

EL DERECHO A LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: UN BINOMIO INSTRUMENTAL PARA PROTEGER LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

MSc. Karen Vargas López¹

INTRODUCCIÓN

Existe una idea generalizada a relacionar el derecho a la salud únicamente con la actividad médico asistencial que brinda el sistema de salud. Ello es resultado del tradicional enfoque curativo-biologista que sitúa el centro de las acciones sanitarias solo en la curación de enfermedades, dejando de lado las demás acciones de salud pública, como lo son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

Desde el ámbito de Derecho esa errónea concepción se traduce en que la mayoría de abogados cuando deben hacer la defensa legal de este derecho, se sitúan en actividades propias del ámbito hospitalario, siendo que la mayoría de demandas planteadas ante los tribunales de justicia son para exigir el acceso a medicamentos o intervenciones quirúrgicas. No obstante, tal paradigma omite reconocer y comprender el papel de los determinantes de la salud en el cuidado de la salud humana y por ende la evolución que debemos entender en la propia noción de salud.

El presente artículo pretende ser una guía que permita conocer los fundamentos conceptuales y legales tanto del derecho a la salud como la promoción de la salud, junto con las interacciones que ambos tienen en beneficio de la salud de la población. Se parte así de una concepción de salud pública que permita visualizar la salud de forma integral, a la luz del contexto actual.

En tal sentido, se orienta al lector en un primer apartado con enfoque legal, para exponer el concepto de derecho a la salud y algunas de sus principales fuentes jurídicas, partiendo de la salud como bien jurídico y su primacía sobre otros bienes. Además de hacer referencia al fenómeno de la judicialización de la salud, mediante algunas de sus principales manifestaciones.

Posteriormente, en un segundo apartado se plantean algunas de las interacciones entre el derecho a la salud y la promoción de la salud, pasando por el binomio instrumental que ambos conforman en procura de una mayor equidad sanitaria y la especial protección de la dignidad de la persona. Se cierra este apartado con la contextualización de temática en estudio en el caso concreto de la atención de la emergencia sanitaria en Costa Rica por COVID 19, a fin de visualizar cómo algunas estrategias propias de la promoción de la salud, resultan de gran

¹ Abogada y Salubrista por la Universidad de Costa Rica. Cuenta con más de 25 años de experiencia como funcionaria de la Caja Costarricense de Seguro Social. Actualmente se desempeña como asesora legal de la Gerencia Médica de la Caja Costarricense de Seguro Social. Es profesora universitaria a nivel de posgrado en la Universidad de Costa Rica y en la Universidad Estatal a Distancia. Es fundadora de la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica. Es egresada del Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS. Es integrante del Consejo Directivo de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario.

utilidad para proteger el derecho a la salud y la propia vida humana, por ejemplo, mediante la debida educación en salud, la participación social y la coordinación intersectorial.

La evolución que ha debido tener derecho a la salud para adecuarse a los nuevos enfoques de la salud pública, son parte de los principales elementos que se introducen en este artículo, como preámbulo a una discusión mayor que sobre esta temática debe darse.

I. EL DERECHO A SALUD COMO RESULTADO DEL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA

a) La salud como bien jurídico derivado de la dignidad de la persona y el derecho a la salud como un derecho de categoría superior

De previo es necesario indicar que el derecho a la vida es un derecho humano y fundamental, cuyo goce pleno es un prerequisite para el disfrute de todos los demás derechos humanos. Deriva de la propia dignidad de la persona y está protegido en distintos instrumentos internacionales de Derechos Humanos. En virtud de ello, tal y como lo ha reconocido la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), los Estados tienen la obligación de garantizar la creación de las condiciones que se requieran para que no se produzcan violaciones de ese derecho. (CIDH, 2018)

Para poder profundizar en el tema que nos ocupa es indispensable preguntarnos ¿qué entendemos por salud? y ¿en qué concepto de esta deberíamos enfocarnos para comprender los alcances del derecho a la salud? Desde el punto de vista legal, la salud es un bien público derivado de la vida humana y de la dignidad de la persona. En consecuencia, se considera un bien jurídico superior cuya protección debe ser garantizada por el Estado mediante acciones concretas y efectivas. Es así como el derecho a la salud surge de manera directa del propio derecho a la vida y por ende tiene una connotación de superior. Su especial tutela implica que todos los demás derechos pueden ser razonablemente limitados cuando se requieran acciones para salvaguardar la salud de las personas, partiendo de la premisa de que sin salud no hay vida. En este punto es necesario aclarar que, por la propia naturaleza de los derechos humanos, el derecho a la salud está directamente relacionado con el ejercicio de los demás derechos. Tales interrelaciones implican acciones interdependientes en espacios cada vez más dinámicos y cambiantes, según el contexto y las características de la población que se pretende proteger. Esto nos conlleva a señalar que cualquier análisis sobre el derecho a la salud, necesariamente obliga a comprender al salud en sentido amplio, bajo un enfoque de salud pública, considerando los determinantes de la salud.

Ahora bien, desde sus orígenes el concepto de salud ha estado ligado con “*ausencia de enfermedad*”, siendo una de las principales corrientes la desarrollada en trabajos del filósofo francés de inicios del siglo XVII, Descartes (Gandolfi, 2012) Posteriormente esta concepción evoluciona para adoptar la tradicional definición de la OMS (1948) que dispone que esta es concebida como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades*”. En la actualidad, desde un enfoque de salud pública, es posible afirmar que este es un concepto superado desde hace muchos años. Podríamos incluso atrevernos a considerar que, el giro radical que obliga a una progresión del concepto de salud tiene principal antecedente en la Declaración de Alma Ata (OMS/OPS, 1978). En ésta aunque se

reitera la citada definición de OMS, introduce elementos propios del enfoque de determinantes de la salud. Adicionalmente la concepción de OMS podría también estar superada si tomamos en consideración lo dispuesto en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que establece el derecho a la salud como el aquel derecho al *"más alto nivel posible de salud física y mental"* (ONU, 1966) , y que este no se limita únicamente al derecho a la atención de la salud, reconociéndose en la Observación General No. 14 del Pacto citado, que *"existen una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones con las cuales las personas pueden llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano"* (ONU, 2000). Es claro así que, desde esta perspectiva, la salud no podría ser considerada como un *"estado de completo estado de bienestar"*, sino más bien un estado de equilibrio entre factores determinantes de la salud. Ello nos termina por poner en una dinámica muy distinta en el entorno actual de un mundo globalizado, en el cual, hasta la salud se volvió un tema que escapa connotaciones nacionales y donde ante crisis sanitarias a nivel mundial, como la generada por el COVID 19, ya no bastan los esfuerzos nacionales de cada país y sociedad, sino que además el cuidar por la salud de las personas se vuelve un tema de repercusión internacional.

Es así como, la protección del derecho a la salud no es solo una responsabilidad estatal, sino también comunal, familiar e individual, siendo la educación en salud un factor clave para que las personas y la sociedad en general se empoderen sobre el cuidado de su propia salud y sean parte activa de los actores que deben intervenir para hacer efectivo este derecho. Un asunto que resulta de suma importancia considerando acciones de promoción de la salud y bajo la lógica según la cual, todo derecho conlleva obligaciones que deben ser cumplidas por las personas.

b) Conceptualización del derecho a la salud

Es posible afirmar que la mejor definición sobre el derecho a la salud la encontramos en la Observación General No.14 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la cual entre otros aspectos, dispone: *"El concepto del "más alto nivel posible de salud", a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. (...). Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud"*. Adicionalmente se aclara que *"el Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud"* (ONU, 2000)

Nótese como esta sola referencia nos permite comprender la evolución que ha debido tener el concepto de salud antes indicada y la connotación que debe darse al derecho a la salud en

la actualidad, en escenarios cada vez más cambiantes y con situaciones constantes que amenazan la salud de la población. El derecho a la salud entonces puede entenderse en sentido amplio, más allá de las relaciones con la prestación de los servicios de salud (típico enfoque curativo-biologista mayoritariamente utilizado en el ámbito del Derecho), para integrar ahora todo lo relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como también con la rehabilitación, con la debida integración del análisis de los determinantes de la salud.

