

EL DERECHO A LA SALUD

Ingrid BRENA SESMA

SUMARIO: I. *El concepto de salud*. II. *Derecho a la salud*. III. *Fundamentos sociales*. IV. *Obligaciones de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud*. V. *El derecho a la salud en grupos sociales específicos*. VI. *Función de la sociedad y de los individuos*. VII. *Bibliografía*.

I. EL CONCEPTO DE SALUD

La salud es un valor compartido por las sociedades y los sistemas ideológicos como uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. Fue la sociedad internacional la preocupada por elaborar un concepto de salud, así surgen documentos internacionales. Desde 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud expresa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”. Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata de 1978 agrega a esa definición: “es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud”. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) el Comité reunido subrayó que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones, merced a las cuales las personas deben llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como a un medio ambiente sano.

En ese mismo sentido, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos,¹ expresa que en relación con la salud se debe fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales para la salud; b) el acceso a una alimentación sana y adecuada; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo, y e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

II. DERECHO A LA SALUD

No puede garantizarse a nadie un derecho a un estado completo de salud pues éste depende tanto de factores genéticos como ambientales y culturales. El derecho a la salud debe entenderse como un conjunto de libertades y derechos; entre las primeras, figura la libre determinación de las personas para tomar decisiones sobre su salud y su cuerpo, y quedarían incluidas, entre otras, la libertad sexual y genésica; mientras que entre los segundos, el derecho a no padecer injerencias en la intimidad y el derecho a no ser sometido a tratamientos o experimentos médicos sin haber otorgado previamente su consentimiento. La salud tiene un componente individual y uno colectivo, es individual puesto que cada persona puede tener o no salud con independencia de su familia o de su entorno social. Pero la salud tiene además una dimensión colectiva si consideramos que existen factores sociales que tienden a preservarla o quebrarla, como las epidemias, la contaminación o la falta de hábitos higiénicos, entre otros. En esa dimensión colectiva, se tiene derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud, lo cual se traduce en un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada.²

La doble dimensión del derecho a la salud implica, en su perspectiva individual, que la salud de cada individuo es un valor fundamental y necesario de las personas, y desde la perspectiva social implica la necesidad

¹ Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

² Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: "Artículo 3. Acceso equitativo a los beneficios de la sanidad: las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada".

de crear un conjunto de normas jurídicas que establezcan y desarrollen diferentes principios y procedimientos protectores a favor de grupos identificados como débiles, para lograr una convivencia dentro de un orden jurídico.

La Declaración Universal sobre Bioética y los Derechos Humanos expresa: “Teniendo en cuenta que el disfrute del nivel de salud más alto que se pueda alcanzar es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, convicciones políticas, condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología...”.

El artículo 4o. párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...”.

La Ley General de Salud es la encargada del programa de salud y tiene por objeto establecer los lineamientos esenciales así como las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Además de la Ley, se han publicado varios reglamentos, entre ellos el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios de Atención Médica.

III. FUNDAMENTOS SOCIALES

Las transiciones demográfica, social, económica y política han modificado y siguen transformando el espectro social y humano de las sociedades. Grupos y regiones hasta hace poco tiempo ignorados o callados se han vuelto presencia activa en el conglomerado social al cual han transformado, pero también han hecho más patentes las desigualdades por género, edad, etnia, región geográfica y condición económica, por mencionar algunas. Las precarias condiciones de salud, vivienda y alimentación de la población de la región, así como la escasa o nula educación y capacitación, además del desempeño, le impiden obtener satisfactores mínimos.

La salud debe ser uno de los objetivos del desarrollo y condición necesaria para lograr una verdadera igualdad de oportunidades entre los habitantes de los Estados. Se le debe concebir como un objetivo social que todos los sectores de la sociedad deben conseguir. La protección de la salud es un valor compartido por todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. El acceso a los servicios de salud debe

ser universal y las prioridades fijarse exclusivamente en función de las necesidades de las personas.

