

NUEVAS DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE SALUD: EL DERECHO A LA SALUD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

Alba Lucía Vélez Arango*

Recibido en junio 25 de 2007, aceptado en agosto 21 de 2007

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo el análisis de las diferentes concepciones de la salud; desde su visión restrictiva como ausencia de enfermedad promulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS): “*Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” y su avance a conceptos más integrales, que conciben la salud como parte prioritaria del conjunto de bienes básicos necesarios para que el individuo desarrolle sus potencialidades en el ser y el hacer. Es así, como los conceptos de mínimo vital, calidad de vida, salud en su perspectiva de capacidad, tienen ahora la mayor prelación, sobre todo teniendo en cuenta los avances que en tal sentido han generado los pronunciamientos de la Corte Constitucional en su función de guardián de las normas constitucionales y la protección del derecho a la salud. Surge el interrogante: ¿El avance conceptual en la concepción de salud bajo la categoría básica de vida permite avanzar más allá del territorio biológico y natural, facilita una nueva dinámica de responsabilidad social y económica y en último término de logros de felicidad para los ciudadanos, como ideales de salud?

Palabras clave

Salud, derecho a la salud, legislación, servicios de salud, calidad de vida, jurisprudencia, derechos humanos, rol judicial, actividades de la vida diaria.

NEW DIMENSIONS OF THE CONCEPT OF HEALTH: THE RIGHT TO HEALTH IN THE SOCIAL STATE OF LAW

Abstract

The object of the present article is to analyze the different conceptions of health, from its restrictive vision as the absence of disease promulgated from the definition given by the World Health Organization (WHO) “*Complete physical, mental and social welfare state and not only the absence of affections or diseases*”, and its advance to more integral concepts, that conceive health as a prior part of the basic goods necessary for the individual to develop his/her potentials. In this manner, concepts such as vital minimum, quality of life, health in its perspective of capacity, now have a major usage, especially keeping in mind the advances that on this respect have had the pronouncements of the Constitutional Court as a guardian of the constitutional norms and the protection to the right of health. The following question arises: the conceptual advance in the concept of health under de basic category of life goes

* Enfermera, Abogada, Magíster en Salud Pública. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: alba.velez@ucaldas.edu.co

beyond the natural and biological territory, facilitating new social and economic responsibility dynamics and, lastly, finding happiness for citizens, as health ideals?

Key words

Health, right to health, legislation, health services, quality of life, jurisprudence, human rights, judicial role, activities of daily life.

NOVAS DIMENÇÕES DO CONCEITO DE SAÚDE: O DIREITO À SAÚDE NO ESTADO SOCIAL DE DIREITO

Resumo

O presente artigo tem como objetivo análise das diferentes concepções da saúde; desde sua restritiva como ausência de enfermidade promulgada por a Organização Mundial da Saúde (OMS): “Completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” e seu avanço a conceitos mais integrais, que concebem a saúde como parte prioritária do conjunto de qualidades básicas necessários para que o indivíduo desenvolva suas potencialidades no ser e no fazer. É assim, como os conceitos de mínimo vital, qualidades de vida, saúde em sua perspectiva de capacidade, têm agora a maior prelação, sobre tudo tendo em conta os avanços que em tal sentido tem gerado os pronunciamentos da Corte Constitucional no seu função de guardião de normas constitucionais e a proteção do direito à saúde. Surge o interrogante: ¿O avanço conceptual na concepção de saúde baixo a categoria básica de vida permite avançar mais lá do território biológico e natural, facilita uma nova dinâmica de responsabilidade social e econômica e em ultimo término de logros de felicidade para os cidadãos, como ideais de saúde?

Palavras chave

Saúde, direitos à saúde, legislação, serviços de saúde, qualidade de vida, jurisprudência, direitos humanos, rol judicial, atividades da vida diária.

INTRODUCCIÓN

Es interés del presente artículo explorar a través del análisis de las distintas concepciones de salud, el redimensionamiento de este concepto, siendo posible afirmar que la visión de salud como ausencia de enfermedad, ha dado paso a conceptos más integrales que tienen en cuenta además de las acciones de conservación y restablecimiento de la salud parámetros de equidad, la perspectiva de capacidad como titulación básica y los conceptos de calidad de vida y mínimo vital; a los cuales subyace una noción de derecho a la salud como aspiración de justicia social fundada en el alcance

de un nivel básico sustancial para todos los ciudadanos.

La salud a través de la historia ha tenido diferentes significados. En un principio entendida como alteración morbosa del buen orden de la naturaleza; factores externos eran los responsables de esta alteración, la lluvia, la tempestad, los rayos. Para Galeno la enfermedad era: “Una disposición preternatural del cuerpo, por obra de la cual padecen inmediatamente las funciones vitales. En virtud de esta alteración sufren las distintas actividades en que se despliega la vida natural del organismo en cuestión: respiración,

digestión, movimiento de la sangre, actividad nerviosa, sensibilidad, pensamiento” (1). Galeno plantea “*si los dioses pueden ser o no causa de enfermedad*” y rechaza enérgicamente la doctrina de quienes quieren introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. La ira de los dioses –nos dice–, nunca es causa de enfermedad, “*aceptar tal teoría significaría convertir la medicina en algo en que la fe y no la razón desempeñaría el papel principal*” (1). Con respecto a las causas de la enfermedad, anota Galeno: “*El número de las causas de la enfermedad, no sólo en cuanto a la cantidad sino en cuanto a su género, es infinito y por ello no puede abarcarse*” (1). Galeno igualmente intuye la individualidad de la enfermedad en cada paciente, al respecto expresa: “*en los enfermos hay ciertas peculiaridades que no pueden enunciarse [...] que cada uno sabrá encontrar con su experiencia. Son particularidades que no sabría exponer*” (2).

