

# El Derecho a la salud: Una mirada a su aplicación como derecho humano fundamental en Colombia y en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos

*The right to health: A look at its application as a fundamental human right in Colombia and in the Inter-American System for the Protection of Human Rights*

Autor: Margy Geraldine Araque Ortiz

DOI: <https://doi.org/10.19053/16923936v17n39.2022.14646>

**Para citar este artículo:**

Araque Ortiz, M. (2022). El Derecho a la salud: Una mirada a su aplicación como derecho humano fundamental en Colombia y en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos. *Derecho y Realidad*, 20 (39), 211-227.



## **EL DERECHO A LA SALUD: UNA MIRADA A SU APLICACIÓN COMO DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL EN COLOMBIA Y EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS\***

*The right to health: A look at its application as a fundamental human right in Colombia and in the Inter-American System for the Protection of Human Rights*

### **Margy Geraldine Araque Ortiz**

Abogada, Fundación Universitaria Juan de Castellanos, Tunja (Colombia). Administradora Pública, Escuela Superior de Administración Pública (ESAP) Magíster en Derechos Humanos (UPTC). Correo electrónico: margyaraqueortiz@gmail.com.

Recepción: Julio 1 de 2021

Aceptación: Mayo 5 de 2022

### **RESUMEN**

El presente artículo identifica el radio de acción y protección jurídica que se ha abordado para el derecho a la salud en el campo del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, como también su amparo en el escenario constitucional, legal y jurisprudencial en el caso colombiano, cuya finalidad radica en establecer el alcance conceptual e interpretativo de la figura de la transmutación del derecho a la salud a partir de las esferas convencionales y jurisprudenciales, dilucidando así la evolución de este derecho desde su naturaleza y carácter prestacional, hasta la incorporación de su contenido fundamental, autónomo, asistencial y de inmediato cumplimiento.

### **PALABRAS CLAVES**

Derecho a la salud; Derecho fundamental; Transmutación de derechos; Derechos humanos; Bloque de constitucionalidad.

### **ABSTRACT**

This article identifies the orbit of action and legal protection that has been addressed for the right to health in the field of the Inter-American System for the Protection of Human Rights, as well as in the constitutional, legal and jurisprudential scenario in the Colombian case, whose purpose It lies in establishing the conceptual and interpretative scope of the figure of the transmutation of the right to health, from the

---

\* Artículo de reflexión, producto de la investigación de la revisión documental adelantada en la investigación académica que se realizó por parte de la suscrita en la tesis de maestría denominada “el derecho a la salud como derecho humano fundamental en Colombia y en el sistema universal e interamericano de protección de derechos humanos”, dentro del programa de maestría en derechos humanos de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), en 2021.

conventional and jurisprudential spheres, thus elucidating the evolution of this right from its character and benefit nature, to the incorporation of its fundamental content, autonomous, welfare and immediate compliance.

## KEYWORDS

Right to health; Fundamental right; transmutation of rights; Human rights; Constitutionality block.

## INTRODUCCIÓN

En primer lugar, el análisis del derecho a la salud parte de la conceptualización contemplada en el seno del Sistema Interamericano y Protección de Derechos Humanos (en adelante SIPDH), que tiene como sustento la promulgación y ratificación por parte del Estado colombiano de la Convención sobre los Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica, que permite incorporar su análisis desde la relación convencional, así como desde la figura del bloque de constitucionalidad, que sirve como base esencial para categorizar el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, constituyendo de esta manera pautas normativas y jurisprudenciales que permitirán entender como la instancia nacional se encuentra inmersa e interrelacionada por los cambios y las dinámicas de progresividad.

De lo anterior, se encuentra como oportuno la conducencia, necesidad, accesibilidad, calidad y disponibilidad de la adopción de medidas progresivas que respondan de manera urgente a los nuevos retos que representa la salud para la sociedad actual, ya que este artículo tiene como finalidad, identificar ese *corpus iuris* del derecho a la salud como derecho humano fundamental en el SIPDH y en el ordenamiento jurídico colombiano.

En segundo lugar, se contempla el derecho a la salud en el marco del Sistema Regional –SIPDH– y su aspecto convencional junto con sus respectivos sistemas y fuentes normativas jurídicas vinculantes es indispensable, ya que los pronunciamientos

relacionados con: la interpretación jurídica, la argumentación judicial y la casuística por parte de la Corte IDH, acerca de la identificación, construcción, protección y reconocimiento del *corpus iuris* jurídico de la salud, en la esfera de la fundamentalidad y bajo los criterios auxiliares de justicia como: i) la ley, ii) la doctrina y iii) la jurisprudencia, porque establecen directrices enfocadas hacia el impacto de la realidad social frente a la relación prestación-derecho; permitiendo así, trazar desde la localidad la configuración normativa, el alcance conceptual, y de derecho positivo en el ordenamiento jurídico colombiano; sumado a ello, también se encuentran pertinentes los pronunciamientos jurisprudenciales de la Corte Constitucional, como principal actor de la jurisdicción constitucional y orientador de las políticas públicas en el país, enfocadas en materia de prevención y promoción de acceso al derecho a la salud.

En tercer lugar, la metodología del presente artículo es descriptivo-documental, enfocada hacia la teoría crítica de los derechos humanos, generando como punto de inicio, los elementos bibliográficos, científicos e iconográficos, como son: artículos, libros, informes, bases de datos académicas, repositorios, revistas científicas, tesis de doctorado y maestría, provenientes de centros de estudio, páginas oficiales de entidades y organismos internacionales; así mismo, y en complementación con la doctrina, jurisprudencia y normatividad del sistema interamericano de derechos humanos, como del ámbito jurídico colombiano, en materia de conceptualización del amparo de la salud como derecho fundamental y humano.

Por último, el objetivo general de este artículo es explicar el alcance y la accesibilidad del derecho a la salud desde la óptica doctrinal, jurisprudencial, normativa y conceptual que recoge el *corpus iuris* regional interamericano e internacional de los derechos humanos, que no se encuentra normado ni contemplado en el ordenamiento jurídico colombiano. Así mismo tendrá como objetivo determinar el alcance prestacional, asistencial y humanitario de la salud como

derecho fundamental, para converger finalmente en la consecución de una ruta emergente de actores externos e internos relacionados con la promoción, prevención, habilitación, diagnóstico y protección que inciden –directa o indirectamente– en el marco del derecho a la salud, como DESC, fundamental, humano y autónomo.

## Objetivo general.

Determinar la existencia del *corpus iuris* del derecho a la salud como derecho humano fundamental y en el ordenamiento jurídico colombiano.

