

**DERECHO A LA SALUD, AMPARADO COMO DERECHO HUMANO
MEDIANTE EL BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD EN
COLOMBIA**

SEBASTIAN GARAVITO LEMUS

CÓD. 6000921184

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

FACULTAD DE DERECHO

DIPLOMADO EN DERECHO PROCESAL Y JURISPRUDENCIA

ARTICULO COMO OPCIÓN DE GRADO

BOGOTÁ D.C. 11-11-2014

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	1
PALABRAS CLAVE	1
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2. INTRODUCCIÓN.....	3
3. OBJETIVOS DEL ARTÍCULO	5
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
4. JUSTIFICACIÓN	5
5. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y LEGAL DEL ARTÍCULO	6
5.1. LOS DEBATES ACERCA DE LA NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD	8
5.2. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	12
5.4. SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.....	14
5.5. LOS CONTENIDOS DEL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y DE LAS AUTORIDADES	16
5.6. NORMATIVIDAD NACIONAL: BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA RECEPCIÓN CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD	18
5.7. LA IMPERATIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD Y LA FLEXIBILIDAD EN LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

RESUMEN

Buscando fomentar una protección integral y una garantía plena en el ejercicio de los derechos humanos en Colombia, la principal motivación del presente artículo es identificar los diferentes componentes jurídicos que integran y fundamentan la implementación legal del bloque de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico colombiano. Buscando con esto la protección del Derecho a la Salud, visto desde una perspectiva de derecho fundamental, de un derecho humano exigible al Estado.

ABSTRACT

Seeking to foster a comprehensive and full warranty protection in the exercise of human rights in Colombia, the main motivation of this paper is to identify the different legal components that integrate and underpin the legal implementation of the constitutional law in Colombia. Seeking protection with this right to health, as seen from the perspective of fundamental right enforceable human right to the state.

PALABRAS CLAVE

DERECHO A LA SALUD; DERECHO HUMANO; DERECHOS FUNDAMENTAL; BLOQUE DE CONSTITUCIONALIDAD; MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL; RESPONSABILIDAD ESTATAL; CRITERIOS DE EXIGIBILIDAD ANTE EL ESTADO; DERECHO CONSTITUCIONAL.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todas las personas tienen los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles. Siendo innatos a la naturaleza humana y por lo tanto convirtiéndose en fuente de obligaciones para cualquier tipo sociedad establecida que asume su función de garante protector de estos derechos.

Siendo los derechos humanos de carácter universal y están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. El derecho internacional de los derechos humanos establece las obligaciones que tienen los gobiernos de tomar medidas en determinadas situaciones, o de abstenerse de actuar de determinada forma en otras, a fin de promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de los individuos o grupos.

Por lo tanto como lo menciona la ONU (2013) “todos los Estados han ratificado al menos uno de estos compromisos, y el 80 por ciento de ellos cuatro o más, de los principales tratados de derechos humanos, reflejando así el consentimiento de los Estados para establecer obligaciones jurídicas que se comprometen a cumplir, y confiriéndole al concepto de la universalidad una expresión concreta.”

Algunas normas fundamentales de derechos humanos gozan de protección universal en virtud del derecho internacional consuetudinario a través de todas las fronteras y civilizaciones. Por lo tanto los derechos humanos son inalienables y por nada deben suprimirse, salvo en determinadas situaciones y según las debidas garantías procesales.

En Colombia, los artículos 93, 94 y 214 de la Carta Constitucional crean un puente de implementación a través del cual el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el Derecho Internacional Humanitario se integran en el Derecho colombiano en virtud de la figura del Bloque de Constitucionalidad. El efecto principal de ello es la adaptación del

derecho interno a los compromisos internacionales del Estado, y por consecuencia, la evolución en materia de protección y garantía de los Derechos Humanos en el ámbito interno.

En virtud de ello los derechos humanos incluyen tanto derechos como obligaciones. Los Estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar los derechos humanos. La obligación de respetarlos significa que los Estados deben abstenerse de interferir en el disfrute de los derechos humanos, o de limitarlos. La obligación de protegerlos exige que los Estados impidan los abusos de los derechos humanos contra individuos y grupos. La obligación de realizarlos significa que los Estados deben adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de los derechos humanos básicos. En el plano individual, así como debemos hacer respetar nuestros derechos humanos, también debemos respetar los derechos humanos de los demás.

