecho a la salud tiene repercusiones no solo para otros casos similares a *Poblete Vilches vs. Chile*, sino para la tutela de derechos económicos, sociales y culturales en general. A partir de este fallo, cobra mayor fuerza la noción de que el daño ocasionado por la violación de los DESC sí puede ser resarcido a través de un recurso —judicial— efectivo,⁶⁸ tal como lo dispone el artículo 25 de la CADH.

Si se aplica la distinción entre contenidos periféricos y mínimos a la noción de calidad, se puede colegir que no hay una línea divisoria definitiva. Por un lado, la mejora en los indicadores sistémicos de calidad en los servicios de salud puede ser entendida como un componente del elemento de progresividad, en tanto se trata de una dinámica gradual. Queda claro que la generación de mejores indicadores no ocurre de forma instantánea. Por otro lado, las deficiencias en la calidad de los servicios de salud están correlacionadas con la mala praxis médica, pues una mala calidad guarda una relación directamente proporcional con la probabilidad de generar efectos adversos.

⁶⁸ Sobre la problemática de la (falta de) justiciabilidad de los derechos sociales, véase también Coddou McManus, Alberto, “Addressing Poverty through a Transformative Approach to Anti-Discrimination Law in Latin America”, en Fortes, Pedro *et al.* (eds.), *Law and Policy in Latin America*, Londres, Palgrave Macmillan, 2017, p. 228.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

En consecuencia, el elemento de la calidad en los servicios de salud tiene una dimensión primordialmente colectiva. Ello es así, dado que la mala calidad implica que la totalidad de los usuarios está expuesta a riesgos, pues no se puede predecir quién será perjudicado por fallas en el servicio. La complejidad para efectuar una medición certera estriba en que no existe una causalidad inmediata, sino que responde a una idea de “riesgo” que solo puede ser evaluada en términos de probabilidades.⁶⁹ Cabe aclarar que no todos los incidentes de mala praxis derivarán de una mala calidad generalizada en el servicio. De la misma manera, no todo servicio de salud de mala calidad se traducirá en un resultado adverso para los pacientes. Por tanto, el hecho de que una persona haya obtenido un resultado favorable durante su estadía en un hospital, no es señal inequívoca de que los criterios mínimos de calidad fuesen respetados en todo momento. El eje de esta relación entre lo colectivo y lo individual reside, pues, en un cálculo de probabilidad: una situación independiente del resultado en la cual los Estados deben cumplir con sus obligaciones, en términos de derechos humanos, desde antes de que la dimensión colectiva derive en casos individuales. Esta situación independiente del resultado es abordada en el ámbito jurídico a través de argumentos relativos a las obligaciones de debida diligencia.⁷⁰

Los documentos institucionales citados anteriormente incluyen factores de seguridad en los servicios médicos, y el apego a directrices diseñadas para reducir la incidencia de errores médicos y de infecciones intrahospitalarias.⁷¹ La OMS, a su vez, ha desarrollado indicadores encaminados a una medición más certera del desempeño de los sistemas nacionales de salud.⁷² Una revi-

⁶⁹ Así lo sostuvo la Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, supra*, párr. 175; véase el argumento general del tema en Peel, Jacqueline, *Science and Risk Regulation in International Law*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010, pp. 80-81.

⁷⁰ Sobre la idea de debida diligencia en el Sistema Interamericano, véase Corte IDH, Medio Ambiente y derechos humanos, opinión consultiva OC-23/17, 15 de noviembre de 2017, Serie A, núm. 23, párr. 123.

⁷¹ *Delivering Quality Health Services...*, *cit.*, p. 31.

⁷² Para acceder a la lista de los 100 indicadores esenciales en el ámbito de la salud conforme a la OMS, véase *Global Reference List of 100 Core Health*

PEDRO A. VILLARREAL

sión de dichos indicadores permite situar a los hechos particulares que condujeron a la violación del derecho a la salud del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches dentro del rubro denominado “calidad y seguridad en los servicios de salud”, en su indicador específico de “mortalidad peri-operatoria”.⁷³ Luego, como se observa en la sentencia en el caso *Poblete Vilches vs. Chile*, la calidad en los servicios de salud, que tiene una dimensión primeramente colectiva, eventualmente trae como consecuencia el riesgo de transgredir derechos en casos individuales. Esto, a su vez, consolida el vínculo entre lo colectivo y lo individual.

La jurisprudencia constante de la Corte IDH respalda este punto. Si bien en la sentencia del caso *Poblete Vilches vs. Chile* no se abundó en la atención de los problemas estructurales del sistema de salud chileno, el vínculo entre casos individuales y los sistemas de salud en general también se observan en los casos previos de *Albán Cornejo vs. Ecuador* y *Suárez Peralta vs. Ecuador*, dado que en ambos, la Corte IDH se pronunció a favor del establecimiento de mecanismos efectivos de fiscalización y supervisión.