## Pregunta de investigación.

¿Se puede establecer la existencia del *corpus iuris* del derecho a la salud como derecho humano fundamental y en el ordenamiento jurídico colombiano?

## Metodología.

La presente investigación es de naturaleza socio-jurídica que se sustenta en componentes descriptivos-documentales, obtenidos a través del estudio de diferentes elementos bibliográficos, científicos e iconográficos, tales como: artículos, libros, informes, bases de datos académicas, repositorios, revistas científicas, tesis de doctorado y maestría, provenientes de centros de estudio, páginas oficiales de entidades y organismos internacionales; así mismo, y en complementación con la doctrina, jurisprudencia y normatividad del sistema interamericano de derechos humanos, como del ámbito jurídico colombiano, en materia de conceptualización del amparo de la salud como derecho fundamental y humano.

## 1. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

La salud puede ser percibida desde diferentes ópticas, las cuales pueden tener un alcance distinto; por ejemplo, desde el aspecto constitucional se encuentra que la misma ha sido contemplada como parte del grupo de los derechos económicos,

sociales y culturales, y con ellos los servicios públicos (artículo 49 de la Constitución Política de 1991), catalogado como derecho fundamental únicamente para el caso de los niños en el artículo 44 del mismo documento

Es posible visualizar la salud desde otros escenarios, uno de ellos desde el ámbito jurisprudencial y a partir de esta óptica se ha permitido que el contenido de la salud sea analizado como derecho humano en conexidad con otros derechos fundamentales. La Corte Constitucional ha manifestado “que los derechos fundamentales por conexidad son aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales” (Cortés et al., 2007, p. 125).

Es pertinente indicar que dentro del Sistema de Salud el derecho a esta cuenta con una serie de elementos constitutivos que buscan su protección desde distintas esferas. Según Currea-Lugo el Comité de derechos económicos, sociales y culturales de las Naciones Unidas ha definido dichos elementos como “ a) la disponibilidad, b) Accesibilidad, c) Aceptabilidad y d) Calidad” (2008, p. 76). Estos elementos se transforman en principios rectores del funcionamiento de los sistemas de salud, ya que a través de ellos se busca el perfeccionamiento en la prestación del servicio de salud, el cual no depende de manera exclusiva del criterio de cobertura en el sistema, sino de factores eficientes que contribuyan a la garantía plena de la salud como derecho humano.

Ahora bien, el derecho a la salud en Colombia ha sido contemplado como derecho humano objeto de protección a través de tres vías, “en conexidad con el derecho a la vida, la integridad personal y la dignidad humana; reconociendo su naturaleza fundamental en sujetos de especial protección y cuando se concreta en una garantía subjetiva derivada de normas que rigen a la salud” (Dueñas-Ruiz, 2012, p. 76), es decir, la salud en sí misma presenta o extiende su ámbito de protección cuando se habla de otros derechos como los mencionados.

De igual forma, pese a que la salud es vista para muchos como un derecho humano que requiere ser garantizado a toda la población por cualquiera de sus vías de análisis, también es percibida por algunos como un derecho que carece altamente de protección social, y esto obedece a que una porción considerable de los usuarios del sistema de salud de cualquier régimen en Colombia se enfrenta a problemáticas que hacen que sus preocupaciones vayan más allá de la enfermedad que padecen, pues tal como lo afirma Marcela Vélez “una gran parte de nuestra población no tiene acceso a servicios de salud curativos, y una proporción mayor no accede a programas de promoción, prevención y rehabilitación” (Vélez, 2008, p. 57).

Pese a que la salud es reconocida actualmente dentro del grupo de los derechos fundamentales “en la medida que se constituyen en instrumentos de protección de los intereses más importantes, entendiéndose vitales, de las personas, ya que preservan los bienes básicos necesarios para desarrollar cualquier plan de vida de manera digna” (Gañán-Echavarría, 2012, p.15), carece de plena protección en especial cuando “el derecho a la salud como derecho fundamental debe ser garantizado a todos los seres humanos porque es un mandato constitucional que irradia del ejercicio del poder público y determina una de las funciones del Estado Social de Derecho” (Navarrete y Acosta, 2009, p.12).

Finalmente, desde la perspectiva anterior es posible afirmar que la salud es vista como derecho humano que al verse afectado requiere protección jurisdiccional, lo que implica que a través del uso de mecanismos de protección se puede demostrar su vulneración y posterior garantía, a través de la intervención jueces de la república quienes contribuyen a eliminar los obstáculos que generan su vulneración, un ejemplo de ello es “la Sentencia T-760 de 2008, la más importante que ha proferido la Corte Constitucional en materia del derecho a la salud, marca un hito y un cambio muy significativo en la concepción misma del derecho a la salud al darle el carácter de

derecho fundamental autónomo” (Navarrete y Acosta, 2009, p. 27).

## **1.1 Conexidad de la salud con el derecho a la vida digna y la integridad personal**

La vida como derecho fundamental tiene diversas aristas para su garantía; sin embargo en el marco del estudio de la salud tuvo un análisis jurisprudencial que amplió su espectro de protección, pues “la Corte no protegió directamente el derecho a la salud, sino que lo hizo acudiendo a la conexidad” (Dueñas, 2012, p. 85), por ello la figura de la conexidad va más allá, ya que no solo protegió la salud en conexidad con la vida, sino que también buscó a través de la salud la protección de la dignidad de las personas, como lo afirma Dueñas:

El concepto de vida no se limita a la idea restrictiva de peligro de muerte, que daría lugar al amparo de tutela solo en el evento de encontrarse el individuo a punto de fenecer o de perder una función orgánica de manera definitiva; sino que se consolida como un concepto más amplio a la simple y limitada posibilidad de existir o no, extendiéndose al objetivo de garantizar también una existencia en condiciones dignas. (Dueñas, 2012, p. 86)

La garantía a la salud “está ligada a otros derechos y, por tanto, su cumplimiento no depende siquiera de si es o no un derecho o si es parte o no de otros derechos, sino que basta la garantía de otros derechos para garantizarla” (Currea-Lugo, 2008, p. 110), como se abordó por parte de la Corte IDH en el Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador; en donde se admitió el caso relacionando la salud con el derecho a la vida digna e integridad personal y los derechos del niño y en donde se realizó una interpretación que permite según Sanabria, Merchan y Saavedra (2019, p. 133) abordar la salud en el Sistema Interamericano como un puente conductor que permite sustraer estándares relevantes que aportan de manera significativa para amparar el derecho a la salud.