La salud está ligada al destino de las naciones, a medida que los países se transforman sus sistemas de salud también deben hacerlo. No puede haber un progreso real y general sin un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de su población.

Ubicación del derecho a la salud en la clasificación de los derechos humanos

En la doctrina de los derechos humanos, se distinguen varias generaciones. En la primera se ubican los civiles y políticos; los civiles reconocen determinados ámbitos de acción a la autonomía de los individuos y garantizan a la persona una esfera de iniciativa e independencia frente a los demás miembros de la comunidad y frente al Estado. En cambio, los denominados políticos o de participación política, garantizan la facultad de los ciudadanos de participar en la vida pública. Respecto de los derechos de esta primera generación se dice que son derechos con un contenido negativo porque no implican una acción estatal propiamente dicha.

Los derechos de la segunda generación, denominados derechos económicos, sociales y culturales, constituyen pretensiones que los individuos y los grupos pueden hacer valer frente al Estado y que implican el poder de exigir determinadas prestaciones y, por último, los derechos de la tercera generación, o derechos de solidaridad son aquellos de “vocación comunitaria”, como el derecho al desarrollo, al medio ambiente, entre otros.³

Sin embargo, actualmente se critica esta rígida división de los derechos humanos porque no refleja la integralidad de los derechos humanos ni su igual importancia y urgencia. Continuar hablando de las tres generaciones de derechos, implica priorizar los derechos civiles y políticos sobre los económicos, sociales y culturales conocidos por sus siglas DESC, olvidando su interdependencia y la importancia de todos y cada uno de los derechos. Los DESC tienen el mismo peso ético, jurídico y político que los derechos civiles y políticos y su ejercicio es determinante para el goce efectivo y no discriminatorio de los demás derechos. En este sentido, la clasificación de

³ Véase Martínez Bullé-Goyri, Víctor, “El derecho a la salud como derecho humano”, en Varios Autores, *Seminario de Salud y Derechos Humanos*, México, núm. 13, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991, p. 46.

los mismos en tres generaciones se ha prestado a equívocos en el sentido de considerar que pudieran haber derechos de primer, segundo y tercer orden de importancia y urgencia.⁴

Los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud, están plenamente reconocidos por la comunidad internacional y también en toda la legislación internacional de derechos humanos. La cuestión no consiste en saber si se trata de derechos humanos básicos, sino en saber a qué dan derecho y qué carácter jurídico tienen las obligaciones de los Estados para hacerlos efectivos. De todas las codificaciones globales de derechos humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales es el que proporciona el marco jurídico internacional más importante para la protección de esos derechos.⁵

IV. OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARA HACER EFECTIVO EL DERECHO A LA SALUD

Es precisamente el artículo 2o. del Pacto antes mencionado el que señala que cada uno de los Estados parte, se compromete a adoptar medidas, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos ahí reconocidos, entre los cuales se menciona el derecho a la salud.⁶ El “progresivamente” significa que los Estados parte, sin importar cuál sea el nivel de riqueza nacional, se comprometen a avanzar de inmediato y lo más rápido posible hacia la efectividad de los derechos.

El derecho a la salud presenta dos perfiles delimitables; el primero, integrado por algunas obligaciones tendentes a evitar que la salud sea dañada, ya sea por la conducta terceros —ya sea el Estado u otros particulares—

⁴ Sandoval Terán, Areli, *Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2004, p. 24.

⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado y abierto a la firma, ratificación y adhesión, mediante resolución 2200 A(XXI) de la Asamblea General de 16 de diciembre de 1966 y entró en vigor hasta el 3 de enero de 1976. México se adhirió en marzo de 1981 y fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 12 de mayo de 1981. El cumplimiento por los Estados parte de las obligaciones que les impone el Pacto y el grado de efectividad de los derechos y las obligaciones son vigilados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual depende de la Organización de Naciones Unidas.