6.3. Los obstáculos persistentes para la dimensión colectiva de la salud

El diálogo pendiente entre la Corte IDH y las autoridades nacionales reside en la referencia a otros casos similares en los que, aunque no se invoque el derecho a la salud como tal, tribunales nacionales han recurrido al llamado enfoque indirecto, otrora adoptado por la propia Corte. Aunque todos los países que actualmente se encuentran bajo la jurisdicción de la Corte IDH son también Estados parte del PIDESC, los componentes constitucionales del derecho a la salud adquieren mayor contextualización conforme a las características de cada sistema de salud. Así, dado el margen otorgado por el propio PIDESC para elegir entre una

Indicators (plus health-related SDGs), Suiza, Organización Mundial de la Salud, ed. de 2018, disponible en <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/>

⁷³ *Ibidem*, p. 116.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

serie de modelos de sistemas de salud, las características mínimas de cada sistema pueden ser desarrolladas por los tribunales nacionales. Estos se encuentran en una mejor posición para escudriñar detalles más específicos relativos al funcionamiento de los servicios de salud de cada país.

La referencia directa al derecho a la salud condiciona también las posibilidades de diálogo entre la Corte Interamericana y los tribunales nacionales. En la medida en que el derecho a la salud se encuentra explícitamente consagrado por la mayoría de los países que han suscrito la CADH,⁷⁴ surge la duda de cuál será el valor agregado de llevar a cabo dicho diálogo judicial en el ámbito constitucional de los países. Una posible respuesta a esta interrogante reside en el hecho de que, así como lo había llevado a cabo la propia Corte Interamericana hasta antes del caso *Poblete Vilches vs. Chile*, la dimensión constitucional del derecho a la salud podría ser abordada de manera indirecta, entendido como una extensión de los derechos a la vida, a la dignidad o a la integridad, según sea el caso en cada país.

Más allá de lo anterior, lo trascendente es que el objetivo último de una estrategia de interpretación reside en velar por la consecución de un fin común: por un lado, la prevención y tratamiento de enfermedades de todo tipo, que potencialmente pueden derivar en daños físicos o incluso la muerte; y, por otro lado, la eventual persecución del “más alto nivel de desarrollo posible”, como se establece en la Constitución de la OMS. Si bien los servicios de salud en general tienen obligaciones en estos dos planos, a los hospitales o clínicas en particular, como se advierte en la sentencia de *Poblete Vilches vs. Chile*, les competiría velar por brindar la mejor atención médica posible a personas con padecimientos crónico-degenerativos y que, al mismo tiempo, se encuentran en situación de vulnerabilidad.⁷⁵ Estas obligaciones,

⁷⁴ Véase la ya referida alusión a un “consenso regional” en Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*, *supra*, párr. 113.

⁷⁵ El carácter de persona mayor del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches fue también tomado en cuenta por la Corte IDH. Véase también la contribución en este libro de Díaz-Tendero Bollain, Aída, “El derecho a la salud en la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” y de Ronconi, Liliana, “Después de mucho

PEDRO A. VILLARREAL

a su vez, pueden ser garantizadas solo hasta cierta medida a través de la efectiva protección judicial.⁷⁶ Empero, la realización de los postulados de atención universal no residen únicamente en la judicatura, sino que requieren ante todo de la acción concertada de los demás órganos de gobierno a través de las fronteras,⁷⁷ dado que estos serán responsables, en última instancia, de la asignación de los recursos necesarios para la realización de dichos fines. Es por ello que el cumplimiento de los objetivos del derecho a la salud requiere de acciones transversales, que abarquen a todos los órganos de gobierno de un país.

Por último, cabe plantearse la pregunta de si el cumplimiento del derecho a la salud como meta debe ser ligado a objetivos más difusos como el combate a la pobreza.⁷⁸ No se puede negar que la negación del derecho a la salud tiene también un componente económico. Pero ello rebasa toda posibilidad de análisis autónomo en estas líneas, por lo que se insiste en la necesidad de un debate mucho más amplio en diversos foros.

7. CONCLUSIONES

A lo largo de estas líneas se enumeran algunos de los aspectos en los cuales el derecho a la salud se traduce en obligaciones colectivas a cargo de los Estados. A partir del caso *Poblete Vilches vs Chile*, destaca la relevancia de contar con servicios de salud de calidad, a fin de reducir la probabilidad de causar daños materiales e inmateriales a individuos y sus familiares. Las obligacio-

andar, los DESC traspasaron las puertas de la Corte IDH y llegaron, ¿para quedarse?”.

⁷⁶ A este respecto, Yamin, Alicia Ely y Gloppen, Siri (coords.), *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2013.