A lo anterior se suma la noción de que la Corte IDH frente a la salud ha tenido varios pronunciamientos de fondo, no como derecho propio sino como derecho conexo a otros derechos, como la interpretación de la salud a partir del derecho a la vida y a la integridad personal. Según Garat (2015, p. 69) la Corte interpreta la salud a través de otros derechos y para Robles (2016, pp. 201- 202) esta se sustenta en la unidad e interdependencia de los derechos humanos, atendiendo a que el Protocolo de San Salvador no le otorgó competencia directa a la Corte IDH para conocer el derecho a la salud, como sí lo hizo con el derecho a la educación y la sindicación.

Es necesario entender que pese a que la salud originalmente proviene de los derechos que conforman los DESC, la misma ha tenido que ser interpretada y analizada a la luz de derechos fundamentales, inicialmente vía conexidad con otros derechos tal como se observa más adelante, pues “el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo, así sea calificado como un derecho social y además tenga una importante dimensión prestacional, está en conexidad con el derecho a la integridad personal y a la dignidad humana” (Navarrete y Acosta, 2009, p.12) y esto según Robles (2016, pp. 201-202).

## 1.2 La salud en el marco de las políticas públicas

El recorrido de la salud como derecho humano no se limita, *contrario sensu* a su análisis, estudio e interpretación pues “las políticas públicas y los derechos humanos son temas y contenidos mutuamente implicados, ya que los derechos humanos establecen límites, márgenes y obligaciones” (Quinche-Ramírez y Rivera-Rugeles, 2010, p.120), de tal suerte que ello conlleva a entender el papel que juegan las mismas en la garantía de la salud como derecho humano, ya que resuelven o atienden problemas sociales que pueden ser originados en distintos nichos.

Nichos como el de la salud llevan a que ésta también deba ser incorporada y desarrollada en la agenda política de cada

gobierno, ya que “la salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles” (Carta de Ottawa, s.f.). Sin embargo, la realidad es que el anterior postulado no se aplica en debida forma y ello hace que se genere a corto y mediano plazo la vulneración del derecho a la salud y esto hace que jueces de la república intervengan para resolver los vacíos que no alcanzan a abordar las políticas públicas frente a los derechos humanos, pues “frente a la inobservancia de los derechos humanos en la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas el papel de la justicia constitucional cobra especial valor con miras a dar eficacia a esas obligaciones, tal como la práctica lo demuestra” (Quinche-Ramírez y Rivera-Rugeles, 2010, p.116).

La Sentencia T-760 de 2008 que fue un hito en la salud, ya que extendió su interpretación al punto de incluir cuestionamientos y órdenes específicas que permitieron subsanar algunas inconsistencias en el sistema de salud e incluir postulados en aspectos como el de las políticas públicas; es decir, la Corte Constitucional de acuerdo con la realidad social frente a la salud decide tomar medidas que sustancialmente aportan a su consolidación y efectividad:

“[...] la Corte Constitucional le ha dado a la modulación de los efectos de los fallos de tutela, al utilizarlos para controlar dos de las políticas públicas más importantes en materia de derechos fundamentales: la política pública implementada frente a la grave crisis humanitaria del desplazamiento generado por el conflicto armado interno, y la política pública de protección de la salud de toda la población colombiana”. (Rivera-Rugeles, 2012, p.104)

La Corte Constitucional colombiana acude al estudio de las políticas públicas en cuanto a la vulneración de derechos humanos “a partir de un análisis de contexto de ciertas situaciones concretas, para establecer las causas que generan una vulneración masiva de los derechos de las personas afectadas por esa política” (Rivera-Rugeles, 2012, p.105),

atendiendo básicamente a que “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.” (OPS/OMS, s.f.), pues como se mencionó la salud se debe garantizar de una forma no inmediata como un servicio público a cargo del Estado a través de políticas públicas, programas y proyectos institucionales dentro de plazos distintos al inmediato.

### **1.3 Derecho a la salud y los derechos económicos sociales y culturales**

Los derechos económicos, sociales y culturales tienen naturaleza prestacional y su garantía o exigibilidad tradicionalmente no se dan a través del mecanismo de acción de tutela, más bien su desarrollo se encuentra consignado en un sentido programático y a largo plazo, es decir no tienen el carácter de inmediatez, que sí poseen los derechos de orden fundamental, tal como lo afirma Cortés Nieto et al. al indicar que “el tribunal constitucional en varios pronunciamientos ha considerado que los DESC, atendiendo a su contenido prestacional, no son derechos fundamentales exigibles en principio mediante el ejercicio de la acción de tutela”. (Cortés-Nieto et al., 2007, p.119)

De acuerdo con Morales (2012, pp. 2-3) se debe tener en cuenta que la DUDH abrió el espacio de discusión de la salud como derecho humano social internacionalmente, porque se desarrolló de manera específica en el PDESC que buscó crear frente a la salud su carácter vinculante y obligatorio para los Estados en relación con los derechos económicos, sociales y culturales contenidos en la DUDH, –lo que de conformidad con lo manifestado por Mediano (2009, p. 210)–, no se traduce en más que esas obligaciones a cargo del Estado que deben reducir la mortalidad y alcanzar condiciones sanitarias aptas para el desarrollo humano en todos sus ámbitos.

Se tiene entonces que el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, en el artículo 12

reconoce a la salud como un derecho, el cual según la Organización de Naciones Unidas (2003, p. 6) funge como soporte y pilar fundamental que sustenta el amparo de la salud como derecho en la esfera internacional y se convierte en la puerta que permite comprender la fundamentalidad de este como derecho desde la óptica y estudio en la comunidad internacional.

Es pertinente señalar que el derecho a la salud a partir de los derechos económicos, sociales y culturales abre la posibilidad de interpretarlo en el seno de la comunidad internacional, tal como ha sucedido en el Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos en casos como así ha sido interpretada la salud por parte del Consejo Económico y Social a través de la Observación General 14 del 2000, donde se enriqueció el análisis de la salud como derecho en el orden internacional.

## **2. EL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS**

Son dos los órganos competentes para la protección del derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por lo que es indispensable mencionar que en los términos del artículo 33 de la CADH, se atribuye a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante CIDH) y la Corte IDH la calidad de órganos autónomos con facultad para avocar conocimiento frente a la consecución de las obligaciones originadas en la Convención, según Rodríguez (2015, pp. 226-227) estos órganos revisten especial importancia porque los Estados miembros se encuentran obligados a cumplir y practicar las decisiones que se resuelvan en el seno de estos. Cabe recordar que es la CIDH y la Corte, tienen –por excelencia– característica de ser órganos consultivos.

La CIDH es un órgano no jurisdiccional que hace parte del Sistema Interamericano.