Por tal motivo poniendo en contexto la garantía y protección de los derechos humanos dentro del marco legal del Derecho Internacional y en relación con el ámbito colombiano su implementación mediante el Derecho Constitucional, acudiendo a la figura legal del bloque de constitucionalidad, es necesario plantear como pregunta de investigación para esta tesis la siguiente interrogante:

¿Cómo se protege Actualmente en Colombia el derecho a la salud mediante la implementación del bloque de constitucionalidad?

2. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, y al menos desde 1995, la categoría "bloque de constitucionalidad", que no había sido nunca usada por la doctrina o por la jurisprudencia colombianas, ha entrado con mucha fuerza en la práctica jurídica nacional. Así, en numerosas sentencias, la Corte Constitucional no sólo ha recurrido a esa expresión sino que, además, esa noción le ha servido de fundamento normativo para tomar determinaciones tan importantes, como las relativas al alcance de la obediencia debida por parte de los militares, o aquellas relacionadas con la fuerza jurídica en el ordenamiento colombiano de las recomendaciones de ciertas instancias internacionales de derechos humanos.

Sin embargo, a pesar de su uso creciente, este concepto de "bloque de constitucionalidad" es problemático en la doctrina y jurisprudencia nacionales. Así, esa noción sigue siendo un poco enigmática para muchos operadores jurídicos, que no entienden claramente ni su alcance ni su importancia, y por ello tienden a considerarla un extranjerismo innecesario. Por lo tanto se tomara como referente doctrinario el estudio evidenciado por el Doctor UPRIMNY (2001) donde se corrobora el alcance del bloque de constitucionalidad en nuestro ordenamiento y se resalta el atraso de la doctrina en relación con el dinamismo que ha tenido la evolución jurisprudencial.

En síntesis, a pesar de la importancia creciente del bloque de constitucionalidad en nuestra práctica jurídica, no existe una dogmática clara sobre el significado y alcance de esta categoría. En tal contexto, la finalidad de este escrito es intentar analizar y fundamentar el alcance de los efectos legales que conlleva la implementación del bloque de constitucionalidad, para lo cual busca presentar los elementos básicos que podrían servir para construir una dogmática, o teoría constitucionalmente adecuada del "bloque de constitucionalidad" en la práctica jurídica colombiana

Para ello, la primera parte del trabajo adelanta una aproximación histórica y conceptual de esa noción, e intenta destacar su interés y su significado básico en el derecho comparado. La segunda parte describe la evolución de ese concepto en el constitucionalismo colombiano y muestra como esa categoría ha sido recibida por la jurisprudencia constitucional, tanto en la práctica jurídica pre constituyente como en los desarrollos ulteriores a la expedición de la Constitución de 1991.

Este examen debería permitirnos no sólo comprender cuál es el significado actual del bloque de constitucionalidad en la jurisprudencia colombiana sino también resaltar los méritos pero también las dudas y ambigüedades del trabajo de la Corte Constitucional en esta materia. Con el fin de enfrentar esos problemas, el último punto señala algunas líneas de reflexión que podrían ser fecundas para construir una dogmática constitucional adecuada de este concepto.

3. OBJETIVOS DEL ARTÍCULO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar los efectos jurídicos que fundamentan la aplicación del bloque de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico colombiano, que actúa como garante en la protección de los derechos humanos, siendo actualmente el mecanismo legal más vinculante con respecto al amparo de los ciudadanos en Colombia.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los conceptos que permitan comprender la protección de los derechos humanos, tomando como referente las nociones y fundamentos evidenciados en la esfera internacional, como su aplicación en el contexto nacional.
- Fundamentar los efectos legales que vinculan a un estado con respecto a la protección y garantía de los derechos humanos, teniendo en cuenta la función que cumple el bloque de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico colombiano.
- Relacionar el impacto y la importancia que tiene para los ciudadanos colombianos que ven vulnerados sus derechos humanos, el resarcimiento y la protección de los mismos a través de un mecanismo vinculante de justicia, como lo es la implementación del bloque de constitucionalidad en Colombia.