Para algunos, el derecho a la salud surge como una nueva rama de la ciencia del Derecho que va teniendo cada vez un mayor posicionamiento en el ámbito jurídico y en el cual convergen disciplinas de dos ámbitos muy distintos del saber: el Derecho y la Medicina. Autores como el español Casabona afirman que esto sucede en un doble sentido: *“por un lado se requiere una visión conjunta integradora de todas las ramas del Derecho y, por otra, tener los conocimientos técnicos específicos de la medicina”* (Delduque, 2012). No obstante, esto podría limitarse a la mera perspectiva de la medicina legal, dado que históricamente es en esta donde más hemos visto cierta integración de tales saberes. Para efectos de lo que se ha venido planteando, me permito adaptar la idea del profesor Casabona y a la luz de las necesidades actuales de un mundo cada vez dinámico y globalizado, hacer la siguiente precisión: el derecho a la salud permite una visión integradora de todas las herramientas de protección de los derechos fundamentales que nos brinda el conocimiento de Derecho en general y de sus distintas ramas en particular, con los conocimientos teóricos y prácticos de la salud pública, a fin de garantizar la protección efectiva de la salud de la población y de la vida de las personas.

Es así como, en procura de integrar en una sola definición aspectos del Derecho y de salud pública, desde hace unos años me permití conceptualizar el derecho a la salud de la siguiente manera: se trata de un *derecho subjetivo y fundamental, inherente al ser humano, el cual debe ser tutelado por el Estado, debiendo este garantizar el acceso equitativo a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, tomando en cuenta los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad. En tal sentido, existe obligación del poder estatal de adoptar medidas necesarias para que la población tenga acceso, con calidad, a los servicios básicos que se requieren para proteger su salud, los cuales deben brindarse de forma eficiente, eficaz y efectiva; considerando que la protección efectiva de este derecho también se requiere del compromiso y responsabilidad de cada persona y comunidad en el cuidado de su propia salud.*(Vargas, 2016)

c) Fundamento legal

c.1) Instrumentos internacionales de Derechos Humanos

En distintos cuerpos normativos a nivel internacional es posible encontrar referencias a la protección del derecho a salud, siendo los siguientes los que mejor lo delimitan y definen;

- Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), artículo 26: Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la

Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. (OEA, 1969)

- Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25: 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social. (ONU, 1948)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12: 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (ONU, 1966)
- Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador, artículo 10: Derecho a la Salud 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a. la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (OEA, 1988)
- Observación General No. 14: “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”²: Mediante dicha observación se interpreta el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Desde su inicio establece que, “*la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*

² Adoptada el 11 de agosto de 2000. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

que le permita vivir dignamente". La misma Observación General No. 14, indica que este derecho incluye los siguientes elementos esenciales los cuales están estrechamente interrelacionados: a) disponibilidad, b) accesibilidad (en cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información), c) aceptabilidad y d) calidad. (ONU, 2000)

Además de lo anterior, en la misma Observación se indica que el derecho a la salud se reconoce, *"en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales"*.

- **Reglamento Sanitario Internacional:** Constituye un instrumento de derecho internacional suscrito entre 196 países miembros de la Organización Mundial de la Salud, con el propósito de trabajar de forma conjunta en favor de la seguridad sanitaria mundial. Adoptado inicialmente en 1969, ha tenido varias modificaciones, como resultado de la necesidad de adoptarlo a situaciones propias de un mundo globalizado, considerando el aumento de los viajes y el comercio internacional, así como la aparición y reaparición de amenazas de enfermedades y otros riesgos para la salud pública de alcance internacional. Dentro de dicho contexto, en la 48ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1995, se solicitó su revisión, pero es hasta la 58ª Asamblea Mundial de la Salud del 23 de mayo de 2005 cuando se dispuso adoptar el nuevo texto, cuya vigencia empezó el 5 de junio de 2007. (OMS, 2005)

El artículo 2 del Reglamento establece que su finalidad y el alcance son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales.

Este cuerpo normativo constituye uno de los principales referentes cuando se trata de la atención de emergencias sanitarias a nivel internacional, dado que incluye medidas específicas que se deben adoptar en los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres para limitar la propagación de riesgos sanitarios hacia países vecinos y evitar la imposición de restricciones injustificadas a los viajes y el comercio, de modo de reducir al mínimo los trastornos en el tráfico y las actividades comerciales. (OMS)

c.2) Jurisprudencia de interés

Por las limitaciones propias del presente artículo solo me referiré a tres sentencias que podrían considerarse “icónicas” en relación con el derecho a la salud, en virtud del desarrollo que realiza cada Tribunal de este derecho, además de tratarse de sentencias de años muy recientes y que marcan una evolución importante en el contenido del derecho en estudio.

i) Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH):

Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 de marzo de 2018. En esta se reconoce que el derecho a la salud se encuentra protegido en el artículo 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos, siendo que, aunque en su literalidad no se refiere de forma expresa al mismo, dicho Tribunal lo ha interpretado en que de “*los términos del mismo indican que se trata de aquel derecho que se deriva de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura contenidas en la Carta de la OEA*”. Adicionalmente, se agrega que: “*la Corte reitera que el derecho a la igualdad y no discriminación abarca dos concepciones: una negativa relacionada con la prohibición de diferencias de trato arbitrarias, y una positiva relacionada con la obligación de los Estados de crear condiciones de igualdad real frente a grupos que han sido históricamente excluidos o que se encuentran en mayor riesgo de ser discriminados. En tal sentido, la adopción de medidas positivas se acentúa en relación con la protección de personas en situación de vulnerabilidad o en situación de riesgo, quienes deben tener garantizado el acceso a los servicios médicos de salud en vía de igualdad*”. Como conclusión general en esta sentencia sobresale: i) *el derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana; ii) este derecho en situaciones de urgencia exige a los Estados velar por una adecuada regulación de los servicios de salud, brindando los servicios necesarios de conformidad con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, calidad y aceptabilidad, en condiciones de igualdad y sin discriminación, pero también brindando medidas positivas respecto de grupos en situación de vulnerabilidad; iii) las personas mayores gozan de un nivel reforzado de protección respecto de servicios de salud de prevención y urgencia; iv) a fin de que se impute la responsabilidad del Estado por muertes médicas es necesario que se acredite la negación de un servicio esencial o tratamiento pese a la previsibilidad del riesgo que enfrenta el paciente, o bien una negligencia médica grave, y que se corrobore un nexo causal entre la acción y el daño. Cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso; v) la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad personal; y vi) el consentimiento informado es una obligación a cargo de las instituciones de salud, las personas mayores ostentan la titularidad de éste derecho, sin embargo, se puede transferir bajo ciertas circunstancias a sus familiares o representantes. Asimismo, persiste el deber de informar a los pacientes o, en su caso cuando proceda, a sus representantes sobre los procedimientos y condición del paciente*”. (CIDH, caso Poblete Vilches vs Chile. Sentencia del 8 de marzo del 2018)

ii) **Sentencia de la Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. Colombia**

Sentencia T-760 del 2008. Constituye el primer antecedente que a nivel latinoamericano encontramos de una sentencia estructural³, en la cual se analizaron 21 acciones de tutela, interpuestas por ciudadanos que consideraban que se les había violentado su derecho a la salud por parte del Ministerio de Protección Social. La Corte Constitucional aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud, relacionados a diversas situaciones en las cuales el acceso a los servicios de salud requerido fue negado. Estas situaciones fueron las siguientes: acceso a servicios de salud contemplados en el plan obligatorio de salud (POS), sometidos a pagos moderadores; acceso a servicios de salud no incluidos dentro del POS; acceso a los servicios de salud que requiere un menor para su adecuado desarrollo; reconocimiento de incapacidades laborales cuando no se cumplen los requisitos de pago oportuno; acceso a los servicios de salud en condiciones de integralidad; acceso a los servicios de salud de alto costo y para tratar enfermedades catastróficas, así como a los exámenes diagnósticos; acceso a los servicios de salud requeridos por personas vinculadas al Sistema de Salud, en especial si se trata de menores; acceso a los servicios de salud cuando se requiere desplazarse a vivir en lugar distinto a aquel en que reside la persona; libertad de elección de la '*entidad encargada de garantizarle el acceso a la prestación de los servicios de salud*' y duda acerca de la inclusión del lente intraocular en el POS y procedencia del recobro. También fueron incluidos en el análisis de dicha tutela casos donde se reclamaba el reembolso oportuno de los gastos de un servicio médico no cubierto por el POS. (Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760, 2008)