Según Figueroa en ella descansa la tarea de amparo de los derechos de los individuos (2014, pp. 43-44) y es pertinente establecer esta instancia interamericana para una persona que considera que un Estado ha afectado sus derechos humanos fundamentales incorporados en la CADH, la cual representa la posibilidad de haber cumplido a cabalidad con todos los requisitos exigidos en la declaración.

Para Cordeiro el mecanismo de protección más trascendental que posee el Sistema Interamericano es el de formulación y gestión de peticiones o denuncias, ya que cuando una persona considere vulnerado su derecho a la salud, podrá una vez cumplidos los requisitos de la Convención acudir a la CIDH y solicitar la protección de su derecho a la salud (2015, p. 340).

Pues bien, el Sistema Interamericano opera integralmente de la mano de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, la cual –en términos de Figueroa– es un órgano que se encarga de avocar conocimiento frente a los casos de Estados que le han reconocido competencia jurisdiccional, donde su fin es establecer la existencia o ausencia como responsable internacional de los Estados a causa de presuntas vulneraciones de derechos consagrados en los diferentes instrumentos y Convenciones concernientes a la Corte IDH (2014, pp. 44-45). De otra parte, la función contenciosa según Rodríguez se activa en casos de transgresiones de derechos fundamentales y opera bajo el sustento del debate probatorio para comprobar si un Estado es responsable internacionalmente por la acción, omisión o aquiescencia de éstos o de particulares que como consecuencia hayan perturbado o violado los derechos de los individuos (2015, p. 219).

La Corte IDH funge como la instancia jurisdiccional autónoma por excelencia que –a través de sus funciones consultivas y contenciosas– reafirma el amparo de los derechos de los individuo contenidos en la CADH para los países latinoamericanos, sus protocolos adicionales ratificados por los Estados miembros, quienes deben

aceptar la facultad contenciosa, sobre la cual es pertinente indicar que tiene una naturaleza autónoma que proviene según Salas del estatuto de la Corte que la faculta para decidir bajo los parámetros de independencia judicial (2014, p. 205). Al respecto, Cordeiro manifiesta que pese a que gran parte de los Estados miembros por regla general han aceptado esa competencia contenciosa, existen algunos que no lo han hecho y que esta situación se convierte en la excepción a la regla (2015, p. 351).

## **2.1 El derecho a la salud en los instrumentos internacionales del Sistema Interamericano y su rol de protección**

La importancia de los instrumentos del orden jurídico internacional en el sistema interamericano es superior, ya que su protección en derechos humanos se refleja en parte dentro de estos, pues representan para Osorio y Hernández una herramienta que no puede ser concebida como cualquier otro tratado, en especial porque genera obligaciones no interestatales, es decir genera relaciones entre los Estados y las personas, lo que hace que se dé una esencia diferencial (2020, p. 189). La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Americana sobre Derechos Humanos según Figueroa se constituyen como otros de los documentos fundacionales que junto con la carta de la OEA sirvieron como sustento para dar origen al Sistema Interamericano, y representa una de las fuentes de obligación internacional más importantes para los Estados en el amparo de los derechos humanos (2014, p. 41).

De acuerdo con Cordeiro (2015, p. 130) la CADH contiene los mismos derechos que recoge la Declaración Universal de Derechos del Hombre, la cual –frente al derecho a la salud– hace un reconocimiento taxativo en el artículo 11, al establecer que el derecho a la salud se ve materializado cuando el individuo cuenta con adecuadas medidas sanitarias, alimentación, vestuario, vivienda y asistencia en salud. Poniendo a esta en

términos de Salvioli como el instrumento que sirve con fundamento interpretativo para la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004, p. 107). Al respecto Camarillo afirma que la Convención se convierte en el instrumento que reviste mayor importancia en América porque su labor persigue el respeto por los derechos humanos fundamentales en un régimen de justiciabilidad social y libertad personal del ser humano (2014, p. 171).

El derecho a la salud en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos es uno de los instrumentos internacionales del Sistema Interamericano que reconoce a la salud de manera abierta y taxativa, lo que lleva a pensar que la salud es tan integral que sus análisis y alcance de protección puede ser tan amplio, que bastaría identificar un grupo específico para enfocar su estudio o su percepción, por lo que al ser esta objeto de atención en diferentes contextos, debe ser objeto de debate e interpretación según cada caso, por lo que maneja de manera plena un discurso de universalidad aunque se quisiera, resultaría algo complejo.

## **2.2 Los principios y obligaciones consagrados frente a la salud dentro del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos**

El principio de progresividad está reconocido en el SUDH en la proclamación de la DUDH, con dicha proclamación la Asamblea General solicita la incorporación de este principio en todas las alternativas que se adopten para garantizar los derechos consagrados en la Declaración. Adicionalmente, el artículo 52 del PIDCP reconoce este principio según Rodríguez como una herramienta necesaria para interpretar correctamente los derechos (2015, p. 196), así mismo Guerrero y Giordano lo refiere también como una obligación que surge en el seno de los Estados que consiste en la abstención de desplegar conductas que restrinjan el disfrute de

los derechos humanos reconocidos con anterioridad (2016, p. 93).

Según Medina y Nash la obligación de respeto es el compromiso que descansa sobre los Estados de verificar la implementación efectiva del derecho internacional al interior de su ordenamiento jurídico, por lo cual – para materializar dicha implementación– las normas internas deben responder coherentemente a las internacionales y – en caso de no existir esa congruencia– las normas nacionales se deben adecuar, por lo tanto, es necesario que los países que suscriben el PIDCP ajusten su ordenamiento jurídico en aras de no contravenir los postulados del instrumento internacional (2007, p. 117).

Respecto a la obligación de garantía como obligación positiva Melo indica que los Estados deben cumplir las obligaciones que surgen al ratificar diferentes instrumentos internacionales, pues su incumplimiento genera consecuencias negativas para estos (2016, p. 51). Esta obligación de garantía es positiva y según Figueroa se configura o evidencia cuando los Estados despliegan acciones orientadas a efectivizar los derechos bajo los criterios de no discriminación, de protección ante la vulneración de terceros y de la aplicación de medidas que prevengan, investiguen, sancionen y reparen a las víctimas en el marco de la cooperación (2014, p. 48).

## **2.3 El derecho a la salud. Análisis jurisprudencial de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos**

En el Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, la Corte IDH aborda el derecho a la salud en infantes como derecho conexo con el derecho a la vida digna e integridad personal y los derechos del niño en el contexto de un contagio con VIH de una menor de 3 años tras recibir una transfusión de sangre. Esta interpretación según Robles obedece a una práctica a la que le ha tocado recurrir a la corte sustentada en la unidad e interdependencia de los derechos humanos,

atendiendo a que el Protocolo de San Salvador no le otorgó a la Corte competencia directa para conocer el derecho a la salud.