Es frecuente la visualización de la salud-enfermedad como un proceso dicotómico: salud-enfermedad, equilibrio-desequilibrio, normalidad-anormalidad, alteración, desorden, caos, entre otros; se refiere entonces el complejo salud-enfermedad, a una escala, cuyos valores extremos son la salud y la enfermedad, y entre estos valores se da una serie de puntos intermedios, dentro de los cuales es posible ubicar cualquier situación o cualquier enfermedad, se anota: “*En esta perspectiva el complejo salud-enfermedad no es más que la vieja descripción con intentos explicativos, de ciertas situaciones detectables en los enfermos o en los pacientes*” (3). Esta concepción como una escala lineal de valores limita las posibilidades de avanzar que se pueden desarrollar al darle un tratamiento diferente a la comprensión y explicación de la enfermedad y el enfermo, y por consiguiente del concepto salud; es claramente una concepción de la salud como un opuesto a la enfermedad, siendo como lo expresa Vasco: “*el concepto salud; es un concepto mucho más amplio y general, como hemos visto, que el concepto enfermedad, que si bien puede no estar bien definido, se refiere a aspectos más*

específicos y ya no relacionados a un perfecto bienestar físico, etc., sino a una “anormalidad” concreta con respecto a indicadores biológicos y/o sintomáticos más o menos precisos” (3). Otra forma de concepción se ubica en la perspectiva vida-muerte, lo que significa que, en realidad la enfermedad, en este contexto aparece como parte de la vida y no como el contrario de lo sano, sobre esta visión se expresa: “*Los avances hechos en el estudio de las enfermedades llamadas crónicas, es decir, que acompañan prolongadamente la vida del individuo, nos muestra que no puede entenderse este tipo de situaciones, sin un gran conocimiento de los elementos determinantes de la vida de los pacientes [...], lo que nos coloca en una actitud diferente hacia la enfermedad, ya no como un simple error que hay que corregir, sino como la materialización de una vida, que es necesario mantener y desarrollar como esa vida y no limitarse a la recuperación de un nivel perdido, sobre todo cuando en los intentos por recuperar ese nivel X queda comprometida esa vida*” (3). Es entonces una nueva perspectiva, la perspectiva de la vida, de las condiciones necesarias para hacer posible una vida digna, con sustentos básicos de desarrollo, de realización de capacidades, de oportunidades de desarrollo.

Sobre el concepto de salud, se anota: “*Aunque existen decenas de definiciones sobre el concepto de salud, la mayoría de ellas coincide en que este proceso es finalmente una manifestación de la capacidad de adaptación del hombre a su ambiente*”. Para Canguillhem, la salud “es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio [...] un conjunto de seguridades y aseguramientos, seguridades en el presente y aseguramientos en el futuro” (4). Para complementar el juicio anterior, Tambellini y Arouca afirman que “*si la salud es un modo de andar por la vida, entonces la enfermedad es un modo estrecho de andar por ella*” (4). La suma de ambos conceptos sintetiza el juego que se establece entre el hombre y su entorno y, permite entender la salud como el resultado final de una completa

red de determinaciones biológicas, históricas y culturales” (4). Desde la antigüedad existe una tendencia a concebir la salud-enfermedad como proceso de opuestos, de contrarios, en palabras de Heráclito: “*Todo fluye. Todo está en movimiento y nada dura eternamente. Por eso no podemos “descender dos veces al mismo río, pues cuando descendiendo al río por segunda vez ni yo ni el río somos los mismos, [...]”* (5).

La salud es un proceso de adaptación, como respuesta a unas condiciones dadas no por el azar o la culpa, sino por la forma en que cada individuo participa del proceso social, económico y político, con lo cual la enfermedad no es solamente un error, sino que pasa a ser considerada como parte de la vida, y las condiciones biológicas individuales, como una especie de registro histórico de la forma como se ha vivido. Este proceso es abanderado por los ecólogos humanos, para quienes la salud y la enfermedad no constituyen dos simples estados opuestos, sino que obedece a diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que interactúa, y los mismos factores que fomentan esta adaptación pueden actuar en sentido contrario, produciendo la inadaptación de cuya consecuencia surge el proceso patológico.

La OMS en 1948 promulgó una definición clásica de salud: “Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (6). A partir de esta definición han surgido nuevas concepciones de este proceso, asumiendo una multideterminación en su origen, factores económicos, políticos, sociales, culturales, biológicos, de servicios de salud, del entorno. Hoy impera una nueva visión, es un entendimiento de la salud bajo la perspectiva de la vida y es este un redimensionamiento del concepto salud-enfermedad; al respecto, se anota:

“En primer lugar, la nueva perspectiva, la vida, es al mismo tiempo la más antigua. Pretendemos colocar la vida como el centro de la

reflexión, el objeto del conocimiento, el objeto del saber, el quehacer en salud. [...] lo que estamos haciendo es reafirmar la vida frente a muchos otros valores, frente a muchas otras realidades que la sociedad quiere hoy colocar en el centro de las preocupaciones como el objetivo del saber. Fundamentalmente, privilegiamos la vida frente a cualquier tipo de mercado. [...] Se trata de la entronización de la salud y de la vida como valores supremos que están por encima de cualquier otro valor” (7).

La categoría salud-enfermedad instaaura el concepto de proceso, como lo contrario a lo estático, a lo inmovil, a lo no modificable y, además, indica: relación-multifactorialidad-interdependencia. En consecuencia, el concepto de salud se sitúa mucho más allá del territorio biológico y natural, tiene implícito una conceptualización sanitaria, una nueva dinámica, una responsabilidad social, una apropiación de recursos físicos, económicos y humanos, es decir, un acuerdo social acerca de cuáles son los recursos que el Estado y la sociedad deben destinar al propósito de garantizar a los ciudadanos unas condiciones de salud, y como resultado unas condiciones de vida digna. Así mismo, expresa Franco: “*Ahora bien, el hecho fundamental o la categoría básica es la vida. La vida es, pues, el hecho elemental; el objetivo central que se pretende al definir el quehacer [...]”* (7). La vida implica la muerte y en este devenir una concepción de la salud y la enfermedad nos lleva a entender la vida como un ciclo: nacer, crecer, producir, vivir y morir y, su fin último, ser feliz. En palabras de Arendt: “*Dejados sin control, los asuntos humanos no pueden más que seguir la ley de la mortalidad, que es la más cierta y la única digna de confianza de una vida que transcurre entre el nacimiento y la muerte”* (5). En este orden de ideas la noción de salud como base de la plena realización del ser humano es hoy

más amplia, involucra conceptos como calidad de vida, mínimo vital, existencia digna, acceso a educación, salud, recreación, cultura, en fin, es una noción más ambiciosa que la formulada por la OMS; es la noción de funcionamiento normal típico de la especie, es un entendimiento de la salud como un conjunto de capacidades, condiciones de funcionamiento y oportunidades que le permiten al individuo desarrollarse en sociedad bajo sus expectativas y anhelos propios; en palabras de Daniels:

“Sostengo que el principal aporte de la atención en salud en cualquiera de sus formas, sea pública o privada, preventiva o curativa, en fase aguda o crónica, a nivel físico o de salud mental, es mantener a las personas en condiciones de funcionamiento para que su actividad sea tan cercana a lo normal como sea posible, dentro de las limitaciones razonables de recursos. La enfermedad y la discapacidad, vistas como desviaciones del funcionamiento normal restringen el rango de oportunidades que se presentan a los individuos, impidiéndoles participar como podrían hacerlo en la vida económica, social y política de sus sociedades. Al promover un normal funcionamiento los servicios de salud aportan una contribución importante aunque no limitada para asegurar la igualdad de oportunidades y esto proporciona una explicación de su importancia moral especial, pero no única” (8).

De allí se deriva un concepto de equidad en el sentido de procurar igualdad de oportunidades para la población, como lo expresa Whitehead (1990): *“las diferencias evitables en la frecuencia de enfermedades y discapacidades entre subgrupos, resultantes del acceso diferencial a factores y*

recursos promotores de salud, son injustas debido a su impacto negativo sobre las oportunidades que las personas tienen a su disposición” (9). Es éste un enfoque de equidad, como igualdad de oportunidades que enfatiza en la atención en salud para el individuo. Pero tanto en su enfoque individual como comunitario se deben compartir las cargas que representa mantener a las personas como participantes para que en lo posible funcionen en la vida política, social y económica de la sociedad. Es aquí, expresa Daniels, *“donde radica el concepto de que la atención en salud constituye un bien social, ya que promover la salud de cada persona contribuye al bienestar social de todos” (8).*

EL DERECHO A LA SALUD: NUEVAS DIMENSIONES

En la Constitución colombiana de 1991 el derecho a la salud y a la seguridad social se consagran como servicios públicos, cuyo soporte jurídico está integrado por una serie de artículos: 44, 48, 49 y 50 de la Constitución (10) y otros preceptos constitucionales como el Artículo 11 que consagra el derecho a la vida, el Artículo 13 inciso tercero, según el cual el Estado debe proteger especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y el Art. 366 en el cual se señalan el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la solución de las necesidades insatisfechas de salud, entre otras, como finalidades sociales del Estado.

Tres principios de carácter constitucional orientan el derecho a la salud y a la seguridad social: *“eficiencia, universalidad y solidaridad” (10).* La organización de la prestación de los servicios de salud se dio a través de la Ley 100/93 que creó el Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI) que reglamentó el régimen pensional, el de salud y el de riesgos profesionales. Dicha ley en su Artículo 162 dispone:

“El sistema general de seguridad social de salud (SGSSS) crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de su uso y los niveles de atención y complejidad que se definan” (11).

El derecho a la seguridad social y a la salud, están incluidos en la Constitución Política en el Título II, Capítulo 2: De los derechos sociales, económicos y culturales; el derecho a la seguridad social es de contenido prestacional, puesto que, para su efectividad, requiere de una serie de normas procedimentales y presupuestales, además de un esquema de organización que permita la viabilidad de la prestación del servicio público de la salud. Se destaca que aun cuando la Constitución no utiliza explícitamente el término derecho a la salud, *“tanto la doctrina como la jurisprudencia constitucional han adoptado tal expresión para referirse a lo que la Constitución consagra como el derecho al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...] a diferencia de lo que ocurre con otros sistemas sanitarios, el sistema de sanidad en Colombia se estructura como parte de las prestaciones del sistema de seguridad social” (12).*

Las características fundamentales de los dos derechos en estudio son: 1) La seguridad social y el derecho a la salud son entendidos como derechos irrenunciables y servicios públicos que se prestan bajo la dirección y coordinación del Estado. El hecho de considerar a la salud como un servicio público la sitúa de manera explícita

en la esfera pública de acceso universal siendo este lineamiento al menos teóricamente un componente de justicia social, para el cual deben aplicarse parámetros de justicia distributiva. 2) Los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud deben ser prestados dentro de un marco de eficiencia y solidaridad y, deben garantizar una atención integral, que vincula al sistema al afiliado y a su núcleo familiar y una cobertura universal. 3) La Carta contempla que la asistencia sanitaria y el saneamiento ambiental, en tanto servicios públicos, estarán a cargo del Estado a quien compete reglamentar, organizar y dirigir la fórmula de prestación de los mismos de manera descentralizada, bien por entidades públicas, bien por entes privados, bajo su vigilancia y control (C.P. Art. 49).

El derecho a la salud es considerado de tiempo atrás como un derecho humano básico, pero es evidente que no es posible garantizar a nadie ni la salud perfecta, ni la observancia del derecho a la salud como tal, por lo que se expresa:

“[...] resulta más correcto hablar del derecho a la atención de la salud. Por lo general se considera que la atención en salud comprende una variada gama de servicios: protección ambiental, prevención y promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación. La protección de la salud no se limita a la aplicación de tratamientos médicos, no es una combinación de tratamientos y promoción de la salud. Las actividades relacionadas con la salud en los campos de saneamiento, ingeniería ambiental, vivienda, urbanización, agricultura, educación y bienestar social la afectan directamente y con mayor frecuencia se las considera una responsabilidad de la sociedad. En muchos casos el fundamento jurídico de la legislación que versa sobre estas áreas reside

en la capacidad que posee el Estado para proteger la salud pública o las condiciones sanitarias, atributo que ha sido reconocido desde las más antiguas civilizaciones” (13).