⁶ Artículo 2o. del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

obligaciones negativas —o por otros factores controlables— como epidemias, prevenir enfermedades evitables, a través de campañas de vacunación —obligaciones positivas—. El segundo perfil está integrado por otras obligaciones tendentes a asegurar la asistencia médica una vez producida la afectación a la salud denominadas habitualmente como “derecho a la atención o asistencia sanitaria”, cuyo contenido implica, entre algunas prestaciones, la complejísima tarea de planificación y previsión de recursos presupuestarios necesarios para llevar a cabo la satisfacción de los requerimientos de salud correspondientes a toda la población.

Las obligaciones de los Estados se han dividido en “estratos”, los cuales corresponden a los deberes de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir corresponde la obligación de proporcionar y promover. Cada una de estas responsabilidades jurídicas puede comportar obligaciones específicas en lo tocante a la conducta (acción o inacción) y a los resultados (los fines).

1. *Obligaciones de respetar*

Bajo esta obligación, los Estados deben, por una parte, abstenerse de limitar el acceso igual de todas las personas al conjunto de bienes y servicios de salud y establecer casos excepcionales, sujetos a condiciones específicas y restrictivas de seguridad social; y, por la otra, la obligación de subsidiar y/o establecer medidas de protección general para la población, no sólo como prestaciones derivadas del trabajo formal, sino para todos los adultos mayores, las mujeres embarazadas, las personas con necesidades especiales, y demás que se encuentran en cualquier situación que les dificulte obtener los ingresos necesarios para vivir dignamente. En el caso de las y los trabajadores, estas medidas deben cubrir, al menos, la atención médica y el subsidio o jubilación en caso de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, cuando se trate de mujeres, la licencia por maternidad y el servicio de guarderías.⁷

⁷ Sandoval Terán, Areli, *Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, cit., nota 4, pp. 59 y 60.

2. *Obligaciones de proteger*

Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros, así como velar por que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud.⁸

También corresponde al Estado, controlar la calidad de equipos médicos y medicamentos, además de asegurar que los profesionales de la salud cuenten con la debida preparación y respeten los estándares deontológicos

3. *Obligaciones de cumplir*

La obligación de cumplir o facilitar⁹ exige que los Estados adopten medidas positivas las cuales permitan a individuos y comunidades disfrutar del derecho a la salud. Según lo expresado en las observaciones generales números 12 y 13 del Comité, la obligación de cumplir incorpora la obligación de proporcionar; la observación número 14 incorpora, además, una obligación de promover.¹⁰

Bajo la obligación de facilitar, los Estados parte deben reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales; además, deben desplegar programas y planes específicos para la atención de la salud, así como garantizar a los individuos o grupos que no están en condiciones de ejercer por sí mismos su derecho a la salud, por ejemplo, al no estar incluidos en uno de los sistemas de aseguramiento social.¹¹

La obligación de promover el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades de promoción, mantenimiento y restablecimiento de la salud poblacional, e incluye: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro resultados positivos en materia de sa-

⁸ *Ibidem*, p. 66.

⁹ Las distintas observaciones en ocasiones utilizan términos distintos como en el caso de la obligación de cumplir o de facilitar.

¹⁰ La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expresa en su artículo 14 como responsabilidad social y salud: a) la promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

¹¹ Párrafo 37, primera parte de la observación general número 14, de agosto de 2000.

lud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.¹²

El título séptimo de la Ley General de Salud se refiere a la promoción de la salud, la cual comprende: educación para la salud, nutrición, control de los efectos nocivos del ambiente en la salud, salud ocupacional y fomento sanitario.¹³

4. Medidas adicionales del ejercicio del derecho a la salud

Además de las obligaciones enunciadas, la observación general número 14 del Comité, prevé medidas adicionales para la protección a la salud la cual se ve complementada por el respeto, la facilitación y la promoción de la salud por medio de los siguientes estándares:

1. Disponibilidad.
2. Accesibilidad:
 - a) no discriminación,
 - b) accesibilidad física,
 - c) accesibilidad económica (asequibilidad), y
 - d) acceso a la información.
3. Aceptabilidad.
4. Calidad.