4. JUSTIFICACIÓN

El abordaje del problema presentado representa una necesidad en un momento en el que Colombia está pasando por un proceso trascendental de justicia transicional en el que se ventila toda una serie de retos que constituyen lo que internacionalmente se denomina una globalización del derecho y debe por lo tanto enfrentarse al contraste de anteriores planteamientos jurídicos, con respecto a las nuevas directrices mundiales en pro de la humanidad, que lo impulsan a asumir estos nuevos retos y adaptarse a los estándares

internacionales en la materia y de esta manera cumplir con sus compromisos de garante de los derechos humanos.

Resaltándose como principal motivación, la identificación de los diferentes componentes jurídicos que integran y fundamentan la implementación legal del bloque de constitucionalidad en el ordenamiento jurídico colombiano, para que las personas que puedan verse beneficiadas con los resultados de la presente investigación desarrollen al máximo los recursos investigativos que se compilan en el presente trabajo.

Buscando fomentar una protección integral y una garantía plena en el ejercicio de los derechos humanos en Colombia. Adicionalmente se considera que la presente investigación puede brindar un aporte en pro de la academia en su constante búsqueda de profundización y fundamentación de los distintos temas sociales que pueden tener gran repercusión en el contexto jurídico de las personas, ya que se identificó que el tema que cuenta con muy pocos referentes de consulta debido a su constante dinamismo, y que a partir de la socialización de estos proyectos se puede lograr un gran avance en la comprensión y optima implementación de mecanismos jurídicos tan útiles como lo puede ser el bloque de constitucionalidad.

5. MARCO TEÓRICO, CONCEPTUAL Y LEGAL DEL ARTÍCULO

Antes de entrar a abordar la reflexión sobre el derecho a la salud habría que plantearse la realidad en torno a los derechos humanos en una sociedad como la nuestra. No parece razonable aspirar a que se cumpla un derecho específico, en este caso el de la salud, si no rige una noción de defensa y respeto al espíritu que fundamenta el derecho internacional de los derechos humanos. Evidentemente éste se encuentra incorporado a nuestro ordenamiento constitucional, jurídico, institucional, y por tanto obliga al Estado como parte de estos instrumentos internacionales, pero no se podría considerar que la sociedad colombiana haya asumido los derechos humanos como una visión rectora ni de las relaciones del Estado con las personas, ni del valor de la dignidad individual. De tal forma, la realización del derecho a la salud probablemente adolece de las mismas debilidades que cualquier otro derecho en el país y su realización se enfrenta con los mismos obstáculos. Podría decirse que las

debilidades que afectan su potencial como derecho derivan de la “salud” de los derechos humanos en nuestro contexto.

La anterior consideración, que da cuenta de las debilidades presentes en el entorno en términos de conciencia y compromiso desde una lógica de derechos humanos subyacente a las políticas públicas y reflejada en el lento desarrollo normativo de cada una de las obligaciones internacionales adquiridas, afirma la importancia de que jurídicamente el derecho esté protegido de manera sólida, y sustenta la necesidad de mecanismos estrictos de vigilancia y control como elementos necesarios para su efectividad.

Tal como se conceptualiza en el derecho internacional de los derechos humanos, el derecho a la salud es un bien jurídico exigible al Estado como parte de la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). El Estado colombiano quedó obligado a partir de la ratificación de los instrumentos de derecho internacional, bajo el principio de *pacta sunt servanda*, lo que en el caso de la salud, como todos los derechos humanos, deriva de la noción de respeto a la dignidad humana y significa un avance en los compromisos morales y políticos de las sociedades.

Los derechos económicos, sociales y culturales se rigen por los principios que definen todos los derechos consagrados en el derecho internacional: universalidad, indivisibilidad e interdependencia. Tales principios hacen que se apliquen las mismas exigencias para su realización que aquellas que se imponen en el respeto a los derechos civiles y políticos, es decir, medidas adecuadas y efectivas de promoción, respeto y garantía, con la misma obligación de resultado, aun si, como veremos más adelante, ésta se entiende en parte en términos de resultado “progresivo”, a diferencia de los derechos civiles y políticos para los que se exige, en parte, una efectividad inmediata.