En dicha sentencia se reconoce que el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental y afirma que, la Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido estableciendo su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana, lo cual le ha permitido a la Corte identificar aspectos del núcleo esencial del derecho a la salud y admitir su tutelabilidad; la segunda ha sido reconociendo su naturaleza fundamental en contextos donde el tutelante es un sujeto de especial protección, lo cual ha llevado a la Corte a asegurar que un cierto ámbito de servicios de salud requeridos sea efectivamente garantizado; la tercera, es afirmando en general la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes obligatorios de salud, con las extensiones necesarias para proteger una vida digna. (Corte Constitucional de Colombia, 2008)

En el apartado 3.2.1.5 de la misma, se dispone que, el reconocimiento de la salud como un derecho fundamental en el contexto constitucional colombiano, coincide con la evolución de su protección en el ámbito internacional; y afirma que, la génesis y desenvolvimiento del derecho a la salud, tanto en el ámbito internacional como en el ámbito regional, evidencia la fundamentalidad de esta garantía. Sobresale además lo indicado en el apartado 3.4.2, al precisar que el más amplio desarrollo acerca del derecho a la salud, su alcance y significado,

³ Se le denomina sentencia estructural porque en ella no solo se resuelve el caso concreto objeto de amparo sino que el juez a la vez analiza elementos generales y estructurales del sistema de salud y ordena acciones en relación con la organización y el funcionamiento de este. Ha sido una tendencia cada vez más creciente en América Latina, siendo Colombia y Costa Rica los países donde primero se han manifestado.

lo ha realizado el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en la *Observación General N°14* (2000) acerca ‘*el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*’. (Corte Constitucional de Colombia, 2008)

Definitivamente se trata de una sentencia que exige su lectura cuidadosa y pausada, para lograr una mejor comprensión del derecho a la salud en la actualidad, dado que en ella se analizan a profundidad elementos básicos y los principales fundamentos de este derecho.

iii) Sentencia de la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. Costa Rica

En el caso de Costa Rica, debido a que el derecho a la salud no está incluido en el texto de la Constitución Política, la Sala Constitucional ha interpretado que éste deriva del derecho a la vida regulado en el artículo 21 constitucional. En este punto cabe destacar que, en virtud del fácil acceso que se tiene a la justicia constitucional en este país (no se requiere patrocinio legal ni formalidades para la interposición de un recurso de amparo, basta con solo indicar un medio para recibir notificaciones), son numerosos los recursos de amparo que de manera constante se interponen para exigir la protección de este derecho. En relación con el mismo, los temas que mayor cantidad de amparos generan, son los relacionados con intervenciones quirúrgicas y procedimientos médicos, ambos agrupados bajo la figura de “*listas de espera*”, así como también por el acceso a medicamentos, ello a pesar de la solidez del sistema de salud costarricense que suma ya más de 75 años de desarrollo y cuyas características lo destacan como un sistema único de salud (todos los hospitales, clínicas, EBAIS y puestos de visita periódica, públicos, son administrados por la Caja Costarricense de Seguro Social), solidario, equitativo, de acceso universal, sólido y de amplia experiencia.

Existen así gran cantidad de sentencias en las cuales se analiza este derecho, sin embargo, una de las resoluciones que mejor lo desarrolla es la No. 05560 – 2019 de 29 de marzo de 2019 emitida por la Sala Constitucional. Se trata de una sentencia estructural en materia de listas de espera, mediante la cual se ordena a la Caja Costarricense de Seguro Social a “*elaborar en el plazo de SEIS MESES, contados a partir de la notificación de esta sentencia, un sistema de gestión integrado para solventar los problemas de lista de espera*”. Nótese que, aunque el recurso de amparo que generó esta sentencia versaba sobre la no programación de una cirugía, en su análisis dicho Tribunal hace todo un recuento de los distintos instrumentos jurídicos que procuran garantizar el derecho a la salud e incluso categoriza estos según determinados grupos en estado de vulnerabilidad. Entre su contenido se destaca el siguiente extracto: “*Si bien es cierto que el derecho a la salud ha sido derivado del derecho a la vida y a un ambiente saludable y ecológicamente equilibrado por su interrelación con esos derechos, no podemos dejar de lado que este derecho fundamental es un derecho autónomo y con su propio contenido esencial. Basta sólo con consultar el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su numeral 12, para percatarnos de lo que venimos afirmando. En efecto, en dicho instrumento internacional de derechos humanos se establece claramente el derecho de toda persona al disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, por lo que el Estado y sus instituciones tienen el deber de asegurar la plena efectividad de ese derecho a través de una serie de acciones positivas y del ejercicio de las potestades de regulación, fiscalización y de policía sanitaria. Lo anterior significa, ni más ni menos, la prevención y el tratamiento efectivo de enfermedades, así como la creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia*

médica y servicios médicos de calidad en caso de enfermedad. Dicho lo anterior, el derecho a la salud comprende la disponibilidad de servicios y programas de salud en cantidad suficiente para los usuarios de estos servicios y destinatarios de estos programas. Por otra parte, el derecho a la salud también conlleva la accesibilidad a estos servicios y programas, cuya cuatro dimensiones son la no discriminación en el acceso a los servicios de salud, la accesibilidad física – particularmente por parte de los más vulnerables-, la accesibilidad económica – que conlleva la equidad y el carácter asequible de los bienes y servicios sanitarios- y la accesibilidad a la información. No menos importante es que los servicios y programas de salud sean aceptables, es decir, respetuosos con la ética médica, culturalmente apropiados, dirigidos a la mejora de la salud de los pacientes, confidenciales, etc. Por último, y no por ello de menor relevancia, el derecho a la salud implica servicios y programas de calidad, lo que significa que tales servicios deben ser científica y médicamente apropiados”. Resalta además de esta sentencia que en la misma se hace referencia a la protección del derecho a la salud de distintos grupos en estado de vulnerabilidad con la referencia expresa a los instrumentos internacionales de derechos humanos que de manera concreta los garantizan. Entre dichos grupos tenemos: personas adultas mayores, la mujer, personas menores de edad, personas con alguna discapacidad, personas indígenas, personas en condición de pobreza, personas privadas de libertad.

Es posible afirmar que la sentencia No. 05560 – 2019, es una verdadera “*pieza jurídica*” que debe necesariamente ser estudiada, para lograr una mejor comprensión del derecho a la salud y de sus distintos componentes, partiendo además de la protección de poblaciones vulnerables.

El igual sentido, en relación con el derecho a la salud se pueden ver las sentencias No. 2011-3576 de las 13:03 hrs. del 18 de marzo de 2011, No 2012-6554 de las 10:30 hrs. del 18 de mayo de 2012, No. 2013-4383 de las 14:30 hrs. del 02 de abril de 2013, No. 2014-16665 de las 09:05 hrs. del 10 de octubre de 2014, No. 2015-19773 de las 09:05 hrs. del 18 de diciembre de 2015, No. 2016-7007 de las 14:30 hrs, del 24 de mayo de 2016, No. 2017-13811 de las 09:15 hrs. del 30 de agosto de 2017 y 2018-10328 de las 14:30 hrs, del 27 de junio de 2018, entre muchas otras; todas citadas en la misma resolución de comentario y dictadas por la Sala Constitucional.

d) Luchas sociales por el derecho a la salud

En los últimos años varios países de Latinoamérica han experimentado un fenómeno en constante aumento. Se trata de la denominada *judicialización de la salud* (o litigación por los derechos de la salud como también es conocida), la cual consiste en la práctica reiterada de las personas para exigir ante los tribunales de justicia el acceso a determinadas prestaciones sanitarias con fundamento en el derecho a la salud. Esto se realiza generalmente, or medio de recursos de amparo (caso de Costa Rica), acciones de tutela (como sucede en Colombia) u otros mecanismos habilitados en la legislación de cada Estado. En cada país varía el mecanismo de acceso, siendo que pocos sistemas como el costarricense incluyeron en sus legislaciones el acceso directo a la justicia constitucional sin necesidad de patrocinio o representación legal. En la mayoría de países, al igual de como sucede en Costa Rica, los temas que mayoritariamente se recurren es por acceso a medicamentos, intervenciones quirúrgicas o para la realización de procedimientos médicos (listas de espera).