A. Disponibilidad

Cada Estado deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas generales y específicos. La naturaleza precisa de

¹² Observación general número 14 relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 37, segunda parte.

¹³ Artículo 111 de la Ley General de Salud.

éstos dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

B. *Accesibilidad*

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

a) *No discriminación*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

b) *Accesibilidad física*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

c) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

d) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

C. Aceptabilidad

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida; además, deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

D. Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser aceptables desde el punto de vista cultural y apropiados desde el punto de vista científico y médico, además de ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado; agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.¹⁴

V. EL DERECHO A LA SALUD EN GRUPOS SOCIALES ESPECÍFICOS

Se afirma que el derecho a la salud, en el marco de la seguridad social, no reconoce individuos, sino grupos como lo son los trabajadores, campesinos, jóvenes, adultos mayores, necesitados y discapacitados. Se ha señalado que el acceso a la salud se puede manifestar como una necesidad de ciertos sectores que sólo cuentan con su trabajo personal como fuente de ingresos, por lo cual el Estado debe idear los mecanismos adecuados, en este caso el sistema de seguridad social, para garantizar el acceso y protección de la salud a través de leyes, reglamentos y demás disposiciones jurídicas

¹⁴ Observación general número 14 relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, párrafo 12.

que tengan por objeto definir las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud de cada uno de estos grupos.

1. *La perspectiva de género*

La perspectiva de género debe quedar comprendida en las políticas de Estado. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.¹⁵

2. *La mujer*¹⁶

Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo será la reducción de los riesgos y de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar, así como adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.¹⁷

El capítulo V del título tercero “Prestación de los servicios de salud” se refiere a la atención materno-infantil y el capítulo VI del mismo título a la planificación familiar.

3. *Los niños y adolescentes*¹⁸

Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para terminar con las perniciosas prácticas que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas,

¹⁵ *Ibidem*, punto 20.

¹⁶ En el mismo sentido se puede consultar la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, en sus artículos 10, 11, 12, 14, 16, la cual reafirma el contenido de la observación general número 14 del Comité del PIDESC.

¹⁷ Observación general número 14 punto 21.

¹⁸ En el mismo sentido se puede consultar la Convención Sobre los Derechos del Niño, en sus artículos 23, 24, 25, 26, 27, 32 y 39, reafirma el contenido de la observación general número 14 del Comité del PIDESC.

entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones.¹⁹

A los adolescentes se les debe proporcionar un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. Se recomienda una atención respetuosa que tome en cuenta la confidencialidad y la vida privada del adolescente en el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.²⁰

4. *Personas mayores*²¹

En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, las medidas que se implementen deben basarse en reconocimientos periódicos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y, en su caso, la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y permitiéndoles morir con dignidad.²²

5. *Personas con discapacidades*²³

La discapacidad no implica una reducción de los derechos reconocidos en el Pacto, incluido el derecho a la salud. Por tanto, los Estados parte tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas, en la posibilidad que se les permitan sus recursos disponibles, para lograr que dichas personas pro-

¹⁹ Observación general número 14, punto 22.

²⁰ *Ibidem*, punto 23.

²¹ La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XVI (este artículo se refiere a el derecho a la protección en contra de las consecuencias de la vejez) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en su artículo 17 reafirman el contenido de la observación general 14 del Comité del PIDESC.

²² Observación General número 14, punto 25.