De esta forma, la reflexión sobre la salud concebida como un derecho humano nos ubica en la necesidad de referirnos a: i) la discusión acerca de su naturaleza jurídica; ii) el marco normativo internacional a partir del cual se definen los componentes del derecho; para luego iii) precisar el contenido de ese derecho conforme a la doctrina internacional (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) y las correlativas obligaciones estatales. Finalmente,

iv) abordaremos la normatividad nacional relacionada, lo que permitirá una mirada sobre la recepción que han tenido internamente los estándares internacionales de protección. Cada uno de estos elementos será entonces desarrollado a continuación.

5.1. LOS DEBATES ACERCA DE LA NATURALEZA JURÍDICA DEL DERECHO A LA SALUD

El tema de la protección del derecho a la salud en el derecho internacional de los derechos humanos tiende a generar debate en dos sentidos relacionados con su naturaleza jurídica. Por una parte surge el interrogante en cuanto a si es un derecho fundamental en sí mismo, o si lo es por conexidad con el derecho a la vida y otros derechos. Por otra parte, la salud como derecho se inscribe dentro de los derechos económicos, sociales y culturales, lo cual implica unos términos de protección y realización del derecho común a este género, con algunas diferencias frente a los que obligan a los Estados en relación con los derechos civiles y políticos.

La salud en perspectiva de derechos humanos se enmarca en la normatividad internacional y en consecuencia en el cumplimiento de las obligaciones que son responsabilidad del Estado colombiano, adquiridas al suscribir los pactos internacionales pertinentes al tema siendo “Las obligaciones del Estado colombiano a partir de la suscripción, adhesión y ratificación de los pactos y tratados de derechos humanos se entienden incorporadas al ordenamiento nacional bajo el concepto de “bloque de constitucionalidad”. La Corte Constitucional le ha dado tres implicaciones a dicho concepto: i) normas y principios con rango constitucional; ii) normas y principios que sirven como parámetros para analizar la constitucionalidad de una disposición; iii) instrumentos jurídicos relevantes para valorar una situación fáctica específica y decidir un caso constitucional particular.” UPRIMNY (2002) Pág. 29. Tanto los derechos reconocidos expresa e inicialmente como fundamentales, es decir aquellos que asumen la protección del individuo frente al mismo poder del Estado, bien sea en la defensa de su libertad, vida, igualdad ante la ley, etc, como los derechos prestacionales, la salud entre ellos, que requieren para su efectiva realización la intervención activa y positiva del Estado. El desarrollo de la legislación e institucionalidad

adecuadas o la asignación consecuente de recursos, hacen parte de la exigencia del derecho para que su realización no sea un simple enunciado sujeto a las posibilidades acordes al grado de desarrollo de los distintos Estados, o a la voluntad política de las diferentes administraciones.

Algunos sectores doctrinarios y políticos tienden a cuestionar la fuerza jurídica de los derechos sociales y su entendimiento como derechos exigibles, con el argumento de que se trata de derechos de realización progresiva, que requieren la asignación de recursos y desarrollos legales, de manera que su satisfacción depende de la voluntad de los órganos políticos de decisión, en especial de los parlamentos. Para otro sector de la doctrina y para el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Comité DESC) esto no es así, pues se ha mostrado que hay obligaciones de realización inmediata en relación con los derechos sociales y que para el caso de salud son también determinadas.

Como lo han señalado numerosos autores y el propio Comité DESC, que es el intérprete autorizado del Pacto, esa diferencia debe relativizarse, pues los DESC también tienen obligaciones de inmediato cumplimiento –como la prohibición de discriminación– y el mandato de progresividad no es una autorización para la inacción de los Estados. En particular, en su período No. 22 de sesiones, el 11 de mayo de 2000, el Comité DESC adoptó la *Observación General No. 14 relativa al disfrute del más alto nivel de salud (art. 12)*.

En ese comentario autorizado al artículo 12 del Pacto, el Comité destaca ciertos puntos que son importantes. De un lado, caracteriza a la salud como un “derecho humano fundamental” (Párr. 1), que debe ser amparado a todas las personas, lo cual es un desarrollo de ese artículo 12 del Pacto, que establece, entre otras cosas, que los Estados deben crear “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”. Luego el Comité establece ciertos “elementos esenciales e interrelacionados” que hacen parte del contenido de ese derecho a la salud, como la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los bienes y servicios de salud (Párr. 12).