Brasil, Colombia y Costa Rica, son los países donde principalmente y con mayor fuerza se ha presentado este fenómeno, pero se reconoce que en los dos últimos donde encontramos su génesis, evolucionando desde los años 1990 hasta nuestros días y generando en la actualidad una verdadera presión para los sistemas de salud, como resultado del tipo de órdenes que se dictan, en muchos casos independientemente de preceptos como la medicina basada en evidencia y la medicina de consenso. Dicha evolución ha llegado incluso a que se emitan las denominadas *sentencias estructurales*, según las cuales, el juez constitucional termina por ordenar cambios y medidas para todo el sistema de salud, tanto en su estructura como en su funcionamiento, partiendo del análisis de casos concretos. (Yamin, 2013)

En el caso de Costa Rica, la lucha por el derecho a la salud encuentra su génesis en los años 90's, con la interposición de los primeros recursos de amparo en materia de VIH, en los cuales los recurrentes reclamaban principalmente la falta de acceso a medicamentos antirretrovirales, así como la discriminación que sufrían como resultado de tratos diferenciados en el propio sistema de salud.

La sentencia No. 3001-97 del 30 de mayo de 1997, emitida por la Sala Constitucional de este país, constituye el primer referente jurisprudencial que, surge luego de una larga lucha sostenida principalmente por ONG's que abogaban por la protección del derecho a la salud de un grupo altamente vulnerable en ese momento como lo era el constituido por personas con VIH-SIDA. En esta sentencia se analizó la razonabilidad de la medida con la que el Laboratorio de Química Clínica del Hospital Rafael A. Calderón Guardia, remitía las muestras de los pacientes portadores del virus VIH a los laboratorios privados para la realización de los exámenes correspondientes y en tal sentido consideró que, no era legítimo que el servicio hospitalario, que incluye los exámenes químico-clínicos para todos los demás pacientes de la CCSS, sea diferenciado para los pacientes que portan el VIH-SIDA, agregando que la negativa de la CCSS no resultaba razonable ni objetiva e implicaba una medida discriminatoria, lo que por ende, atentaba contra el derecho a la salud por constituirse en una barrera en el acceso al servicio de salud.

Posterior a esta sentencia, en el mismo año la Sala Constitucional emite la resolución No. 5934-97 del 23 de noviembre de 1997, se trataba de un recurso de amparo de un paciente enfermo de SIDA que reclama el suministro de antirretrovirales por parte de la Caja, el cual fue declarado con lugar. En esta, el Tribunal Constitucional señala que, reconocer y afirmar que la prestación de efectivo auxilio médico a los enfermos de SIDA es un deber del Estado costarricense, derivado de los conceptos de justicia y solidaridad que impregnan al régimen de seguridad social contenido en la Constitución Política y de la misión que ésta le encomienda a la CCSS. Ante una solicitud de adición y aclaración al voto No. 5934-97 se dictó la sentencia No. 0504-I-97 del 24 de octubre de 1997, y en esta se ordena a la CCSS, brindar el mismo tratamiento que el que se ordenó para el recurrente a todas las personas que así se lo requieran y que se encuentren en las mismas condiciones, debiendo quedar claro que, para obtenerlo, de ninguna manera resulta requerido que el interesado o interesada deba primero accionar en esta vía para obtener un pronunciamiento a su favor.

Con esta línea jurisprudencial, resultado de gran cantidad de recursos de amparo en la materia, se ordenó finalmente al Estado costarricense a emitir la regulación que permitiera

dar efectiva protección a las personas con VIH-SIDA, además de ordenar el suministro de medicamentos antirretrovirales, los cuales en ese momento no estaban incluidos en el esquema de medicamentos a nivel público. En razón de ello, en el año 1998 se emitió la Ley General sobre el VIH/SIDA y en el año 1999 su reglamento. Actualmente la Caja cuenta con más de 11 medicamentos antirretrovirales, los cuales han sido incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos. Esto constituye todo un ejemplo de como, largas luchas sociales por el derecho a la salud terminan judicializándose y con ello, el juez lograr encontrar soluciones que, aunque en muchos casos pueden resultar cuestionables desde la óptica médica o asistencial, pretenden finalmente proteger derechos fundamentales y la propia dignidad de la persona.

No obstante lo anterior, es necesario reitera que, tal y como lo dispone la Observación General No 14, indicada en apartados anteriores, el derecho a la salud requiere la realización de una variedad de derechos, por lo que este no se materializa solo mediante la prestación de servicios de salud o el acceso a los mismos. Garantizar vivienda digna, contar con acceso a alimentos, tener acceso a agua potable, contar con trabajo digno, acceder a la educación, el respeto por la dignidad humana, el acceso a la información, entre otros, son derechos interrelacionados de forma directa con la posibilidad de garantizar el derecho a la salud. No obstante, en la mayoría de casos, las personas visualizan este derecho únicamente desde la prestación de servicios de salud, es decir, bajo un enfoque curativo, obviando que el derecho a la salud va más allá de ello, y debe considerar los determinantes de la salud para su efectiva protección y garantía. (Yamin, 2013)

II. INTERRELACIONES ENTRE DERECHO A LA SALUD Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

a) El binomio derecho a la salud-promoción de la salud como una herramienta para alcanzar mayor equidad en salud y proteger la dignidad humana

Los orígenes conceptuales de la promoción de la salud los encontramos en la promulgación de la Carta de Ottawa, dada dentro del marco de la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, ante la necesidad de darle una nueva concepción a la salud pública como disciplina, tal y como lo dispone el propio texto de dicha Carta. En esta se define la promoción de la salud como el “*proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*” Nótese que en dicha definición resalta el “*proporcionar*” (OMS, 1986), es decir, facilitar o suministrar a las personas condiciones que les permitan un mejor estado de salud integral, así como que puedan tener un mejor control sobre este. Dentro de este contexto, la Carta establece que, para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de realizar las siguientes acciones:

1. Identificar y realizar sus aspiraciones.
2. Satisfacer sus necesidades.
3. Cambiar o adaptarse al medio ambiente.

En relación con lo anterior, es posible afirmar que, el nivel más alto posible de salud al que puede llegar una persona o grupo, conforme la definición de derecho a la salud dada por la

Observación General No. 14, citada en líneas anteriores; requiere para su efectivo entendimiento, considerar la posibilidad de materializar esas tres acciones, siempre y cuando se considere además el enfoque de determinantes de la salud, dado que la misma Carta establece que “*factores políticos, económicos, sociales, culturales de medio ambiente, de conducta y biológicos puedan intervenir bien en favor o en detrimento de la salud*” (OMS, 1986). Es decir, que ese “*nivel más alto posible de salud*” depende directamente de tales factores y por ende el propio derecho a salud.

Otro aspecto de interés, desde el punto de vista legal, es que la Carta establece la promoción de la salud como estrategia para lograr la equidad sanitaria, procurando reducir diferencias en el estado de salud de las personas. Surge aquí una interrogante importante, ¿en materia de salud debemos hablar de equidad o de igualdad? La respuesta a esta pregunta podría encontrarse al comprender que en materia de salud no es posible que dos sujetos tengan iguales condiciones de vida, dado que para cada uno esta depende de distintos determinantes, según los cuales, se presentan diferentes factores que pueden influir a favor o en contra de su estado de salud. La igualdad en cambio, requiere que sea posible poder comparar sujetos que se encuentran en una misma categoría, es decir, que reúnan mismas condiciones, lo cual como hemos visto no es posible partiendo de un enfoque de determinantes, debido a que nunca dos personas van a estar en iguales condiciones biológicas, de ciclo de vida, de entorno y de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, entre otras. Una sola diferencia en alguno de estos componentes implicaría que los sujetos que se pretende cotejar ya no están en una misma categoría y por ende no podrían ser comparables, con la lógica consecuencia de no poder establecer entre ellos relacionales de igualdad o de desigualdad. En razón de lo anterior, surge la necesidad de considerar que materia de salud lo correcto sería hablar de equidad, como objetivo necesario para garantizar el derecho a la salud de la población.

Ahora bien, tal y como lo ha establecido la OPS, la equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas, mediante la eliminación de las diferencias que son innecesarias y evitables. Tal definición parte de la histórica concepción que al respecto ha planteado Whitehead (1990), quien considera que la equidad en salud implica la ausencia de inequidad en salud, siendo que la inequidad como concepto, tiene una dimensión moral y ética; se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además, son consideradas también injustas y arbitrarias. Tales diferencias en todo caso deberán ser medibles según los determinantes que estén influyendo en el estado de salud de la persona.