⁷⁷ En consonancia con Yamin, Alicia Ely, “Taking the Right to Health Seriously: Implications for Health Systems, Courts, and Achieving Universal Health Coverage”, en *Human Rights Quarterly*, vol. 39, núm. 2, may, 2017, pp. 367-368.

⁷⁸ Una crítica similar se esgrime en Condon, Bradly y Sinha, Tapen, *Global lessons from the AIDS pandemic*, Berlín-Heidelberg, Springer, 2008, p. 14.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

nes tratándose de establecimientos en los que se proporcionan servicios sanitarios poseen características político-económicas y técnico-médicas que requieren evaluar a detalle el contexto que rodea a cada caso. Por tanto, en consonancia con el giro jurisprudencial de la Corte IDH en el caso *Poblete Vilches vs. Chile*, la determinación de una violación directa al derecho a la salud pasa también por la supervisión de los entes prestadores de servicios sanitarios.

Continúan pendientes ulteriores clarificaciones sobre el alcance del enfoque directo frente al derecho a la salud. En primer lugar, puede servir de andamiaje para casos futuros en los que se esgrima tal derecho como el fundamento de un litigio. En segundo lugar, quedan por explorarse numerosas aristas relativas al derecho a la salud, en lo particular, y a los DESC, en lo general. Mientras que la ampliación del criterio judicial frente a los DESC ya se vislumbró respecto del derecho al trabajo en la sentencia del caso *Lagos del Campo vs. Perú*,⁷⁹ el carácter estructural y prevalente de las carencias de los sistemas de salud a lo largo de los países que conforman el espacio regional interamericano implica que el factor de la calidad en los servicios es tan solo una de las numerosas tareas inconclusas. La relevancia de la justiciabilidad directa del derecho a la salud es, de suyo, un paso hacia la consecución de las metas propuestas. El hecho de que se le invoque como un argumento autónomo frente a otros derechos puede contribuir a esclarecer el carácter técnico de los temas relativos a la provisión de servicios médico-sanitarios. Si bien no es posible garantizar con total certeza que la provisión de los servicios médicos conduzca a un resultado favorable para los pacientes, lo cierto es que un análisis más pormenorizado de la dimensión colectiva del derecho a la salud puede ayudar a visibilizar las carencias sistémicas, lo cual, a su vez, puede servir de guía para las autoridades nacionales respecto de cómo enfrentar el problema. Solo así se podrán reducir las probabilidades de que se repitan tragedias como la del señor Vinicio Antonio Poblete Vilches.

⁷⁹ Para mayores detalles sobre este caso, véase Góngora Maas, Juan, “Pasado, presente —y futuro?— de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en la jurisprudencia de la Corte Interamericana: a propósito del caso *Lagos del Campo vs. Perú...*”, *cit.*, pp. 307-317.

PEDRO A. VILLARREAL

BIBLIOGRAFÍA

- Abbott, Kenneth W. *et al.*, “The Concept of Legalization”, en *International Organization*, vol. 54, núm. 3, jun, 2000.
- Aguilar Cavallo, Gonzalo, “¿Son los derechos sociales solo aspiraciones? Perspectivas de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, en Bogdandy, Armin von *et al.* (coords.), *Construcción y papel de los derechos sociales fundamentales. Hacia un ius constitutionale commune en América Latina*, México, IJ-UNAM-Max Planck Institut für ausländisches öffentliches Recht und Völkerrecht-Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional, 2011.
- Brena Sesma, Ingrid, “El derecho a la salud”, en Valdés, Luz María (coord.), *Derechos de los mexicanos: Introducción al derecho demográfico*, México, IJ-UNAM, 2009.
- Coddou McManus, Alberto, “Addressing Poverty through a Transformative Approach to Anti-Discrimination Law in Latin America”, en Fortes, Pedro *et al.* (eds.), *Law and Policy in Latin America*, Londres, Palgrave Macmillan, 2017.
- Condon, Bradley y Sinha, Tapen, *Global lessons from the AIDS pandemic*, Berlín-Heidelberg, Springer, 2008.
- Courtis, Christian, “La protección de los derechos económicos, sociales y culturales a través del artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”, en Courtis, Christian; Hauser, Denise y Rodríguez Huerta, Gabriela (comps.), *Protección internacional de los derechos humanos. Nuevos desafíos*, México, Porrúa-ITAM, 2005.
- Currea-Lugo, Víctor de, *La salud como derecho humano*, Bilbao, Universidad de Deusto, 2005.
- Fauci, Anthony S. y Morens, David M., “The Perpetual Challenge of Infectious Diseases”, en *The New England Journal of Medicine*, vol. 366, núm. 5, febrero de 2014.
- Faúndez Ledesma, Héctor, *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos*, 3ª ed., reimp., San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2009.