Posteriormente el Comité desarrolla el alcance del principio de igualdad en salud, que supone no sólo la prohibición de discriminar en el acceso a esos servicios sino el deber de las

autoridades de favorecer especialmente a ciertas poblaciones (Párr. 18 a 27). Finalmente, en cuanto al alcance de la obligación estatal en la materia, el Comité reconoce que existen limitaciones de recursos que obstaculizan el pleno goce de este derecho, por lo cual la obligación estatal es progresiva. Sin embargo, el Comité destaca que la progresividad no priva de contenido la obligación estatal, al menos en los siguientes cuatro aspectos: (i) Existen medidas inmediatas que deben ser tomadas, como la prohibición de la discriminación en el acceso a los servicios de salud (Párr. 30); (ii) en principio las medidas regresivas, que disminuyen una protección a la salud ya alcanzada, se presumen contrarias al Pacto, por lo cual el Estado tiene que demostrar que éstas eran necesarias y que “se han aplicado tras el examen exhaustivo de todas las alternativas posibles” (Párr. 32); (iii) el Estado tiene la obligación “concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización” de este derecho (Párr. 31); y (iv) finalmente, existen unas obligaciones básicas en salud, que deben ser satisfechas en todo caso, sin importar los recursos de que dispone un Estado, como son el acceso no discriminatorio a los servicios de salud (Párr. 43), y unas prioridades que deben ser respetadas, como la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y la adopción de medidas para combatir las enfermedades epidémicas y endémicas (Párr. 44)

La Observación supera entonces el debate frente a la naturaleza del derecho, al optar por la caracterización como derecho fundamental en sí mismo. Además, el concepto de “el más alto nivel posible de salud”, dice la Observación, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado, de tal forma que el derecho debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el nivel señalado.

Por su parte, la Corte Constitucional ha acogido en numerosas sentencias una doctrina semejante, pues ha señalado que la naturaleza esencialmente prestacional de los derechos sociales no excluye que éstos puedan ser fundamentales en ciertos aspectos, ni vacía de contenido las obligaciones de las autoridades para lograr la plena realización de tales derechos. Así lo explicó, entre otras, en la sentencia C-21 de 1997, en donde examinó la

constitucionalidad del llamado Protocolo de San Salvador sobre DESC en el ámbito americano, aprobado en Colombia mediante la Ley 319 de 1996. En esa sentencia, y luego de afirmar la relevancia constitucional de los criterios del Comité DESC y de ciertos documentos en este ámbito, como los llamados “Principios de Limburgo”, dijo la Corte Constitucional:

Conforme a esa doctrina, y de acuerdo al tenor literal de este artículo, resulta claro que el carácter progresivo del deber de realización de estos derechos no implica que los Estados pueden demorar la toma de las medidas necesarias para hacerlos efectivos. Por el contrario, el deber de adoptar todas las medidas posibles es inmediato, ya que los Estados “tienen la obligación de iniciar inmediatamente el proceso encaminado a la completa realización de los derechos contenidos en el Pacto” (Principio de Limburgo No 16) [...].

De otro lado, conviene tener en cuenta que no es totalmente correcto considerar que todos los derechos sociales implican prestaciones positivas del Estado, y que todos los derechos civiles y políticos únicamente generan deberes estatales de abstención, pues la situación es más compleja. Así, la garantía de los derechos civiles supone en muchos casos deberes de intervención de las autoridades. Por ejemplo, el derecho a la intimidad implica no sólo que el Estado debe respetar mi privacidad sino también que las autoridades deben protegerme contra injerencias de terceros. Igualmente, muchos derechos considerados sociales no implican una prestación sino un deber de respeto de parte de las autoridades, similar al que opera en el campo de los derechos civiles. Así sucede por ejemplo con el derecho de sindicalización de los trabajadores, que implica que el Estado debe abstenerse de interferir en el goce de este derecho. En estos eventos, es claro que esos derechos sociales, o ese componente de los derechos sociales, no es de realización progresiva sino de aplicación inmediata.