Como complemento a lo dispuesto en la Carta de Ottawa, surge la Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado, cuyo alcance pretende establecer las medidas, los compromisos y las promesas necesarias para abordar los factores determinantes de la salud en un mundo globalizado mediante la promoción de la salud y se orienta más hacia la comprensión de las sinergias entre derecho a la salud y promoción de la salud, al referirse a esta última de la siguiente manera:

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La promoción de la salud se basa en ese derecho humano fundamental

y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. La promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejorar así ésta. Es una función central de la salud pública, que coadyuva a los esfuerzos invertidos para afrontar las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para la salud. (OMS, 2005)

Nótese la evolución que ha debido darse hasta llegar a un punto donde como se refleja en el texto anterior, se introduce la definición de derecho a la salud de la Observación General No. 14 (ONU/CDESC, 2000), según la cual el derecho a la salud de una persona o grupo se entiende como aquel *derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente*”, en el concepto mismo de promoción de la salud que posteriormente surge en la Carta de Bangkok (OMS, 2005), siendo esta idea de lo “*posible*” lo que de nuevo nos obliga a considerar el enfoque de los determinantes de la salud. Es decir, tanto la promoción de la salud como el derecho a la salud, desde sus bases conceptuales más actualizadas permiten comprender la necesidad e incluso obligación legal de abordar los determinantes como factor clave para proteger la salud de las personas y por ende su vida, según la posibilidad que exista de abordar estos y dar mejores condiciones de vida a las personas.

La Carta de Bangkok permite ahora comprender de mejor manera que la promoción de la salud es una herramienta indispensable para hacer efectiva la protección de los derechos fundamentales de la persona, siendo el derecho a la salud junto con el derecho a la vida, a los que especiales garantías deben dársele por encima de cualquier otro derecho e interés. Es aquí donde la máxima según la cual el interés público priva sobre el intereses privados, cobra protagonismo y debe ser una realidad, para lograr mayor equidad en salud.

Otro antecedente de importancia dentro de lo expuesto hasta aquí, lo encontramos en la Declaración de Adelaida sobre salud en todas las políticas. En su preámbulo establece que esta surge ante la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios. Esto requiere una nueva forma de gobernanza en la que haya un liderazgo conjunto dentro de los gobiernos, entre todos los sectores y niveles de gobierno. Vemos así que, de nuevo se insiste en la equidad sobre motor de desarrollo humanos y dentro de dicha lógica se plantea que una población sana es un requisito fundamental para la consecución de los objetivos de la sociedad, considerando que la reducción de las desigualdades y las diferencias sociales mejora la salud y el bienestar de todos. (OMS, 2010)

De interés en la temática que nos ocupa es también la Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la cual se plantea el fomento de la equidad a partir de los conocimientos sanitarios, comprendiendo estos como determinantes fundamentales de la salud. En tal sentido, la misma reconoce que, los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud, agregando que, el hecho de que los encargados de la adopción de decisiones y los inversores tengan un alto nivel de conocimientos sanitarios contribuye a que se impliquen más en favor de los resultados sanitarios, los beneficios conjuntos y las intervenciones eficaces respecto de los

determinantes de la salud. Los conocimientos sanitarios se basan en un acceso incluyente y equitativo a una educación de calidad y al aprendizaje permanente. Debe ser una parte integrante de las capacidades y competencias desarrolladas a lo largo de la vida, primera y principalmente a través de los planes de estudio escolares. (OMS, 2016)

De lo dicho hasta aquí sobre las relaciones que podemos encontrar entre el derecho a la salud y la promoción de la salud, es posible afirmar que estos constituyen un binomio instrumental útil para alcanzar una mayor equidad sanitaria que permita finalmente el respeto por la dignidad de la persona, tal y como se resume en la siguiente figura.

FIGURA No. 1
Interrelaciones entre el derecho a la salud y la promoción de la Salud



Fuente: elaboración propia

Ahora bien, Mejía (2016) nos recuerda que son cinco las líneas de acción que se han planteado para desarrollar acciones efectivas en materia de promoción de la salud, a saber: la formulación de políticas saludables, el fortalecimiento de las destrezas y potencialidades de la comunidad, la creación de entornos saludables, la reorientación de los servicios de salud y el fortalecimiento de la participación ciudadana. Para lo cual, cuatro son las principales herramientas a utilizar en su implementación: la educación en salud, el mercadeo social, la participación comunitaria y la coordinación intersectorial.

En el siguiente apartado veremos cómo tales herramientas toman un rol protagónico en la atención de situaciones de emergencia sanitaria como es en el caso de la pandemia por COVID 19, siendo que, si partimos de la premisa según la cual, el derecho a la salud de la población es responsabilidad de todos, la debida educación que se brinde a la población sobre cómo cuidar su salud con la debida participación de las personas y la correcta coordinación

de sectores público -privado, mediante un abordaje interinstitucional; son piezas claves en un ajedrez donde el juego versa en cuidarnos juntos como sociedad y evitar el colapso de los sistemas de salud. Se trata de una batalla que entre todos debemos luchar y ganar.

Por ello no son casualidad las palabras emitidas por el Dr. Mario Ruiz Cubillo, Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social, en una conferencia de prensa realizada a finales del mes de junio de 2020, donde dio a conocer la situación que enfrentan los servicios de salud en Costa Rica por el COVID 19. En tal sentido indicó: *si los servicios de salud colapsan vamos a enfrentar una crisis jamás imaginada en el sistema sanitario. Pero todavía estamos a tiempo de evitarlo*, ello dentro del llamado que estaba haciendo a la población para que asuma su responsabilidad en medio de la emergencia sanitaria, con el deber de cuidarnos entre todos como sociedad y de forma individual. Es aquí donde el autocuidado, el debido distanciamiento social y el respeto los protocolos de atención dictados por las autoridades sanitarias, son parte de las principales estrategias para hacer frente a la situación que se presenta en nuestros países por dicha enfermedad.

La educación en salud para toda la población se convierte así en un componente fundamental de la promoción de la salud, a fin de que las personas cuenten con mayor información que les permita empoderarse de cómo cuidar de su salud, la de su familia, la de su comunidad y del propio sistema sanitario. Nunca antes esta herramienta ha tenido tanta relevancia para cuidarnos a todos, mediante la debida información sanitaria que pueda hacerse llegar a los distintos sectores de la población y en especial a los grupos en mayor estado de vulnerabilidad.

b) La integración del binomio derecho a la salud -promoción de la salud en la atención de la pandemia por COVID 19 en Costa Rica

Sin lugar a dudas, una de las principales actividades de salud pública que han sido claves en la atención de la pandemia por COVID 19 ha sido la vigilancia en salud, entendida esta según la OMS como *“la recogida, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos sanitarios con el fin de planificar, analizar y evaluar las prácticas en esa esfera. Se lleva a cabo de forma sistemática para conocer las tendencias de las enfermedades y es fundamental para responder a las epidemias”*. (OMS, 2017). Precisamente, las decisiones de los países en la atención de la emergencia sanitaria por COVID 19, han debido basarse, en los casos con resultados más satisfactorios, en la información generada desde este ámbito del conocimiento. La ciencia una vez más permite la toma de decisiones oportunas y es ahí donde el Derecho debe procurar, con información actualizada, acciones oportunas para ajustar la normativa existente o crear nuevos instrumentos jurídicos que permitan brindar seguridad jurídica para toda la población.

Para comprender las rápidas y numerosas acciones regulatorias que han surgido en Costa Rica para atender la alerta sanitaria por COVID 19, es importante la siguiente relación de fechas:

TABLA No. 1
Fechas de interés en la atención de la emergencia sanitaria por COVID 19
en Costa Rica

FECHA	EVENTO
08/12/19	Se diagnosticó el primer caso en un hospital de Wuhan, China.
22/01/20	El Ministerio de Salud emite la primera versión de los Lineamientos Nacionales para la Vigilancia de la Enfermedad Covid 19 (al 10 de junio esto van por la versión No. 14, dada la necesidad de estar constantemente revisándolos y actualizándolos, según el comportamiento de la enfermedad en el país),
06/03/20	Se confirma en Costa Rica el primer caso por dicho virus en un turista norteamericano
07/03/20	Se confirman los primeros casos de costarricenses.
08/03/20	Se declara en el país estado de alerta amarilla.
11/03/20	La OMS declaró como pandemia el evento sanitario por COVID 19 ante la inacción de los países por frenar su avance.
16/03/20	El Gobierno de la República decretó emergencia nacional por COVID-19, según Decreto Ejecutivo No. 42227-MP-S.