Con la consagración en la Carta del 91 del Estado Social de Derecho, surge el interrogante: ¿En el marco de este Estado qué garantía de protección tiene el derecho a la salud? Un derecho a salud en un sentido amplio, es sin duda, el sentido que el Constituyente del 91 le imprime en sus desarrollos. Al respecto, anota Esguerra:

“La nueva constitución que consagra el Estado social de derecho es garantista por antonomasia y no admite quedarse en la retórica de la defensa de los derechos. Reclama supremacía dentro del ordenamiento jurídico, sus normas son directamente aplicables, prioriza la materialización del derecho frente a la literalidad de la propia ley y erige a la Corte Constitucional en guardián de su integridad que es tanto como decir de su efectividad (citado en Cuéllar, 2005). En este escenario, la conducta activa del Estado requiere necesariamente la utilización de recursos públicos y la asignación de los mismos al cumplimiento de los derechos sociales. Y agrega: el constitucionalismo reconoce, sin embargo, que no es materialmente posible garantizar todos esos derechos, a todos los colombianos, de manera inmediata. Ello sería, por supuesto, el mundo ideal: todos los colombianos tendrían una vivienda digna, un servicio de salud integral, una educación primaria gratuita [...]” (14).

El punto central está en el interrogante: ¿Cuál es el verdadero alcance y protección del derecho a la salud?

El derecho a la salud se hace efectivo a través del concepto de seguridad social, al respecto afirma Sarmiento: *“este concepto hace referencia a un conjunto de medios de protección institucional frente a los riesgos que atenten contra la capacidad y oportunidades de los individuos y sus familias para generar los ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna” (15).* Y en este orden de ideas la Corte Constitucional desde su creación (1991) y con base en la función de revisión de los fallos de tutela, ha sentando líneas doctrinales y jurisprudenciales de trascendencia, que inciden en la concepción de salud, algunas de sus tendencias argumentativas en torno a una nueva visión del concepto salud, se detallan a continuación.

a) El concepto de mínimo vital

Considerado como una condición para la realización de la dignidad humana dentro de un Estado social de derecho. Es de anotar que la jurisprudencia en Colombia ha tenido avances significativos en torno a la necesidad de los ciudadanos de acceder a un conjunto de condiciones mínimas y materiales de dignidad humana, asumiendo al hombre como una unidad inescindible de cuerpo-alma-espíritu, se anota:

“La jurisprudencia constitucional alemana fue pionera a nivel internacional en el desarrollo del mínimo vital [...]. Para Maunz y Dürig, comentaristas de la Constitución Alemana, el desarrollo Jurisprudencial del mínimo vital parte de una idea arraigada en todas las ciencias humanas: el hombre debe ser considerado como una unidad inescindible de cuerpo-alma-espíritu; no como un conjunto de capas superpuestas que podamos separar. Es bajo este supuesto que se declara la inseparabilidad entre condiciones mínimas materiales y dignidad humana” (16).

La Corte Constitucional colombiana logra abrir la brecha para el desarrollo del derecho al mínimo vital con unos argumentos de características muy similares a los desarrollados en la jurisprudencia alemana. En efecto, en la sentencia citada que puede ser considerada como punto de partida para la evolución del mínimo vital en nuestro país, establece “[...] *que este derecho a la subsistencia (en este momento jurisprudencial mínimo vital es asimilado a subsistencia es consecuencia directa de dignidad humana y de Estado social de derecho que definen la organización política, social y económica justa, acogida como meta por el pueblo de Colombia en su Constitución*”. En la sentencia se expresa:

“El Estado Social de Derecho hace relación a la forma de organización política que tiene como uno de sus objetivos cambiar las penurias económicas o sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la población, prestándoles asistencia y protección. Exige esforzarse en la construcción de las condiciones indispensables para asegurar a todos los habitantes del país una vida digna dentro de las posibilidades económicas que estén a su alcance. El fin de potenciar las capacidades de las personas requiere de las autoridades actuar efectivamente para mantener o mejorar el nivel de vida, el cual incluye la alimentación, la vivienda, la seguridad social y los escasos medios dinerarios para desenvolverse en sociedad” (17).

Es de resaltar que en diferentes sentencias se ha ampliado y utilizado el concepto de mínimo vital como la necesidad de acceder a un conjunto de bienes básicos, permitiendo a la persona la potenciación de sus capacidades, el hacer y el ser, caso de la Sentencia T- 011 de 1998 que expresa:

“...los requerimientos básicos indispensables para asegurar la digna subsistencia de la persona y de su familia, no solamente en lo relativo a alimentación y vestuario sino en lo referente a salud, educación, vivienda, seguridad social y medio ambiente, en cuanto factores insustituibles para la preservación de una calidad de vida que, no obstante su modestia, corresponda a las exigencias más elementales del ser humano. En otros términos, el mínimo vital, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 1, 2, 5, 25 y 53 de la Constitución, incorpora un componente social que obliga al Estado a considerar a la persona en su plena dimensión, no sólo material sino espiritual, cuya subsistencia digna no se agota en la simple manutención, mediante el suministro de alimentos, sino que involucra todas las necesidades inherentes a su condición de ser humano, inserto en la familia y en la sociedad...” (18).