Finalmente, el deber de realización progresiva de los derechos sociales prestacionales no significa que no pueda haber violación de los mismos, debido a omisiones del Estado o a actuaciones insuficientes de su parte. En efecto, así como existe un contenido esencial de los derechos civiles y políticos, la doctrina internacional considera que existe un contenido esencial de los derechos económicos y sociales, el cual se materializa en los “derechos

mínimos de subsistencia para todos, sea cual fuere el nivel de desarrollo económico” (Principio de Limburgo No. 25). Por ende, se considera que existe una violación a las obligaciones internacionales si los Estados no aseguran ese mínimo vital, salvo que existan poderosas razones que justifiquen la situación. Además, el Estado adquiere el compromiso de tomar “todas las medidas que sean necesarias, y, hasta el máximo de los recursos disponibles”, por lo cual, si se constata que los recursos no han sido adecuadamente utilizados para la realización de estos derechos, también se puede considerar que el Estado está incumpliendo sus obligaciones internacionales, por lo cual “al determinar si se han adoptado las medidas adecuadas para la realización de los derechos reconocidos por el Pacto, se deberá prestar atención a la utilización eficaz y equitativa y la oportunidad de acceder a los recursos disponibles (Principio de Limburgo No. 27)”. Conforme a lo anterior, según el Principio de Limburgo No. 72, un Estado Parte comete una violación de los derechos económicos, sociales y culturales si, por ejemplo, “no logra adoptar una medida exigida por el Pacto, no logra remover, a la mayor brevedad posible y cuando deba hacerlo, todos los obstáculos que impidan la realización inmediata de un derecho; no logra aplicar con rapidez un derecho que el Pacto exige; no logra, intencionalmente, satisfacer una norma internacional mínima de realización, generalmente aceptada y para cuya satisfacción está capacitado; o adopta una limitación a un derecho reconocido en el Pacto por vías contrarias al mismo” MARTÍNEZ (1997) C-21/97 Fundamento 8. Por consiguiente, conforme a la más autorizada doctrina internacional y constitucional, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental, que aunque es de desarrollo progresivo, impone a las autoridades estatales obligaciones específicas inmediatas.

5.2. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

Una vez precisada la naturaleza del derecho a la salud, procederemos a recordar brevemente los principales tratados que reconocen este derecho. Y es que existe una serie de instrumentos jurídicos internacionales en los cuales está expresamente reconocido el derecho a la salud; ellos constituyen el parámetro que delimita el contenido del derecho, la responsabilidad del Estado y el ámbito de protección que puede exigir toda persona.

Es posible organizarlos distinguiendo en el ámbito universal los que hacen parte del Sistema de Naciones Unidas, y en lo regional los instrumentos propios del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

5.3. SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS

– La Declaración Universal de Derechos Humanos protege explícitamente el derecho a la salud al decir que: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

– El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en el artículo 7, dispone que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos científicos” Este pacto fue aprobado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968.

- El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales que entró en vigor para Colombia desde 1968, en su artículo 12 contiene una de las disposiciones de desarrollo más amplio en derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. Dice esta disposición:

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, figuran 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.

El Comité DESC es el órgano de supervisión del Pacto y está encargado de vigilar el cumplimiento de sus disposiciones y de asegurar la correcta interpretación de cada una de ellas. Para ello examina los informes presentados por cada uno de los Estados partes y mediante recomendaciones y observaciones generales explica el contenido y alcance de cada derecho, a fin de que los Estados deriven de éstas el desarrollo normativo, las políticas, las instituciones y los programas requeridos. En lo referente al derecho a la salud, y como ya se explicó, el Comité produjo la Observación General No. 14 relativa al Artículo 1230, que define la naturaleza, el contenido y alcance del derecho a partir de la inclusión de elementos y procedimientos complementarios, inherentes a la afirmación de la salud como “derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos”.

5.4. SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre consagra en el artículo XI el derecho de toda persona a la preservación de la salud y el bienestar.

La Convención Americana de Derechos Humanos suscrita en el año de 1969 aunque no hace alusión expresa al derecho, sí afirma en su artículo 26 que 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 contenidos en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, que en su artículo 33 hace referencia al derecho a la salud.