El pronunciamiento de la Corte frente a la salud como derecho se concentró en señalar de un lado, que existe la necesidad de aplicar rigurosamente la fiscalización y supervisión de las instituciones pues por su acción u omisión representan un peligro ineludible para la salud de los individuos, como lo es el caso de las transfusiones de sangre y de otro lado, que el servicio de salud puede ser prestado por operadores públicos o privados y aun así el Estado figura como el principal agente responsable frente a cualquier situación de vulneración de derechos (2016, pp. 201-202).

Ahora bien, ante el Caso Suárez Peralta vs. Ecuador, la Corte IDH se pronunció frente al derecho a la salud por su afectación en relación con la resolución de investigaciones en tiempo razonable, en el caso originado por la presunta ausencia de debido proceder y correcta conducción en las investigaciones adelantadas por parte del Estado ecuatoriano, frente a las consecuencias negativas generadas a la señora Melba del Carmen Suárez Peralta tras recibir el procedimiento médico denominado apendicitis.

En el presente caso la CIDH admitió el caso relacionando la salud con el derecho a la garantía y protección judicial e integridad personal y se concentró en señalar que la demora presentada por parte de las autoridades judiciales en la resolución del caso penal instaurado por la señora Melba superó el plazo razonable, lo cual hizo que se generara el fenómeno de la prescripción e impidiera iniciar acciones de reparación en la jurisdicción civil que le permitieran acceder a una reparación económica que le posibilitará solventar el tratamiento médico que requería.

De igual manera y frente a la salud el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. marca un hito importante en el sistema interamericano en tanto la salud se interpreta como derecho autónomo y no como derecho conexo, ya que

abordó el derecho a la salud y la muerte de un paciente en el contexto médico originado ante las presuntas acciones y omisiones presentadas por parte el Estado chileno en relación con la falta de suministro de tratamiento intensivo al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches, por parte de la institución prestadora de servicio de salud, le ocasionó la muerte.

En este fallo por primera vez la Corte IDH se pronuncia con respecto a la salud como derecho propio; es decir, de forma autónoma, sustentando su actuar en el artículo 26 de la CADH que reconoce la protección de los DESC. Así mismo se destaca que esta Corte en la providencia objeto de análisis logra establecer las tres causales de responsabilidad internacional de los Estados por muerte de paciente en el contexto médico, de tal suerte que las enuncia así: i) por negación de atención de urgencia médica, ii) por grave negligencia médica y iii) por evidencia de nexo causal entre acto probado y daño acreditado, estas tres causales claramente definidas se convierten en estándares en la salud.

En el caso Hernández vs. Argentina (serie C 395) se expone el derecho a la salud en establecimientos carcelarios y comisarías policiales, y se abordan temáticas como la ausencia de tratamiento médico oportuno por parte de las comisarías y de las unidades carcelarias de Buenos Aires al recluso José Luis Hernández, frente a un cuadro clínico de meningitis. En estos hechos presuntamente se atentó contra su derecho a la salud, la libertad e integridad personal de él y de su madre. La CIDH admitió el caso relacionando la salud con el derecho a la integridad personal, la presunción de inocencia, la libertad personal, la falta de recursos judiciales efectivos para proteger el derecho a la salud y la violación del derecho a la integridad personal de su madre.

La Corte –en la sentencia– manifiesta que la falta de atención médica afecta de manera directa el derecho a la integridad personal, por ello considera pertinente establecer los estándares del derecho a la salud para personas que se encuentran en

establecimientos carcelarios, así: i) El Estado debe garantizar la existencia de regulación interna fortalecida para la atención en salud en establecimientos carcelarios, ii) el Estado debe garantizar a los reclusos una instancia en condiciones de dignidad y iii) la atención en salud de las personas reclusas se debe proveer bajo condiciones de oportunidad, accesibilidad, calidad y efectividad.

### **3. EL ROL DE PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA, DESDE LA FIGURA DE LA TRANSMUTACIÓN DE DERECHOS**

La salud en Colombia reviste especial atención dado que es transversal en la vida de su población, por ello autores como Corcho indican que a finales del siglo XX la salud ya era concebida en el ámbito internacional como una condición que representaba algo más que simplemente carecer de enfermedad y que por ello la misma comprendía distintas aristas de análisis como el saneamiento básico, la vivienda, entre otros, que se convierten en retos importantes de asumir por parte de los Estados, ya que estos eran los principales obligados a efectivizar su garantía (2017, p. 36).

De acuerdo con Estupiñán la salud ha sido reconocida en la jurisprudencia como un derecho humano que se ubica en el rango de fundamental y convencionalmente desde los DESC como un derecho de carácter prestacional (2012, pp. 13-14); de esta forma López indica que la salud en Colombia fue incorporada como servicio público con la Ley 10 de 1990 (2013, p. 29). Según Galindo, Bedoya y González esto ocurre atendiendo el fundamento que da el artículo 49 de la Constitución Política de 1991, el cual convierte la salud en servicio público de naturaleza prestacional (2015, p. 50).

En virtud de lo anterior, resulta importante señalar que en Colombia la Ley Estatutaria 1751 de 2015 estableció el derecho a la salud como derecho fundamental y aplica los mandatos internacionales en tanto introduce en la

misma los elementos esenciales reconocidos en la Observación General 14 del 2000, tales como: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad, aplicando así los postulados del derecho internacional de los derechos humanos y el Bloque de Constitucionalidad, en la medida que: i) reconoce el derecho a la salud como un derecho de rango fundamental y ii) también incorpora los elementos esenciales.

Chacón manifiesta que fue a través de la Carta que el derecho a la salud tuvo un reconocimiento expreso (2017, p. 12), es por lo anterior que el derecho a la salud en Colombia –como lo afirma Ruiz– se integró en la Constitución Política de 1991 como un derecho proveniente de los DESC, incluido en el grupo de derechos de segunda generación (2019, p. 32). Ahora bien, el tránsito de la Constitución Política de 1886 hacia la de 1991 representó un avance importante, tal como lo manifiesta López quien indica que el país fue reconocido como un Estado social de derecho desde la Constitución Política de 1991 pues esta introdujo principios y valores que orientaron el amparo de derechos fundamental, permitiendo así su justiciabilidad (2013, p. 65).