Y en Sentencia T-426 se anota: *“El derecho al mínimo vital no sólo incluye la facultad de neutralizar las situaciones violatorias de la dignidad humana, o la de exigir asistencia y protección por parte de personas o grupos discriminados, marginados o en circunstancias de debilidad manifiesta (CP art. 13), sino que, sobre todo, busca garantizar la igualdad de oportunidades y la nivelación social en una sociedad históricamente injusta y desigual, con factores culturales y económicos de grave incidencia en el “déficit social”” (17).*

b) El derecho a la salud como derecho conexo con la vida y vida digna,

La Corte Constitucional ha desarrollado conceptos jurisprudenciales al mínimo vital, a la calidad de

vida, al derecho a un conjunto de servicios básicos y a un nivel básico sustancial, y en el marco de estos fallos pueden explorarse otras dimensiones del concepto salud, caso de la protección de los derechos fundamentales a la vida y a la salud, como componentes básicos de vida digna, cuando expresa en Sentencia T-849 de 2002:

“El ser humano, [...] necesita mantener ciertos niveles de salud para sobrevivir y desempeñarse, de modo que, cuando la presencia de ciertas anomalías en la salud, aún cuando no tenga el carácter de enfermedad, afectan esos niveles, poniendo en peligro la dignidad personal, resulta válido pensar que el paciente tiene derecho, a abrigar esperanzas de recuperación, a procurar alivio a sus dolencias, a buscar por los medios posibles, la posibilidad de una vida, que no obstante las dolencias, puede llevarse con dignidad” (19), y continúa: *“Lo que pretende la jurisprudencia es entonces respetar un concepto de vida no limitado a la restrictiva idea de peligro de muerte, ni a la simple vida biológica, sino a consolidar un sentido más amplio de la existencia que se ate a las dimensiones de dignidad y decoro. Lo que se busca con dicha noción es preservar la situación existencial de la vida humana en condiciones de plena dignidad, ya que, al hombre no se le debe una vida cualquiera, sino una vida saludable, en la medida de lo posible”* (20). De allí, que también el concepto de derecho a la salud, cuando va aparejado de su conexidad con la vida, ha sido definido como *“la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad*

mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento” (21).

Igualmente se destaca el pronunciamiento de la Corte Constitucional ante una acción de tutela en la cual se solicitaba el otorgamiento de audífonos aunque no figuren dentro del listado del POS; desde la Sentencia T-839 de 2000 la Corte se pronunció favorablemente y señaló:

“Si bien la colocación del audífono no reúne las características de una urgencia vital para el demandante, sí resulta ser un aparato que requiere de manera inmediata a fin de lograr un adecuado desenvolvimiento personal, la integración social que pretende la Carta, y el mecanismo necesario para realizar sus actividades normales como ciudadano” (22).

Es evidente que a través de los fallos de la Corte Constitucional se avanzó hacia una concepción de la salud que va más allá de la salud entendida como ausencia de enfermedad, de dolencia física, de proceso patológico, es un concepto de salud que involucra parámetros de dignidad, de condiciones básicas de subsistencia. Puede afirmarse que constituye un concepto innovador, con una visión de derechos humanos y de potencialización de las capacidades del ser humano en su carácter de titulaciones fundamentales.

c) El concepto de salud como parte del conjunto de capacidades

El concepto de salud actual se integra a la necesidad de contar con unas condiciones de bienestar del individuo, a su derecho a una calidad de vida digna, al acceso a servicios básicos que le garanticen un desarrollo de aquellas libertades

fundamentales (capacidades). Este concepto de capacidades es desarrollado por Amartya Sen y por Martha Nussbaum. Sen, afirma:

<<Llevamos un tiempo tratando de defender la idea de que en muchas evaluaciones el “espacio” correcto no es, ni el de las utilidades (como sostienen los partidarios del enfoque del bienestar) ni el de los bienes primarios (como exige Rawls), sino el de las libertades fundamentales □□ las capacidades □□ para elegir la vida que tenemos razones para valorar>> (23).

El conjunto de capacidades, su fortalecimiento y su disfrute le brindan al individuo un conjunto de habilidades para procurar su hacer y ser, y llegar a ser en la vida lo que sus sueños e ideales le lleven, sin que medien obstáculos generados por condiciones económicas, sociales, culturales y, en fin, situaciones que siendo evitables le impidan su realización plena y el goce de sus capacidades.

En relación con las capacidades Martha Nussbaum* (24) ha desarrollado una lista que propicia el desarrollo de las habilidades como persona, en familia y en sociedad del ser humano; expresa Nussbaum:

“Una diferencia obvia entre los escritos de Sen y los míos es que durante algún tiempo he propuesto una lista específica de capacidades Humanas Básicas como un enfoque

* Martha Caven Nussbaum es una de las más importantes pensadoras de la actualidad. Como profesora de derecho y filosofía en la Universidad de Chicago dirige, entre otras muchas actividades, el Centro de Constitucionalismo Comparado de dicho centro educativo. Su productividad, versatilidad y originalidad la ubican entre las principales figuras de la filosofía política y moral contemporánea. Su conocimiento de clásicos como Aristóteles, Séneca, Cicerón, Hume, Mill o Smith, así como su amor por la literatura universal, le permiten abordar temas diversos - justicia social, educación liberal, economía con rostro humano, republicanismo democrático, decisiones judiciales sensibles y justas, multiculturalismo y pluralismo, etc. Desde una perspectiva de género humanista, [...].

tanto para una medición comparativa de la calidad de vida, como para la formulación de principios políticos básicos del tipo que pueden jugar un rol en las garantías constitucionales fundamentales. [...] Con esta idea básica como punto de partida, busco justificar a continuación una lista de diez capacidades, en tanto requerimientos básicos para una vida digna. Se supone que estas diez capacidades son objetivos generales que pueden ser especificados luego por la sociedad en cuestión, siempre que funcionen dentro de la versión de titulaciones fundamentales que ésta desee respaldar (Nussbaum, 2000a: cap.1). Pero en cierta medida todas hacen parte de una versión mínima de la justicia social: una sociedad que no garantice tales capacidades a todos sus ciudadanos en un umbral adecuado, no alcanzaría a ser una sociedad completamente justa, con independencia de su nivel de opulencia (Nussbaum, 2001b)” (24).