Así mismo el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, o Protocolo de San Salvador suscrito en 1988, aprobado por Colombia en 1996 y que entró en vigor en 1999, protege igualmente el derecho a la salud al decir:

Artículo 10

- 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. 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.*

Tal como sucede en el sistema de las Naciones Unidas, el artículo 19 de este Protocolo compromete a los Estados a elaborar y presentar informes periódicos respecto de “las medidas progresivas que hayan adoptado para asegurar el debido respeto de los derechos consagrados en el mismo protocolo”. El procedimiento posterior igualmente implica la revisión por parte de los organismos especializados del Sistema Interamericano, sobre el estado de cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones y de las recomendaciones correspondientes.

5.5. LOS CONTENIDOS DEL DERECHO A LA SALUD Y LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y DE LAS AUTORIDADES

A partir de las normas internacionales enunciadas y los desarrollos que sobre estas han producido los órganos autorizados, se ha consolidado una doctrina sobre los contenidos del derecho y las correlativas obligaciones estatales para la materialización de dichos contenidos. En cuanto a lo primero, el estudio detallado de algunos derechos ha permitido al Comité DESC delimitar cuáles son los contenidos básicos o niveles esenciales. Por ello se distinguen usualmente cuatro componentes normativos, que en el caso del derecho a la salud se caracterizan de la siguiente manera:

- **DISPONIBILIDAD.** Consiste esencialmente en que exista oferta suficiente de servicios e infraestructura asociados al goce del derecho a la salud, que se traduce en contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios de salud, por ejemplo, una red de hospitales apropiada, o los profesionales y medicamentos necesarios.
- **ACCESIBILIDAD.** Consiste en que las personas no tengan obstáculos para acceder al derecho, lo que se expresa en el acceso efectivo a los establecimientos, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, en condiciones que permitan el acceso físico, el económico y que puedan acceder a la información.
- **ACEPTABILIDAD.** Está vinculada no sólo a la calidad que deben tener las prestaciones suministradas sino a la conformidad de las condiciones de realización del derecho con el contexto y a su relación con otros derechos. En virtud de este componente, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y ciclo de vida y deben estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se trate.

La aceptabilidad también implica como lo menciona El Comité DESC (2000) respeto por “el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas

ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales”. De este componente se derivan también derechos como “la confidencialidad de los datos personales relativos a la salud, el derecho a una muerte digna, la autodeterminación reproductiva, la prevención de los problemas de salud mental y la protección del cuerpo contra injerencias ajenas.” PARRA (2003) pág. 263.

- **CALIDAD.** Ésta implica que “además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde un punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere entre otras cosas personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”. Algunos elementos que son especialmente relevantes desde el punto de vista de la calidad tienen que ver con el derecho a que la prestación de los servicios sea llevada a cabo por personal idóneo, capacitado y que disponga de condiciones laborales adecuadas, que el servicio sea prestado en condiciones satisfactorias, que se brinden medicamentos de calidad y atención oportuna.

De otro lado, las obligaciones del Estado derivadas del PIDESC en relación con salud pueden sintetizarse en: i) la de no discriminar, que consiste en que en el desarrollo progresivo de los derechos sociales las autoridades no pueden tomar medidas discriminatorias, como excluir a ciertas poblaciones, de manera injustificada, de las prestaciones garantizadas; (ii) la obligación de adoptar inmediatamente medidas, y hasta el máximo de los recursos disponibles, para lograr la plena realización de los derechos sociales; (iii) la obligación de asegurar un contenido mínimo lo cual mostraría que es posible distinguir en los derechos sociales dos tipos de contenidos: de un lado, un contenido básico o mínimo, que debe ser asegurado de manera inmediata por los Estados, y que estaría ligado al “derecho a la subsistencia”, en la terminología del derecho internacional de los derechos humanos, o al derecho al “mínimo vital”, según la terminología de la jurisprudencia de ciertos tribunales constitucionales, como el tribunal alemán o la Corte Constitucional colombiana; y de otro lado, un contenido de desarrollo progresivo, frente al cual la obligación estatal es la de tomar medidas para lograr progresivamente su plena realización; y (iv) la prohibición de retroceso, según la cual, si el deber de los Estados es avanzar progresivamente en la realización de los

derechos sociales, entonces las medidas que disminuyen una protección alcanzada en el pasado deben ser consideradas, al menos prima facie, como contrarias al PIDESC, por lo que sólo serían válidas si las autoridades pueden justificar su necesidad tomando en consideración el conjunto de los derechos reconocidos por el mismo pacto.