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de distintas fuentes documentales emitidas por la CCSS

En el caso de Costa Rica, un país con poco más de 51.000 kms de extensión y una población algo superior a los 5.000.000 de habitantes para el mes de junio de 2020, se cuenta con un sistema único de salud, de acceso universal, solidario y universal, administrado por la Caja Costarricense de Seguro Social que incluye 29 hospitales y 106 Areas de Salud. En la atención de la emergencia sanitaria han sido clave las acciones de tamizaje generadas desde los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que para el mes de mayo de 2020 alcanzaban los 1063. Se trata de equipos de atención primaria ubicados en el seno de las comunidades y cuyo conocimiento de la realidad local y de las características de su población adscrita, los convierten en una herramienta de gran utilidad a nivel sanitario.

Ahora bien, si adelante ya indicamos que el concepto de salud debe entenderse en sentido amplio, desde un enfoque de determinantes de la salud, es lógico ahora considerar las estrechas relaciones que existen entre el derecho a la salud y acciones como la vigilancia epidemiológica, siendo que esta puede brindar a los tomadores de decisiones en el ámbito local y estatal, información de gran utilidad para definir estrategias y actividades que permitan garantizar el derecho a la salud, por medio de información oportuna, veraz y de calidad, elementos claves del derecho a la información que tiene toda persona.

En la atención de la emergencia sanitaria por COVID 19, en muchos países se ha tomado decisiones que limitan algunos derechos como el derecho a la circulación, también conocido como derecho a la libertad de tránsito, mediante medidas sanitarias que obligan al distanciamiento social y en muchos casos incluso al confinamiento domiciliar como estrategia para combatir esta emergencia cuya afectación es mundial. El derecho a la salud ha retomado gran exposición y preponderancia a raíz del COVID 19, obligando a muchos gobernantes y autoridades sanitarias a hacer un ejercicio de balanza entre proteger la salud de la población y dar continuidad a la actividad económica de sus países. En este contexto también ha estado abierto el debate en algunos países entre qué debe tener primacía: el

derecho individual de cada sujeto a elegir cómo hacer frente ante situaciones de alerta sanitaria o el derecho colectivo (y con este el interés público) por proteger la salud de la población.

Es claro que cada sociedad, según el conjunto de valores que tenga establecido dará más importancia uno de estos enfoques frente al otro. En Estados Unidos por ejemplo, ha sido evidente, según lo informado en distintos medios de comunicación masiva, como en distintos Estados surgen manifestaciones donde las personas exigen el derecho individual a decidir cómo cuidar de su propia salud negándose a aceptar medidas como el aislamiento en el hogar (algo semejante a lo acontecido en años recientes respecto de la oposición de algunos grupos a aceptar vacunas para sus hijos). En otros países como Costa Rica, las autoridades de Gobierno han comprendido que en medio de una alerta sanitaria como la que actualmente se vive por el COVID 19, la salud está por encima de cualquier bien económico, y aunque las presiones de distintos sectores resurgen cada día por la apertura de fronteras y normalización de actividades económicas y comerciales, el propio Ministro de Salud, Dr. Daniel Salas, ha sido enfático en señalar de manera reiterada que la salud de la población es primero. Nótese que en un país como este donde las actividades turísticas han sufrido un grave golpe en su giro comercial, los cierres de fronteras y prohibición de visitar playas o lugares públicos, junto con el cierre de hoteles, bares y restaurantes por más de dos meses, ha tenido grandes repercusiones en la economía de esta nación altamente dependiente del sector turismo. Evidentemente el contexto actual nos enfrenta a un desafío cada vez más cambiante y dinámico cuando se trata de alertas sanitarias de orígenes poco o nada conocidos y cuyo abordaje y atención se convierte en un reto diario para las autoridades.

Desde la perspectiva del Derecho y en concreto, para garantizar el derecho a la salud, ha sido clave en la atención de pandemia la regulación rápida, oportuna y cercana a cada situación que se ha presentado. Es posible afirmar que nunca antes el Derecho estuvo más cercano a la salud de las personas y nunca antes los operadores del Derecho ni quienes trabajamos de manera directa en asesoría legal para la autoridad sanitaria, habíamos sentido de forma tan viva y cercana la necesidad de superar aquella famosa frase que nos enseñaban en la Facultad de Derecho, según la cual *“el Derecho siempre está detrás de la realidad y por ende siempre existe la necesidad de su constante actualización”*. En medio de la situación de emergencia sanitaria, al menos en Costa Rica, la normativa ha debido sufrir transformaciones tan rápidas y complejas, desde derogar reglamentos de más de 30 años para poder emitir nuevos cuerpos normativos que permitieran incluir supuestos propios de una emergencia sanitaria como la actual y así poder dar mayor seguridad jurídica a todas las acciones relacionadas con el objeto regulado, hasta la actualización de lineamientos en cuestión de días según el comportamiento de la propia enfermedad.

Ahora bien, de forma concreta es necesario precisar algunas de las relaciones que se han evidenciado entre aspectos propios del derecho a la salud y la promoción de la salud, dentro de la atención de la emergencia por COVID 19. Si afirmamos que, regular oportunamente ciertas situaciones en el ámbito sanitario es un requisito indispensable para que las personas tengan mayor seguridad jurídica en torno a cómo actuar, ello también debe tenerse muy presente cuando se trata de acciones relacionadas con la promoción de la salud.

Un claro ejemplo de ello se ha visto en Costa Rica con las medidas impulsadas por el Ministro de Salud respecto del adecuado lavado de manos y el distanciamiento social, medidas que han sido claves para hacer frente a la expansión del COVID 19 y que se pueden enmarcar como propias del ámbito de la promoción de la salud, desde un enfoque de autocuidado, mediante estilos de vida saludables y con una adecuada educación en salud de las personas, aspectos que lógicamente consideramos como indispensables los salubristas. Las campañas masivas dirigidas a toda la población reflejan la importancia de brindar información oportuna, sencilla y clara, dentro del proceso de educación en salud.

En Costa Rica, en el aspecto normativo también se ha visto muy de cerca la relación con actividades de la promoción de la salud. Desde la emisión de protocolos para el adecuado lavado de manos, la forma correcta de toser y estornudar dirigidos a toda la población, con mensajes precisos para detener el contagio por COVID 19, hasta protocolos de atención del Reglamento Sanitario Internacional (estos incluso cuentan con varias versiones dada la necesidad de estarlos actualizando según los acontecimientos que se van dando cada día). En el caso de la reapertura de establecimientos como restaurantes, con límites horarios, el propio Ministerio de Salud ha dispuesto la obligación de que, al ingreso de las personas a cada local, existan lavamanos, jabón líquido y dispensadores de alcohol en gel, siendo que el incumplimiento de disposiciones de esa naturaleza podría incluir acarrear la pérdida del permiso sanitario de funcionamiento. Lo mismo se ha dispuesto para el caso de supermercados, farmacias y otros establecimientos. Además la propia población, producto de las fuertes campañas de educación en salud sobre el tema, dirigidas incluso por las autoridades sanitarias del país, se ha vuelto más consciente de su obligación por cuidar de su salud mediante una actividad tan sencilla como el solo lavado de manos y ahora es más exigente con los dueños de establecimientos comerciales para que cumplan estas medidas. Este sencillo ejemplo nos demuestra como garantizar el derecho a la salud de la población además de ser una obligación estatal con la emisión de protocolos al respecto de acatamiento obligatorio, es una responsabilidad personal siendo cada sujeto bien informado y educado sobre el tema quien se convierte en el primer fiscalizador y cuidador de su salud.