El marco normativo en torno a la salud ha variado con el tiempo, por lo cual Cárdenas asegura que el Decreto 056 de 1975 y leyes como la 10 de 1990, la 60 y 100 de 1993 y la 1122 de 2007 (reformó el sistema de salud) han sido piezas fundamentales para consolidar y transformar el derecho a la salud en Colombia (2011, pp. 41-42). Alzate, por su parte, indica que la Ley 100 de 1993 introdujo en el país un sistema de prestación del servicio de salud en donde el Estado tenía una participación amplia y se encargaba de ejercer control, inspección y vigilancia (2014, pp. 161-162). Según Maldonado y Monsalve en Colombia se dejó atrás un Sistema de Salud paterno-centralista y se accedió a un modelo que permitía un acceso con cobertura universal (2016, p. 23). Es necesario indicar, entonces, que para Chacón la Ley 100 de 1993 es uno de los instrumentos jurídicos relevantes que en Colombia dieron lugar al amparo del derecho, teniendo la salud bajo

el concurso de los sectores denominados público y privado (2017, p. 14).

### 3.1 El derecho a la salud y los mecanismos de protección existentes en Colombia

La acción de tutela es considerada como el mecanismo idóneo por excelencia para el amparo del derecho a la salud, dada su inmediatez. Esta se encuentra consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política de 1991 y se desarrolla en el Decreto 2591 de 1991. En dicha normativa se contempla a esta acción constitucional como el instrumento que habilita a cualquier persona para acceder al amparo de sus derechos considerados fundamentales y no fundamentales. En la actualidad la radicación de acciones de tutela para amparar el derecho a la salud no cesa. Al respecto, Ruiz indicó que el reiterado crecimiento que ha tenido en la jurisdicción el ejercicio de acciones de tutela por parte de los usuarios, quienes persiguen el amparo del derecho a la salud, comporta una gran preocupación que ya ha sido detectada por parte de la Defensoría del Pueblo (2019, p. 83).

El ejercicio de las acciones de tutela en salud obedecen –según Barrera– a la negativa EPS de suministrar la asistencia médica requerida, que hace que los ciudadanos sientan afectado su derecho a la salud y acudan a la jurisdicción en aras de obtener su protección y garantía (2015, p. 250). Sin embargo, considerar la acción de tutela como único mecanismo de protección del derecho a la salud resulta impertinente, ya que mecanismos como el control de convencionalidad resulta –desde el seno de la jurisdicción– como una herramienta eficaz de protección pues según Granados el texto constitucional fue redactado con la idea de que a partir del Bloque de Constitucionalidad, la interpretación de los derechos humanos se puede dar desde una gama más amplia y vinculante, que permite además habilitar vías externas de protección, como lo son tribunales internacionales (2018, p. 185).

De acuerdo con Barrera, la Corte Constitucional –haciendo uso del control

convencional en la revisión de acciones de tutela– ha identificado algunos cuellos de botella en el Sistema de Salud, así como también ha logrado encontrar focos específicos necesarios de atacar y mejorar (2015, pp. 252-253). Para Sánchez, Higuera y Torres el control de convencionalidad es aplicado desde la dimensión del Sistema Interamericano gracias a la función contenciosa que reposa en el seno de la Corte IDH, la cual se describe como un control convencional de tipo concentrado (2019, p. 234); y en casos como el colombiano –a través de la figura denominada bloque de constitucionalidad– es posible el ejercicio del control convencional de tipo difuso (aplicado por los jueces internos vía *interpretación convencional*) y no concentrado como en el orden internacional (la aplicación de las decisiones e interpretaciones de la Corte IDH como criterio hermenéutico).

### 3.2 El derecho a la salud como derecho autónomo. Análisis de las sentencias T- 859 de 2003 y T-760 de 2008

De acuerdo con Melo, en Colombia las instituciones jurisdiccionales han encontrado modelos de medidas de reparación y mecanismos de protección en los pronunciamientos de la Corte Interamericana, los cuales guían su actuar y han hecho un tránsito perspectivo y conceptual que ha representado un aporte importante al momento de determinar su reconocimiento. Este avance según Galindo, Bedoya y González (2015, p. 57) ha sido gestado en la jurisprudencia de la Corte Constitucional colombiana a través del tiempo y mediante fallos judiciales ha logrado pasar de reconocerlo como derecho prestacional conexo a otros derechos, a reconocerlo como derecho autónomo y fundamental para todos los individuos.

La Sentencia T-859 de 2003 la Corte Constitucional (2003) realiza un examen en el sentido abstracto e indica que no es un derecho que ostente el rango de fundamental, *contrario sensu* manifiesta que es un derecho que tiene origen prestacional

y asistencial cuya aplicación no es de carga inmediata y cuyo garante es el Estado mediante la construcción, desarrollo y aplicación de políticas públicas, programas y/o planes que en el caso de la salud es posible evidenciar con el POS, el cual incluye todas las obligaciones mínimas y básicas frente a este derecho a la salud en Colombia, por lo que considera la Corte indispensable determinar el carácter fundamental del derecho a la salud. A la par de lo anterior, la Corte también entra a determinar frente a la salud el alcance de la acción de tutela ante casos como los que se abordan en el presente y su necesidad de relativizarla ante otros.

Esta sentencia resulta vital para la salud en Colombia porque por primera vez la Corte Constitucional se pronuncia frente al derecho a la salud como derecho fundamental, autónomo, subjetivo e inmediato, dejando atrás –a partir de esta sentencia– la concepción interpretativa y estática que se tenía del derecho a la salud como derecho social, prestacional, asistencial y no inmediato.

Ahora bien, frente al derecho a la salud con su reconocimiento como fundamental en la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional hace la revisión de 22 acciones de tutela que fueron instauradas por parte de diferentes particulares en contra de EPS y otras entidades relacionadas con la salud, donde la Corte consideró la existencia de unidad temática en salud porque la mayoría de casos se relacionaban con la negación al acceso a servicios de salud salvo los contextos.

Es pertinente señalar que la Corte Constitucional en los casos revisados analizó el cumplimiento y fallas de las obligaciones de respeto y garantía que les corresponde asumir a las EPS y al mismo Estado y dio directrices que buscaban superar las fallas que presenta la prestación del servicio de salud en el país, de tal suerte que identifica algunos actos necesarios para realizar ajustes progresivos.