Las capacidades humanas básicas propuestas por Nussbaum son:

- <<1. VIDA. Estar capacitado para vivir hasta el final de una vida humana de duración normal; no morir prematuramente, o antes de que la vida se haya disminuido a tal punto que no sea digna de ser vivida.*
- 2. SALUD CORPORAL. Estar capacitado para tener una buena salud, incluyendo la salud reproductiva; estar alimentado adecuadamente; contar con un resguardo adecuado.*
- 3. INTEGRIDAD CORPORAL. Estar capacitado para moverse de lugar a lugar; estar seguro frente a agresiones violentas, incluyendo las agresiones sexuales y la violencia doméstica; tener oportunidades*

- para la satisfacción sexual, así como opciones en asuntos reproductivos.*
4. **SENTIDOS, IMAGINACIÓN Y PENSAMIENTO.** *Estar capacitado para usar los sentidos, imaginar, pensar y razonar –y hacer estas cosas de una forma “verdaderamente humana”, de manera informada y cultivada por una educación adecuada, incluyendo aunque limitadamente la alfabetización y el entrenamiento matemático y científico básico.*
 5. **EMOCIONES.** *Estar capacitado para tener vínculos con cosas y personas fuera de nosotros mismos; amar a aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, sufrir ante su ausencia; en general, amar, sufrir, experimentar nostalgia, gratitud y rabia justificada. No ver obstaculizado el desarrollo emocional propio por el temor y la ansiedad.*
 6. **RAZÓN PRÁCTICA.** *Estar capacitado para formarse una concepción de lo bueno, y para involucrarse en una reflexión crítica sobre la planeación de la propia vida.*
 7. **AFILIACIÓN.** *a) Estar capacitado para vivir con y ante otros, para reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, para involucrarse en forma de interacción social; estar capacitado para imaginar la situación de otro. b) Contar con las bases sociales para la autoestima y contra la humillación; estar capacitado para ser tratado como un ser humano digno cuyo valor sea igual al de otros. Esto supone prohibiciones contra la discriminación basada en la raza, sexo u orientación sexual, etnia, casta, religión, u origen nacional.*
 8. **OTRAS ESPECIES.** *Estar capacitado para vivir teniendo consideración hacia los animales, plantas y el mundo de la naturaleza.*
 9. **RECREACIÓN.** *Estar capacitado para reír, jugar, y disfrutar actividades recreativas.*
 10. **CONTROL SOBRE EL ENTORNO PROPIO.**
 - A) **Político.** *Estar capacitado para participar activamente en las decisiones políticas que gobiernan la propia vida; tener derecho a la participación política, así como salvaguardas para la libertad de expresión y asociación.*
 - B) **Material.** *Estar capacitado para tener propiedad (tanto mueble como inmueble), y derechos de propiedad sobre bases de igualdad con los otros; tener derecho a buscar empleo sobre bases de igualdad con los otros; tener libertades ante detenciones y allanamientos ilegales. En el trabajo, estar capacitado para trabajar como ser humano, en ejercicio de la razón práctica, y dentro de relaciones significativas de reconocimiento mutuo con los otros trabajadores>> (24).*

Para Nussbaum la lista de capacidades es abierta y sujeta a constante revisión y replanteamiento, del mismo modo que toda versión que una sociedad tiene de sus titulaciones fundamentales está siempre sujeta a ser complementada (o sustituida). Según Nussbaum para Sen: “*ciertas capacidades son absolutamente básicas e innegociables. Uno no puede leer sus debates sobre salud, educación, libre elección, de ocupación y libertades políticas y económicas, sin sentir que concuerda totalmente con sus perspectivas, según la cual a estas capacidades se les debería dar prioridad e importancia por parte de los Estados del mundo entero, en tanto titulaciones fundamentales de todos y cada uno de los ciudadanos*” (24).

Del listado básico de capacidades la vida, la salud corporal e integridad corporal, hacen referencia en forma estrecha a unas condiciones de salud, con un goce de libertades que le permiten al ser humano el ser y el hacer en opciones de razonabilidad propia, la salud por lo tanto debe ser considerada prioritaria y consecuencia de esta prioridad es el reflejo del accionar del Estado a través de sus políticas y de sus asignaciones presupuestales tendientes a procurar condiciones de salud bajo una concepción amplia de derechos de ciudadanía.

CONCLUSIONES

Como se ha evidenciado en el presente artículo el concepto de salud se redimensiona mucho más allá de la sola ausencia de enfermedad, integra el conjunto de capacidades que facilitan el desarrollo del ser humano en sus diferentes facetas, conlleva niveles de calidad de vida, acceso a servicios básicos y debe entenderse este anhelo en el marco del Estado social de derecho instaurado en el texto constitucional, Art 1: “Colombia es un Estado social de derecho organizado en forma de República unitaria [...]” (25), y si como lo expresa Esguerra: “la nueva Constitución [...] no admite quedarse en la retórica de la defensa de los derechos [...]” (14), la pregunta que surge es: ¿cuál es el núcleo esencial de la salud? ¿Hasta dónde llega ese núcleo? ¿Si el concepto de salud debe ir más allá de la sola ausencia de enfermedad que debe entenderse en el concepto de integralidad de la atención en salud? Sobre este aspecto expresa Beltrán:

“Si bien la Constitución Política garantizó la seguridad social y el acceso a los servicios de salud como un derecho, en algunos casos la Corte ha considerado que este derecho no es fundamental para todas las personas, es decir, es fundamental solo para aquellas personas en cuyos casos su derecho a la salud y su derecho a la vida resulte inescindible. Entiende la Corte en algunos de sus análisis para el estudio de las acciones de tutela, que la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida del peticionario es inseparable cuando el vínculo existente entre ambos derechos es de tal naturaleza que no cabe duda para el juez que con la afectación del primero se estaría vulnerando el segundo” (26). En conclusión la Corte ha definido el alcance de este derecho en dos sentidos: “el primero

de ellos hacer referencia a la salud como un servicio público generador de derechos prestacionales, y de otro lado, la salud como servicio público generador de derechos fundamentales; en este último sentido se basa el alcance de la protección del derecho en la jurisprudencia constitucional” (26).