Otro ejemplo de regulación reciente en Costa Rica que podemos relacionar con la promoción de la salud son los “Lineamientos de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19)” (Ministerio de Salud, 2020), emitidos por el Ministerio de Salud y cuya primera versión es del 18 de marzo de 2020. Los mismos están dirigidos a la población en general pero a su vez incluyen disposiciones específicas para grupos en estado de vulnerabilidad como personas que viven en la calle, personas migrantes, personas cuidadoras de adultos mayores y de menores de edad, entre otros.

La construcción normativa por COVID 19 nos ha enseñado que cuando se trata de la salud de la población, el Derecho debe asumir el reto de procurar su actualización constante y oportuna. El ejemplo de muchos países por brindar seguridad jurídica en sus actuaciones refleja este compromiso. En el caso de Costa Rica, para el mes de junio de 2020 se tiene que, a nivel del Ministerio de Salud se han emitido más de 80 instrumentos jurídicos para la atención de la emergencia sanitaria (entre Decretos Ejecutivos, Lineamientos, Protocolos), mientras que en la CCSS se registran más de 140 regulaciones emitidas.

c) Poblaciones vulnerables y la protección de su derecho a la salud dentro de la emergencia sanitaria por COVID 19

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en ocasión de esta emergencia, emitió la resolución No. 1/2020, denominada “*Pandemia y derechos humanos en las Américas*”, en la cual advierte que la pandemia del COVID-19 puede afectar gravemente la plena vigencia de los derechos humanos de la población en virtud de los serios riesgos para la vida, salud e integridad personal que supone el COVID-19; así como sus impactos de inmediato, mediano y largo plazo sobre las sociedades en general, y sobre las personas y grupos en situación de especial vulnerabilidad. Señala también la necesidad de adoptar de forma inmediata, urgente y con la debida diligencia, todas las medidas que sean adecuadas para proteger los derechos a la vida, salud e integridad personal de las personas que se encuentren en sus jurisdicciones frente al riesgo que representa la presente pandemia. Tales medidas deberán de ser adoptadas atendiendo a la mejor evidencia científica, en concordancia con el Reglamento Sanitario Internacional, así como con las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS, en lo que fueran aplicables. (CIDH, 2020)

También es importante mencionar que el Gobierno ha emitido además el “*Protocolo de preparativos y respuesta ante el conavirus (COVID-19) en asentamientos informales*” (2020), en el cual se le da un rol protagónico a la participación comunitaria y un rol activo y prioritario para los gobiernos locales. Su objetivo es “*Prevenir, contener y atender el contagio de personas con COVID-19 en asentamientos informales, priorizando a la población vulnerable, mediante la implementación del Plan interinstitucional y 6 multinivel, así como los planes locales de preparativos y respuesta ante COVID-19 en asentamientos informales*”.

Así, partiendo de la premisa que las personas que viven en asentamientos informales son altamente vulnerables, como parte de la justificación de dicho protocolo se plantea que “*al estar expuestas a diversos factores de riesgo asociados a diversos tipos de exclusión, desigualdad, pobreza, informalidad y vulneración de derechos humanos, tales como los indicados seguidamente, entre otros: 1. Bajo nivel de escolaridad y limitaciones en el acceso a servicio de energía eléctrica, internet, telefonía; que constituyen barreras de acceso a información oficial, veraz, oportuna y comprensible. 2. Limitaciones en el acceso a agua potable a través de un servicio estable, intradomiciliario, por hogar; lo que aumenta la recurrencia en el uso de puntos de acceso comunales, por parte de varios hogares de la comunidad, o bien la acumulación de agua en recipientes que podrían convertirse en criaderos de vectores causantes de enfermedades. 3. Alta densidad demográfica y condiciones de infraestructura y sanitarias que no alcanzan el mínimo requerido para la gestión de residuos y riesgos a lo interno del asentamiento informal, lo que genera focos de contagio de enfermedades. 4. Carencia de facilidades sanitarias intradomiciliarias, por hogar; lo que aumenta la recurrencia en el uso de facilidades sanitarias comunales, por parte de varios hogares la comunidad. 5. Condiciones de habitabilidad inadecuadas, con relación al nivel de hacinamiento de la población; lo que limita la implementación del distanciamiento social y aislamiento; aunado a la habitual carencia de espacio público. 6. Carencia de ahorros o condiciones laborales estables por parte de los hogares, así como dependencia en el trabajo diario para subsistir, lo que limita la implementación del distanciamiento social y aislamiento. 7. Aumento en la violencia intrafamiliar y en contra de*

las mujeres a causa de las limitaciones de acceso una vivienda digna que cuente con condiciones que permitan mantener distancias físicas y emocionales requeridas”.

El citado protocolo regula una serie de acciones intersectoriales y multiniveles donde cobra relevancia la debida coordinación interinstitucional, en distintos ámbitos como por ejemplo: acceso a información, acceso a agua potable, gestión de residuos, facilidades sanitarias, hacinamiento, condiciones laborales, condiciones de violencia intrafamiliar y en contra de las mujeres, principalmente. Además, se establece que las personas con mayor estado de vulnerabilidad en tales asentamientos son: 1. Personas adultas mayores 2. Personas con discapacidad 3. Personas menores de edad 4. Mujeres 5. Personas con condiciones de salud de riesgo ante COVID-19, tales como enfermedades crónicas, inmunodeprimidas, embarazadas, u otras, según indicaciones del Ministerio de Salud u otros entes competentes.

En este complejo contexto, es de suma importancia la resolución antes citada de la CIDH, que plantea las relaciones que surgen entre el derecho a la salud y la atención de la emergencia sanitaria, con **especial énfasis en grupos en estado de vulnerabilidad** para los cuales se establecen las siguientes recomendaciones para los países:

- Considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos en situación de especial vulnerabilidad al momento de adoptar medidas de atención, tratamiento y contención de la pandemia del COVID-19; así como para mitigar los impactos diferenciados que dichas medidas puedan generar.
- Promover desde las más altas autoridades la eliminación de estigmas y estereotipos negativos que puedan surgir sobre ciertos grupos de personas a partir del contexto de pandemia.

Además, en el caso concreto de los **pueblos indígenas** la misma resolución dispone:

- Proporcionar información sobre la pandemia de forma en su idioma tradicional, estableciendo cuando sea posible facilitadores interculturales que les permita comprender de manera clara las medidas adoptadas por el Estado y los efectos de la pandemia.
- Respetar de forma irrestricta el no contacto con los pueblos y segmentos de pueblos indígenas en aislamiento voluntario, dados los gravísimos impactos que el contagio del virus podría representar para su subsistencia y sobrevivencia como pueblo.
- Extremar las medidas de protección de los derechos humanos de los pueblos indígenas en el marco de la pandemia del COVID-19, tomando en consideración que estos colectivos tienen derecho a recibir una atención de salud con pertinencia cultural, que tome en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Abstenerse de promover iniciativas legislativas y/o avances en la implementación de proyectos productivos y/o extractivos en los territorios de los pueblos indígenas durante el tiempo en que dure la pandemia, en virtud de la imposibilidad de llevar adelante los procesos de consulta previa, libre e informada (debido a la recomendación de la OMS de adoptar medidas de distanciamiento social) dispuestos en el Convenio 169 de la OIT y otros instrumentos internacionales y nacionales relevantes en la materia.

En el caso de **personas migrantes, solicitantes de asilo, personas refugiadas, apátridas, víctimas de trata de personas y personas desplazadas internas**, se recomienda por parte de la CIDH:

- Evitar el empleo de estrategias de detención migratoria y otras medidas que aumenten los riesgos de contaminación y propagación de la enfermedad generada por el COVID-19 y la vulnerabilidad de las personas en situación de movilidad humana como deportaciones o expulsiones colectivas, o cualquier forma de devolución que sea ejecutada sin la debida coordinación y verificación de las condiciones sanitarias correspondientes, garantizando las condiciones para que estas personas y sus familias puedan salvaguardar su derecho a la salud sin ninguna discriminación. En este sentido, se deben implementar rápidamente mecanismos para proporcionar la liberación de las personas que actualmente se encuentran en centros de detención.
- Abstenerse de implementar medidas que puedan obstaculizar, intimidar y desestimar el acceso de las personas en situación de movilidad humana a los programas, servicios y políticas de respuesta y atención ante la pandemia del COVID-19, tales como acciones de control migratorio o represión en las cercanías de hospitales o albergues, así como el intercambio de información de servicios médico hospitalarios con autoridades migratorias con carácter represivo.
- Garantizar el derecho de regreso y la migración de retorno a los Estados y territorios de origen o nacionalidad, a través de acciones de cooperación, intercambio de información y apoyo logístico entre los Estados correspondientes, con atención a los protocolos sanitarios requeridos y considerando de manera particular el derecho de las personas apátridas de retornar a los países de residencia habitual, y garantizando el principio de respeto a la unidad familiar.
- Implementar medidas para prevenir y combatir la xenofobia y la estigmatización de las personas en situación de movilidad humana en el marco de la pandemia, impulsando acciones de sensibilización a través de campañas y otros instrumentos de comunicación y elaborando protocolos y procedimientos específicos de protección y atención dirigidos a niñas, niños y adolescentes migrantes y refugiados, en especial, proveyendo los mecanismos específicos de asistencia a aquellas personas que se encuentran separadas o sin compañía.
- Incluir expresamente las poblaciones en situación de movilidad humana en las políticas y acciones de recuperación económica que se hagan necesarias en todos los momentos de la crisis generada por la pandemia.