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

- Filgueira, Fernando, *Hacia un modelo de protección social universal en América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL-Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2014.
- García Ramírez, Sergio, “Protección jurisdiccional internacional de los derechos económicos, sociales y culturales”, en *Cuestiones Constitucionales*, núm. 9, jul-dic, 2003.
- Goldmann, Matthias, “Inside Relative Normativity: From Sources to Standard Instruments for the Exercise of International Public Authority”, en Bogdandy, Armin von *et al.* (eds.), *The Exercise of Public Authority by International Institutions. Advancing International Institutional Law*, Berlín-Heidelberg, Springer, 2010.
- Gómez-Dantés, Octavio *et al.*, “Sistema de salud de México”, en *Salud Pública de México*, vol. 53, supl. 2, 2011.
- Gostin, Lawrence y Sridhar, Devi, “Global Health and the Law”, en *New England Journal of Medicine*, vol. 370, núm. 18, may, 2014.
- Harrington, John y Stuttaford, Maria, “Introduction”, en Harrington, John y Stuttaford, Maria (eds.), *Global Health and Human Rights*, Estados Unidos, Routledge, 2010.
- Hassenteufel, Patrick y Palier, Bruno, “Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems”, en *Social Policy & Administration*, vol. 41, núm. 6, dic, 2007.
- Hernández Cruz, Armando, *Los derechos económicos, sociales y culturales y su justiciabilidad en el derecho mexicano*, México, IJ-UNAM, 2010.
- Hunt, Paul y Backman, Gunilla, “Health Systems and the Right to the Highest Attainable Standard of Health”, en Clapham, Andrew *et al.* (eds.), *Realizing the Right to Health*, Ginebra, Rüffer & Rub, 2009.
- Magnusson, Roger *et al.*, *Advancing the Right to Health: The vital role of law*, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2017.
- , “Employing Health Rights for Global Justice: The Promise of Public Health in Response to the Insalubrious Ramifica-

PEDRO A. VILLARREAL

- tions of Globalization”, en *Cornell International Law Journal*, vol. 39, 2006.
- , “Global Health Governance and the Contentious Politics of Human Rights: Mainstreaming the Right to Health for Public Health Advancement”, en *Stanford Journal of International Law*, vol. 46, núm. 1, 2010.
- y Mori, Larisa, “The Highest Attainable Standard: Advancing a Collective Human Right to Public Health”, en *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 37, núm. 1, 2005.
- Melish, Tara J., “The Inter-American Court of Human Rights. Beyond Progressivity”, en Langford, Malcolm (ed.), *Social Rights Jurisprudence. Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
- Nieto Navia, Rafael, *Introducción al Sistema Interamericano de Protección a los Derechos Humanos*, Bogotá, Editorial Temis-Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 1993.
- Parra Vera, Óscar, *Justiciabilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ante el Sistema Interamericano*, México, CNDH, 2011.
- , “La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema Interamericano a la luz del artículo 26 de la Convención Americana. El sentido y la promesa del caso *Lagos del Campo*”, en Ferrer Mac-Gregor, Eduardo; Morales Antoniazzi, Mariela y Flores Pantoja, Rogelio (coords.), *Inclusión, Ius Commune y justiciabilidad de los DESCAs en la jurisprudencia interamericana. El caso Lagos del Campo y los nuevos desafíos*, Querétaro, IECEQ, 2018.
- , “La protección del derecho a la salud a través de casos contentiosos ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, en Clérico, Laura; Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (eds.), *Tratado de derecho a la salud*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013.
- Peel, Jacqueline, *Science and Risk Regulation in International Law*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
- Ramírez, Gloria y Morales Aché, Pedro Isabel, “Organizaciones No Gubernamentales frente al Derecho a la Protección de la Salud”, en Frenk Mora, Julio; Liguori, Ana Luisa y Sepúlveda

El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo:...

Amor, Jaime (eds.), *Salud y derechos humanos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.

Tobar, Federico, “Salud pública y derecho a la salud”, en Clérico, Laura; Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (eds.), *Tratado de derecho a la salud*, Buenos Aires, Abeledo Perrot, 2013.

Tobin, John, *The Right to Health in International Law*, Estados Unidos, Oxford University Press, 2012.

Toebes, Brigit, *The Right to Health as a Human Right in International Law*, Antwerpen-Groningen-Oxford, Hart-Intersentia, 1999.

Wendt, Claus; Frisina, Lorraine y Rothgang, Heinz, “Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison”, en *Social Policy & Administration*, vol. 43, núm. 1, 2009.

Yamin, Alicia Ely, “Taking the Right to Health Seriously: Implications for Health Systems, Courts, and Achieving Universal Health Coverage”, en *Human Rights Quarterly*, vol. 39, núm. 2, may, 2017.

— y Gloppen, Siri (coords.), *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2013.

Youde, Jeremy, *Global Health Governance*, Cambridge-Malden, Polity Press, 2012.