En igual sentido la Sentencia T-426 de 1992 reza: “El Estado social de derecho exige esforzarse en la construcción de las condiciones indispensables para asegurar a todos los habitantes del país una vida digna dentro de las posibilidades económicas que estén a su alcance. El fin de potenciar las capacidades de la persona requiere de las autoridades actuar efectivamente para mantener o mejorar un nivel de vida, el cual incluye la alimentación, la vivienda, la seguridad social y los escasos medios dinerarios para desenvolverse en sociedad” (27).

Es evidente en los fallos de la Corte Constitucional el concepto de que si bien el derecho a la salud no es en sí mismo un derecho fundamental, sí puede llegar a ser efectivamente protegido, cuando la inescindibilidad entre el derecho a la salud y el derecho a la vida hagan necesario garantizar este último, a través de la recuperación del primero, a fin de asegurar el amparo de las personas y de su dignidad.

Sin duda, el criterio para definir la salud como derecho inescindible de la vida, lo toma la Corte entendiendo la concepción del proceso salud-enfermedad más allá de una explicación circunscrita a su existencia biológica, pues admite la posibilidad de que la persona que ejerza tal derecho pueda llevar una vida digna y alejada del sufrimiento, de modo que tenga un desempeño normal en la sociedad, es éste y no otro el sentido que le otorga la Ley 100/93 en su Artículo 156, literal c, cuando expresa:

“Todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud (POS)” (28).

La normatividad constitucional es general, pocos temas son tratados de manera específica, por esto los derechos constitucionales son formulados de manera general y abstracta, lo que deja al juez un margen significativo de interpretación y es, sin duda, esta discrecionalidad interpretativa la que ha permitido abordar en los fallos de tutela una nueva dimensión de la salud.

Sin embargo, es de destacar que ya el legislador en la Ley 100/93 (28) concibió la salud más allá de la ausencia de la enfermedad cuando en su preámbulo dispuso:

“La Seguridad Social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y

la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional [...] (28). Y en relación con las políticas que es necesario implementar en el cumplimiento de estos anhelos la Ley 1122 de 2007 (29) que modifica aspectos del sistema de seguridad social en salud incluye las acciones de salud pública en el Art. 32º: “la salud pública está constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, a que sus resultados se constituya en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país [...] (29).

Estos desarrollos normativos responden, sin duda, a una concepción de salud más allá de la ausencia de enfermedad, involucran condiciones de bienestar individual y colectivo. Es evidente el cambio en la concepción de salud, con una visión de amplio espectro, no sólo bajo el mandato de la norma constitucional, sino también en los desarrollos jurisprudenciales y en los legales; destacando sí, que han sido de preferencia en los pronunciamientos de los jueces de garantía y de la Corte Constitucional colombiana en donde se ha evidenciado este redimensionamiento del concepto de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ballester G., Luis. Galeno: en la sociedad y en la ciencia de su tiempo. Ediciones Guadarrama. Madrid. 1972, p. 169, 172 y 174.
2. Laín Entralgo, P. La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico, 2 ed., Barcelona, 1961, p. 339-340
3. Vasco U., Alberto. Enfermedad y Sociedad. Ediciones Hombre Nuevo. Medellín. 1979, p. 17, 18, 22-23
4. Citado por: Sepúlveda, Jaime; Gómez, Héctor. Origen, Rumbo y Destino de la Transición en Salud en México y América Latina. Documento Borrador. México. 1995, p. 2.
5. Historia de la Filosofía. Santillana. Enciclopedia del Estudiante. Buenos Aires. 2006, p. 20, 313.
6. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
7. Franco, Saúl. Proceso vital humano - Proceso salud/enfermedad. Una nueva perspectiva. Ética, Universidad y Salud. Memorias del Seminario: Marco conceptual para la formación del profesional en salud. Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. 1993, p. 63, 66
8. Daniels, Norman. Parámetros de Justicia y Monitoreo de la Equidad: Apoyo a un Programa de la OMS. En: Salud y Gerencia. Universidad Javeriana. Programa de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. No. 16. Enero – junio. 1998. Bogotá. p. 7-8.
9. Whitehead, Margaret. 1990. The concepts and principles of equity and health. OMS, Regional Office for Europe, Copenague. Citado por Daniels. Op. cit., p. 7-8.
10. República de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente, 1991. Constitución Política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional, No. 116. Bogotá. Legis Editores, S.A. Art. 11, 44, 48, 49, 50, 366.
11. Régimen de Seguridad Social. Legis, S.A. Colección Códigos Básicos. Bogotá. p. 107.
12. Arbeláez R., Mónica. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ediciones Antropos, Ltda. IDP. Cinep. Colciencias. Colombia. 2006. p. 164.
13. OMS-OPS. El derecho a la salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado. Washington, D.C. 1989, p. 16.
14. Esguerra Roa, Carolina. El individualismo no utilitarista de Robert Nozick. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2006, p. 57.
15. Sarmiento, Libardo (compilador). Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia: balance y perspectivas. Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, PNUD, 1995.
16. Maunz, Dürig, Grundgesetz: Kommentar von Theodor Maunz et.al. München, C.H. Beck'sche Verlags Buchhandlung. 1985, p. 2111. Citado por: Burbano Clara. El Concepto del Mínimo vital en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. II: 23. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2001, p. 2217.
17. Corte Constitucional. Sentencia T-426 de 1992. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz.
18. Corte Constitucional. Sentencia T-011 de 1998. Magistrado Ponente: José Gregorio Hernández Galindo.
19. Corte Constitucional. Sentencia T-224 de 1997. Magistrado Ponente: Carlos Gaviria Díaz, reiterada en T-099 de 1999 y T-722 de 2001. Citado en: Tutela, Acciones populares y de cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2003, p. 279-280.
20. Corte Constitucional. Sentencia T-395. Magistrado Ponente: Alejandro Martínez Caballero. Bogotá. 1998. Citado en: Tutela, Acciones populares y de cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2003, p. 279-280.