En cuanto a las personas con discapacidad

- Asegurar atención médica preferencial a las personas con discapacidad, sin discriminación, incluso en casos de razonamientos de recursos médicos.
- Asegurar la participación de personas con discapacidad en el diseño, implementación y monitoreo de las medidas adoptadas frente a la pandemia del COVID-19.
- Ajustar los entornos físicos de privación de la libertad y atención médica, tanto en instituciones públicas como en privadas, para que las personas con discapacidad puedan gozar de la mayor independencia posible y acceder a medidas como el aislamiento social y el lavado frecuente de manos, entre otras.

- Adoptar los ajustes razonables y apoyos necesarios para garantizar que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos humanos en condiciones de igualdad en contextos de medidas de aislamiento o contención.
- Adoptar estrategias accesibles de comunicación a fin de informar en formatos accesibles sobre evolución, prevención y tratamiento.

Todo lo anterior permite comprender que tratándose de la protección del derecho a la salud, acciones cada vez concretas deben procurarse cuando se trata de garantizar y hacer efectivo este derecho, para los grupo en estado de vulnerabilidad, a fin de lograr una mayor equidad en salud.

CONCLUSIONES

Sin salud no hay vida. En consecuencia, comprender el significado de dar a las personas los medios necesarios para empoderarse del cuidado de su propia salud, es un factor clave para el desarrollo humano. Pero además, es indispensable que de forma oportuna los gobiernos adopten medidas que permitan a toda persona alcanzar el nivel más alto posible de salud, según su propia realidad y considerando en todo momento el rol de los determinantes de la salud en esa dinámica de vida y lograr abordarlos en beneficio de las personas.

Es necesario comprender que la salud es un bien jurídico derivado de la vida humana y por ende, es un bien de naturaleza superior, junto a la vida. Tal característica obliga a considerar que cualquier otro bien debe ceder cuando se trata de la protección de la salud de la población, bajo el precepto según el cual, el interés público debe estar por encima de cualquier interés particular, máxima que debe regir las decisiones estatales. La salud es además un derecho fundamental del ser humano y por tal motivo encuentra especial protección en distintos cuerpos normativos, tanto a nivel nacional como internacional. Surge aquí el Derecho como una ciencia que, mediante sus distintos mecanismos e instrumentos permite encontrar soluciones y adoptar acciones concretas que permiten dar efectiva protección al derecho a la salud.

Como lo hemos visto a lo largo del presente artículo, se trata de un derecho complejo que reúne componentes de ciencias históricamente consideradas como opuestas. El Derecho y la Medicina, como afirman algunos estudiosos o el Derecho y la Salud Pública, como prefiero considerarlo, nunca antes tuvieron tantas interrelaciones como las que actualmente podemos encontrar. Prueba de ello es la integración del binomio instrumental derecho a la salud - promoción de la salud, cuya comprensión constituye una herramienta de gran utilidad para alcanzar el objetivo de equidad en salud, presupuesto necesario si se pretende un verdadero respeto de la dignidad humana.

Si bien es cierto, históricamente se ha considerado el derecho a la salud como un derecho de naturaleza “*prestacional*”, es decir, más relacionado con la prestación de servicios de salud que brinda el Estado, lo cual evidencia los sesgos que se arrastran desde un enfoque meramente curativo y biológico; en la actualidad, bajo la perspectiva de salud pública, es indispensable comprender que el derecho a la salud va más allá de esa limitada idea y que su análisis obliga a considerar también aspectos y actividades relacionadas con la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, junto con los determinantes de la salud.

El objetivo final que juntos nos debemos proponer es, lograr que *“todo ser humano pueda disfrutar del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”*. Surge aquí una nueva interrogante: ¿cómo pasar de la teoría a la práctica para garantizar de forma efectiva el derecho a la salud? Profundizar en el estudio de este derecho desde un enfoque de salud pública podría ser de gran utilidad. La invitación queda abierta.

LISTA DE REFERENCIAS

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 marzo de 2018. Recuperado de https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. Resolución No. 1/2020 “pandemia y derechos humanos en las américas”. (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020). Recuperado de <http://oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2012). La tutela y el derecho a la salud. Bogotá, DC.
- Delduque, M.C., Silvia, B., Madies, C., Castaño, M.P., Milos, P. (2012). Bases conceptuales del Derecho a la Salud: Del derecho a la salud al derecho sanitario. En Delduque, M. C. Serie El Derecho desde la Calle: Introducción Crítica al Derecho a la Salud (43-53). Brasilia: Vol. 6. FUB.CEAD.
- Gandolfi, S. (2012). Derecho a la Salud: Un derecho en permanente construcción. En Delduque, M. C. Serie El Derecho desde la Calle: Introducción Crítica al Derecho a la Salud (54). Brasilia: Vol. 6. FUB.CEAD.
- Gobierno de la República de Costa Rica. (2020). Protocolo de preparativos y respuesta ante el conavirus (COVID-19) en asentamientos informales”, versión 2. Recuperado de https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/protocolo_AAII_covid19_17042020.pdf
- Mejía, G. (2016). Promoción de la salud: guía para el trabajo intersectorial con líderes y grupos organizados de la comunidad. San José, Costa Rica: EUNED.
- Ministerio de Salud. (2020). Lineamientos de salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19).
- OEA. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
- OEA. (1988). Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=44205&nValor3=46578¶m2=1&strTipM=TC&lResultado=2&strSim=simp
- OMS. (1948). Constitución de la OMS
- OMS/OPS. (1978). Declaración de Alma Ata
- OMS. (1986). Carta de Ottawa.

- OMS. (2005). Reglamento Sanitario Internacional. II Edición. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf;jsessionid=70F7262257B6B214EC75F6156294B999?sequence=1
- OMS. (2005). Carta de Bangkok. Recuperado de https://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1
- OMS. (2016). Declaración de Shanghai sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>
- OMS. (2017). Recuperado de <https://www.who.int/features/qa/surveillance-ethics/es/>
- OMS. (2019). Declaración de Adelaida. Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf
- OMS. Recuperado de <https://www.who.int/ihr/about/es/>.
- ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf
- ONU. (1966). Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=11190
- ONU. (2000). Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- OPS. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5586:health-equity-egc&Itemid=0&lang=es
- Osuna A. (2000). Salud Pública y Educación para la Salud. Masson, S.A. Barcelona, España.
- Ruiz, M. (2020). Conferencia de Prensa efectuada en Casa Presidencia, San José, Costa Rica.. Recuperado de <https://semanariouniversidad.com/ultima-hora/aumento-de-casos-esta-generando-presion-en-sistema-hospitalario-senala-gerente-medico-de-la-caja/>
- Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia de Costa Rica. (2019). Sentencia No. 05560.
- La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-760/08. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Vargas, K. (2016). El acceso a la justicia y la protección del derecho a la salud. Obra colectiva: Metamorfosis 2041: hacia una CCSS centenaria. (113). San José: CCSS.
- Whitehead, M. (1990). The Concepts and Principles of Equity and Health. Document EUR/ICP/RPD414.7734r. World Health Organization. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.7167&rep=rep1&type=pdf>
- Yamin, A y otra. (2013). La lucha por los derechos a la salud. ¿Puede la justicia ser herramienta de cambio?. Grupo Editorial Siglo XXI. I Edición. Buenos Aires, Argentina.