Resulta importante mencionar que en esta sentencia la Corte Constitucional se

pronuncia frente al derecho a la salud ya no con la tesis de derecho conexo, sino con la del derecho autónomo y fundamental señalando las formas en que se vulnera con la exposición de diferentes situaciones que examina en los casos revisados, de tal suerte que logra establecer que se vulnera el derecho a la salud cuando: i) las EPS no proceden con la autorización de los servicios médicos que necesite el paciente, aduciendo que el mismo se encuentra excluido del POS, ii) las EPS imponen a las pacientes cargas administrativas que son de naturaleza funcional de la entidad y no le corresponden asumir a los usuarios, iii) no se presta el servicio de salud a personas con bajos, escasos o nulos recursos que no pueden cancelar la cuota moderadora y iv) al negar la afiliación de una persona al servicio de salud fundamentando como causal el tener familiar con patología catastrófica es un evento que se configura en causal violatoria del derecho a la salud.

## CONCLUSIONES

Frente al derecho a la salud como derecho humano de rango fundamental, se puede afirmar que no es posible hacer del mismo una interpretación aislada de la comunidad internacional, ya que se ha evidenciado que el mismo ha tenido la posibilidad de ser reconocido en instancias internacionales como la del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, que a través de sus dos órganos, representan el eje fundamental de protección. Es así como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte IDH se convierten en órganos que se dan a la tarea de pronunciarse frente a la garantía del derecho a la salud, bien sea a través de los examen de admisibilidad u opiniones consultivas y/o a través de las decisiones o fallos de carácter definitivo e inapelable de la Corte, la cual –en atención a su autonomía jurisdiccional– ha resuelto de fondo en repetidas oportunidades frente a la salud como derecho indispensable para la convivencia del individuo, de manera conexas a partir de la interpretación del mismo a través de derechos como la vida, o la integridad personal, y de manera autónoma como derecho propio, subjetivo

y fundamental, como se logró dejar en evidencia hasta antes de 2019. La Corte IDH interpretaba el derecho a la salud a través de los DESC vía artículo 26 de la CADH y solo en 2019 –con el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile– logró interpretarlo como un derecho propio por considerar que era de carácter fundamental y lo suficientemente autónomo.

El Sistema Interamericano entonces se comporta para el derecho a la salud como una instancia internacional de protección regional latinoamericana, que se configura como una solución a la incapacidad de los Estados para atender la salud como derecho fundamental, pues este Sistema cuenta con una Corte que le permite a los individuos exigir el amparo del derecho a la salud mediante el litigio y debate internacional y esto, a su vez, busca que el individuo supere las esferas jurídicas nacionales y perciba en el orden internacional una vía accesible de protección efectiva, que le da al individuo acceso a la justiciabilidad del derecho a la salud como derecho fundamental y consolida estándares y parámetros que la Corte Interamericana –a través de su jurisprudencia– incorpora desde la interpretación convencional.

En Colombia la salud tiene múltiples formas de ser analizada, desde la Constitución Política de 1991 por ejemplo, se introdujo como servicio público esencial a cargo del Estado, es decir, no fue incluida en ese tránsito constitucional como derecho de rango fundamental, por lo que fue en los

jueces y magistrados en quienes descansó el debate de elevarlos al rango de fundamental, a quienes se les atribuye el carácter oficioso que permite el control de convencionalidad habilitado por el bloque de constitucionalidad interpretaron el derecho a la salud. Es a la luz de los tratados internacionales en materia de derechos humanos, que se llevó a dichas magistraturas a transitar en el ámbito de interpretación del derecho a la salud, a partir de una vía diferente y con carácter extensivo, que permite el análisis desde perspectivas más proteccionistas en torno a la salud que van más allá; es decir, no solo desde el *hard law* sino desde el *soft law* internacional, lo cual sustenta la interpretación del derecho a la salud como derecho autónomo y no como derecho conexo, que se gestó en el seno de la Corte Constitucional, permitiendo que emergiera así, la denominada figura de la transmutación del derecho a la salud, lo cual se considera un aporte demasiado importante para la garantía del derecho a la salud en Colombia.

Las sentencias T-859 de 2003 y T-760 de 2008, expedidas por la Corte Constitucional, son fallos estructurales de direccionamiento de las políticas públicas en materia de salud, ya que se da el salto del proceso de transmutación de derecho prestacional-asistencial a derecho fundamental autónomo y humano a la salud, que genera como producto, un acto de transformación y reivindicación socialmente favorable a los grupos poblacionales de clase media, baja y de extrema pobreza, en pro de los DDHH.

### Marco normativo del derecho a la salud

Sistema Universal	Sistema Regional	Régimen Colombiano
Fuentes: Hard law (Vinculantes)  DUDH, PIDESC, Convención sobre los derechos de los niños, DU. Sobre la erradicación del hambre y la MN  Costumbre internacional, normas de ius cogens,	Fuentes: Carta de la OEA  Convención Americana de los Derechos del Hombre	Fuentes:  Artículo 13, 44, 46, 48, 49 y 366 Constitución Política de 1991  Decreto 056 de 1975  Ley 23 de 1981

Sistema Universal	Sistema Regional	Régimen Colombiano
decisiones judiciales y la doctrina Soft law (No vinculantes) Resoluciones, recomendaciones, informes, observaciones generales Observación General No. 014 del 2000	Convención Americana de los Derechos del Humanos Protocolo adicional a la Convención Ameri- cana de Derechos Humanos	Ley 10 de 1990 Ley 100 de 1993 Ley 1122 de 2007 Ley 1751 de 2015 Sentencia T-850 de 2003 Sentencia T-760 de 2008

Fuente: Elaboración propia.

## REFERÊNCIAS

- » Alzate-Mora, D. (2014). *Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-destructivas del derecho útil al capital*. (Tesis Doctoral, Universidad del Rosario).
- » Barrera, E. L. (2015). *La salud en Colombia: entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015*. (Tesis Doctoral, Universidad Externado de Colombia).
- » Camarillo-Govea, L. A. (2014). *Acceso directo del individuo ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. (Tesis Doctoral, Universidad Castilla-la Mancha).
- » Cárdenas-Ramírez, E. (2011). *Alcances del derecho a la salud en Colombia*. (Tesis de Maestría, Fundación Universidad del Norte).
- » *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. (n.d.). IRIS PAHO. Retrieved March 16, 2022, from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/44469>
- » Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador Corte IDH. Excepciones Preliminares. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1° de septiembre de 2015. Serie C 298.
- » Caso Hernández vs. Argentina. Serie C 395 Corte IDH. Caso Hernández vs. Argentina. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2019. Serie C 395.
- » Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C 349.
- » Caso Suárez Peralta vs. Ecuador Corte IDH. Caso Suárez Peralta vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de mayo de 2013. Serie C 261.
- » Chacón-Mendoza, D. C. (2017). *La tutela en salud y sus resultados en equidad*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana).
- » Constitución Política de Colombia. (1991).
- » Corcho-Mejía, D. C. (2017). *El proceso de la ley estatutaria: la lucha por la hegemonía política del derecho a la salud en Colombia*. Bogotá.
- » Cordeiro-Lopes, A. H. (2015). *La Integración de los Derechos Humanos en América Latina*. (Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla).