21. Corte Constitucional. Sentencia T-597 de 1993. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz. Bogotá. 1993.
22. Tutela. Acciones populares y de cumplimiento. IV: 38., p. 280.
23. Sen, Amartya. Desarrollo y Libertad. 3 Ed. Planeta. Bogotá. 2001, p. 99.
24. Nussbaum, Martha. Capacidades como titulaciones fundamentales: Sen y la Justicia social. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigación en Filosofía y Derecho. Teoría de los Derechos. No. 9. Bogotá. 2005, p. 7, 30-33, 35.
25. Congreso de Colombia. Constitución Política de Colombia. Legis, Editores S.A. Bogotá. 2000, p. 4.
26. Beltrán T., Ana María. El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional: ¿un problema en la definición de las políticas públicas o en la interpretación de un sistema de aseguramiento? En: Tutela Acciones Populares y de Cumplimiento. Bogotá. Legis Editores, S.A. 2004 (v) 57: 1623.
27. Corte Constitucional. Sentencia T-426 de 2002. Magistrado Ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz.
28. Colombia, 1993. Ley No. 100, del 23 de diciembre de 1993. Crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. Año CXXIX, No. 41148, Congreso de Colombia. Bogotá. 1993, p. 1, 37, 3.
29. República de Colombia. 2007. Ley 1122, de 9 de enero de 2007. Se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. No. 46506. Congreso de Colombia. 2007, p. 1, 22, 14.

BIBLIOGRAFÍA

- Arbeláez R., M. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ediciones Antropos, Ltda. IDP. Cinep. Colciencias. Colombia. 2006, p. 164.
- Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia 1991. Gaceta Constitucional No. 116. Bogotá.
- Ballester G., L. Galeno: en la sociedad y en la ciencia de su tiempo. Ediciones Guadarrama. Madrid. 1972., p. 169.
- Beltrán T., A. M. El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Constitucional: ¿un problema en la definición de las políticas públicas o en la interpretación de un sistema de aseguramiento. En: Tutela Acciones Populares y de Cumplimiento. Bogotá. Legis Editores, S.A. 2004 (v) 57: 1623.
- Colombia, 1993. Ley No. 100, del 23 de diciembre de 1993. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. Año CXXIX, No. 41148, Congreso de Colombia. Bogotá. 1993, p. 1-37.
- Corte Constitucional. Sentencia T-426 de 1992. M. P. Eduardo Cifuentes Muñoz.
- Corte Constitucional. Sentencia T-597 de 1993. M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz. Bogotá. 1993.
- Corte Constitucional. Sentencia T-224 de 1997. M.P. Carlos Gaviria Díaz, reiterada en T-099 de 1999 y T-722 de 2001. Citado en: Tutela, Acciones Populares y de Cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A: 2003, p. 279-280.
- Corte Constitucional. Sentencia T-011 de 1998. M. P. José Gregorio Hernández Galindo.
- Corte Constitucional. Sentencia T-395. M. P. Alejandro Martínez Caballero. Bogotá. 1998. Citado en: Tutela, Acciones Populares y de Cumplimiento. IV: 38. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2003, p. 279-280.

- Daniels, Norman. Parámetros de Justicia y Monitoreo de la Equidad: Apoyo a un Programa de la OMS. En: Salud y Gerencia. Universidad Javeriana. Programa de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social. No. 16. Enero – junio . 1998. Bogotá. p. 7-8.
- Esguerra Roa, Carolina. El individualismo no utilitarista de Robert Nozick. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2006, p. 57.
- Franco, Saúl. Proceso vital humano - Proceso salud-enfermedad. Una nueva perspectiva. Ética, Universidad y Salud. Memorias del Seminario: Marco conceptual para la formación del profesional en salud. Universidad Nacional de Colombia. Ministerio de Salud. 1993, p. 63.
- Historia de la Filosofía. Santillana. Enciclopedia del Estudiante. Buenos Aires. 2006, p. 20.
- Laín Entralgo, P. La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico, 2 ed., Barcelona, 1961, p. 339-340.
- Maunz, Dürig, Grundgesetz: Kommentar von Theodor Maunz et.al., München, C.H. Beck'sche Verlags Buchhandlung, 1985, pp. 2111. Citado por: Burbano Clara. El Concepto del Mínimo vital en la Jurisprudencia de la Corte Constitucional. Tutela. Acciones Populares y de Cumplimiento. II: 23. Bogotá: Legis Editores, S.A. 2001, p. 2217.
- Nussbaum, Martha. Capacidades como tiulaciones fundamentales: Sen y la justicia social. Estudios de Filosofía y Derecho. Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigación en Filosofía y Derecho. Teoría de los Derechos. No. 9. 2005. p. 7-58.
- OMS-OPS. El derecho a la salud en las Américas. Estudio Constitucional Comparado. Washington, D.C. 1989, p. 16.
- Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/about/es/>
- Régimen de Seguridad Social. Legis, S.A. Colección Códigos Básicos. Bogotá. 1997, p. 107.
- República de Colombia. 2007. Ley 1122, de 9 de enero de 2007. Bogotá: Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. No. 46506. Congreso de Colombia. 2007, p. 1-22.
- Sarmiento, Libardo (compilador). Los derechos sociales, económicos y culturales en Colombia: Balance y perspectivas, Bogotá, Consejería Presidencial para la Política Social, PNUD, 1995.
- Sen, Amartya. Desarrollo y Libertad. 3 Ed. Planeta. Bogotá. 2001, p. 99.
- Sepúlveda, Jaime; Gómez, Héctor. Origen, Rumbo y Destino de la Transición en salud en México y América Latina. Documento Borrador. México. 1995.
- Whitehead, Margaret. 1990. The concepts and principles of equity and health. OMS, Regional Office for Europe, Copenague. Citado por Daniels. Op. cit., p. 7-8.
- Vasco U. Alberto. Enfermedad y Sociedad. Ediciones Hombre Nuevo. Medellín. 1979, p. 17.