²³ La Declaración Universal de Derechos Humanos, en su artículo 25, La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, en su artículo XVI (este artículo se refiere a el derecho a la protección en contra de las consecuencias de las discapacidades) y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, en su artículo III reafirman el contenido de la observación general 14 del Comité del PIDESC.

curen superar los inconvenientes, derivados de la discapacidad.²⁴ En el caso de un grupo desfavorecido, la obligación de los Estados consiste en adoptar medidas positivas para reducir las desventajas y dar un trato preferente a estas personas, a fin de conseguir los objetivos de la plena participación e igualdad dentro de la sociedad para todas ellas.²⁵

Algunas de las medidas que los Estados deben adoptar son, entre otras, determinar la naturaleza y el ámbito de los problemas que tienen las personas con discapacidad y adoptar programas y políticas, entre ellas la de salud, debidamente adaptados a las necesidades de los discapacitados.

6. *Pueblos indígenas*²⁶

Se considera que los pueblos indígenas tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Éstas deben tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.²⁷

Se reconoce en las comunidades indígenas la dimensión colectiva de la salud y que el desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones.

²⁴ Punto 5 de la observación general número 5. “Personas con discapacidad”, U.N. Doc. E/C 12/1994/13 (1994).

²⁵ Observación General número 5 punto 9. “Personas con discapacidad”, *cit.*, nota anterior.

²⁶ La Convención Internacional Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial en su artículo 5o., y el Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, en su artículo 10 reafirman el contenido de la observación general número 14 del Comité del PIDESC.

²⁷ Observación general número 14 punto 27.

VI. FUNCIÓN DE LA SOCIEDAD Y DE LOS INDIVIDUOS

Reconocer que el Estado es sujeto pasivo del derecho a la salud, no significa convertirlo en el único sujeto pasivo cargado de todas las obligaciones, ya que existen otros sujetos pasivos como las instituciones de seguridad social e instituciones privadas. La salud no es sólo un valor biológico sino que es un bien social y cultural que el Estado no puede proteger, ni restaurar sin la participación de la sociedad o del hombre o mujer en lo particular. Que el Estado tenga y asuma responsabilidades y gestiones en materia de salud, es algo propio de un Estado de bienestar, pero al mismo tiempo se considera necesario que la iniciativa privada acuda solidariamente con su esfuerzo y acción para ofrecer prestaciones en el campo de la salud a la que la población tenga fácil acceso y, sin que se contraponga con la función esencial del Estado, de velar por la salud de la población. Por último, debe también reconocerse el deber de los individuos, hombres y mujeres, en el cuidado, protección y conservación de su estado de salud.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- BIDART CAMPOS, Germán, “El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado”, en FUENZALIDA PUELMA, Hernán L. y SCHOLLE CONNORS, Susan (eds.), *Organización Panamericana de la Salud*, Washington, 1989.
- CANO VALLE, Fernando, *Percepciones acerca de la medicina y el derecho*, México, UNAM, 2001.
- COURTIS, Christian, “La aplicación de tratados e instrumentos internacionales sobre derechos humanos y la protección jurisdiccional del derecho a la salud en la Argentina”, en GUTIÉRREZ CONTRERAS, Juan Carlos, *Los derechos económicos, sociales y culturales*, México, Secretaría de Relaciones Exteriores, 2005.
- FERRAJOLI, Luigi, *Derecho y razón*, 2a. ed., Madrid, Trotta, 1997.
- MÁRQUEZ PIÑERO, Rafael, “Protección penal a la salud”, en VARIOS AUTORES, *Seminario de Salud y Derechos Humanos*, México, núm. 13, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991.
- MARTÍNEZ BULLÉ-GOYRI, Víctor, “El derecho a la salud como derecho humano”, en VARIOS AUTORES, *Seminario de Salud y Derechos Huma-*

nos, México, núm. 13, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991.

MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los usuarios de los servicios de salud*, México, UNAM y Cámara de Diputados, LVII legislatura, 2000.

PONCE DE LEÓN ARMENTA, Luis, “El derecho de protección a la salud”, en VARIOS AUTORES, *Seminario de Salud y Derechos Humanos*, México, núm. 13, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 1991.

SANDOVAL TERÁN, Areli, *Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, México, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2004.