- » Cortés Nieto, J. d. P., Arias Amaya, C. A., Fanger Saenz, N. A., González Valencia, A. M., Kurmen de la Cruz, A., Luna de Aliaga, B. E., Manrique Niño, J. I., Prieto Ríos, E. A., & Pulido Caballero, D. C. (2007). La naturaleza jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales en la jurisprudencia de la Corte Constitucional. *Estudios Socio Jurídicos*, 9(9), 109-141.
- » Corte Constitucional. Sentencia de Revisión No. T-760 (2008). Accionantes: titulares Varios Accionados: Eps varias. Magistrado Ponente. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Clase de proceso: acción de tutela. 31 de julio de 2008.
- » Corte Constitucional. Sentencia T-859 de 2003. Magistrado Ponente Dr. Eduardo Montealegre Lynett. Acción de tutela. Accionantes: John Jairo Nivia Vargas y Germán Vargas Mantilla Accionados: Compensar E.P.S y Salud Total E.P.S.
- » Currea-Lugo, V. d. (2008). *La salud como derecho humano*. Universidad de Deusto.
- » *Declaración de Alma-Ata -OPS/OMS/Organización Panamericana de la Salud*. (n.d.). PAHO. Retrieved March 16, 2022, from <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- » Dueñas-Ruiz, O. J. (2012). *Constitucionalización e internacionalización de los derechos a la salud y a la pensión*. Editorial Universidad del Rosario.
- » Estupiñán-Barrera, L. (2012). *Derecho fundamental a la salud en la prestación pública de servicio de salud*. (Tesis de Maestría, Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario).
- » Figueroa-Bastidas, G. (2014). *Aplicación en Colombia de la responsabilidad internacional agravada del estado por violaciones graves a derechos humanos*. (Tesis de Maestría, Universidad del Rosario).
- » Galindo-Fonseca, A., Bedoya-González, M. A., y González-Guevara, J. (2015). *La crisis de la seguridad social en materia de salud como servicio público esencial a cargo del Estado: causal de una falla en prestación del servicio en Colombia*. (Tesis de Maestría, Universidad Libre).
- » Gañán Echavarría, J. L. (2012, julio-diciembre). Del derecho a la salud en Colombia. Un derecho seriamente fundamental. *Institución Universitaria Salazar y Herrera*, (19), pp. 11-24.
- » Garat, M. P. (2015). El tratamiento del derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista de Derecho Segunda Época*, pp. 59-79.
- » Granados-Ferreira, J. (2018). *La fundamentalidad del derecho a la salud en Colombia y su desarrollo*. (Tesis Doctoral, Universidad Santo Tomás).
- » Guerrero-Iraola, J., y Giordano, C. (2016). Progresividad o regresividad en materia de derechos económicos sociales y culturales. Claves para pensar Nuestramérica (2015–2019). *Question Revista Especializada en Periodismo y Comunicación*, pp. 90-97.
- » López-Rodríguez, D. A. (2013). *Garantía del derecho a la salud en Colombia: contradicciones del sistema general de seguridad social en salud con el Estado social de derecho en Colombia*. Bogotá.
- » Maldonado-Díaz, R. J., y Monsalve-Mantilla, A. M. (2016). *Derecho a la salud: más allá del papel, alcances y limitaciones de la Ley 1751 del 2015, a la luz de la salud como derecho fundamental*. (Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana).

- » Mediano, C. (2009). La salud ¿un derecho universal? *Sociedad y utopía. Revista de Ciencias Sociales*, pp. 203-216.
- » Medina-Quiroga, C., y Nash Rojas, Claudio. (2007). *Sistema Interamericano de Derechos Humanos: Introducción a sus mecanismos de protección*. Chile: Universidad de Chile-Facultad de Derecho.
- » Melo-Cristancho, L. P. (2016). *¿Discrepancia o concordancia? Las medidas de satisfacción en el derecho colombiano de cara al sistema interamericano de derechos humanos*. (Tesis de Maestría, Universidad Santo Tomás).
- » Morales, L. (2012). *Derechos Sociales Legítimos: La justificación de su protección constitucional en las sociedades democráticas*. (Tesis Doctoral, Universitat Pompeu Fabra).
- » Naciones Unidas. (2003). *Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 3003/31*.
- » Navarrete-Torres, P., y Acosta-Trujillo, R. (2009). *Análisis de la importancia de la Sentencia T- 760 de 2008 sobre el derecho a la salud*. Universidad de la Sabana.
- » Osorio-Sánchez, E. G., & Hernández Granados, L. Y. (2020). Comisión interamericana y los estados que denuncian la convención americana y la carta de la OEA. *Justicia*, 185 - 200.
- » Quinche-Ramírez, M. F., y Rivera-Rugeles, J. C. (2010, julio-diciembre). El control judicial de las políticas públicas como instrumento de inclusión de los derechos humanos. *Vniversitas*, 121, pp. 113-138.
- » Rivera-Rugeles, J. C. (2012). *Control judicial y modulación de fallos de tutela*. Universidad del Rosario.
- » Robles, M. Y. (2016). El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004-2014). *Cuestiones Constitucionales*, pp. 199-246.
- » Rodríguez-Molina, J. A. (2015). *Los derechos humanos y el bloque de constitucionalidad en los sistemas de justicia latinoamericanos: propuesta de un modelo justicia en El Salvador*. (Tesis Doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha).
- » Ruiz-Núñez, M. C. (2019). *Derecho a la salud y su evolución en Colombia frente a sujetos de especial protección*. (Tesis de Maestría, Universidad Santo Tomás).
- » Salas-Cruz, A. (2014). La Carta Democrática Interamericana y la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Cuestiones Constitucionales*, 185-235.
- » Salvioli, F. (2004). La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *IIDH*, 167.
- » Sanabría-Moyano, J. E., Merchan López, C. T., & Saavedra Ávila, M. A. (2019). Estándares de protección del Derecho Humano a la salud en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *El Ágora USB*, 132-138.
- » Sánchez-Cubides, P. A., Higuera Jiménez, D. M., & Torres Bernal, C. (2019). El control de convencionalidad: aplicación de las medidas internacionales en el ordenamiento jurídico interno como estándar de protección a los derechos de las víctimas. *Opinión Jurídica*, 231-250.
- » Vélez, M. (2008). *Salud: negocio e inequidad, quince años de la Ley 100 en Colombia*. Ediciones Aurora.