La legislación internacional ha desarrollado obligaciones de orden general y de orden específico, bajo los conceptos de “progresiva efectividad” y “obligaciones de resultado” sobre cuyo cumplimiento el Estado se responsabiliza ante el control ciudadano e institucional y ante la vigilancia de los organismos internacionales. Las posibles limitaciones económicas no eximen al Estado de la adopción de medidas deliberadas y concretas tendientes al disfrute efectivo del derecho. Si bien la realización puede ser paulatina, en términos razonables, la obligación de resultado permanece y en consecuencia la vigilancia se concentra en el correcto encauzamiento y priorización de las políticas y programas conducentes al logro de resultados. Son precisamente las políticas y los programas adoptados los que garantizan que el derecho prevalezca frente a otras razones de orden económico o político que puedan debilitar, retardar u obstaculizar su realización.

5.6. NORMATIVIDAD NACIONAL: BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA RECEPCIÓN CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD

Antes de la Constitución de 1991, el derecho a la salud no tenía un claro reconocimiento constitucional, a pesar de los avances indudables que en materia de derechos sociales significaron la reforma constitucional de 1936 y la ratificación del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta situación cambia con la Constitución de 1991, que señala como fin del Estado el garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la misma (artículo 2), en el marco del Estado Social de Derecho.

La Corte Constitucional ha precisado que “...la connotación de social supera la concepción del Estado de Derecho en que las instituciones y la ley sólo garantizaban

formalmente las libertades y los derechos, sin la preocupación más profunda de hacer realidad el contenido material de los derechos y libertades” ANGARITA (1992) T-406/1992.

Esa adopción de la fórmula constitucional del Estado social y democrático de derecho permitió entonces una incorporación vigorosa de los derechos sociales en general y del derecho a la salud en particular. El artículo 44 consagra la salud como derecho fundamental de los niños, y es claro que éste también se entiende incorporado en la protección de la vejez contenida en el artículo 46. El artículo 48 establece que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio “que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado”, cuyo desarrollo legal debe ajustarse a los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad, permitiendo también la participación de los particulares en el sistema de seguridad social.

La Corte Constitucional ha entendido el concepto de seguridad social como “... los medios de protección institucionales para amparar a la persona y a su familia frente a los riesgos que atentan contra la capacidad que éstos tienen para generar los ingresos suficientes para gozar de una existencia digna y enfrentar contingencias como la enfermedad, la invalidez o la vejez. Por ello, la Constitución establece que la seguridad social es no sólo un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, sino que también representa un derecho irrenunciable, garantizado a todos los habitantes del Estado” MONTEALEGRE (2001) C-674/2001.

Por su parte el artículo 49 de la Constitución establece que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”. Más adelante dispone que todas las personas puedan acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Esto debe leerse en armonía con los artículos 36 y 366 ibídem que establecen que los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado y que es deber de éste asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional, de conformidad con la ley. Más adelante el mismo artículo dispone que “corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y el saneamiento” y el deber de ejercer la vigilancia y el control de la prestación de los servicios, que puede ser

llevada a cabo por particulares. Finalmente el artículo establece el derecho de atención gratuita, en las instituciones que reciben aportes públicos, para todos los menores de un año.

Ahora bien, en virtud del llamado bloque de constitucionalidad, esta recepción del derecho a la salud por la Constitución de 1991 implica también, en cierta medida, la constitucionalización de los estándares internacionales sobre dicho derecho, explicados en los apartes anteriores. En efecto, conforme a dicha figura, los tratados de derechos humanos ratificados por Colombia, y en particular el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Protocolo de San Salvador tienen rango constitucional en el ordenamiento colombiano, por lo cual sus mandatos deben ser tomados en cuenta por las autoridades. A su vez, los criterios desarrollados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, como intérprete autorizado del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, son criterios relevantes para determinar el contenido y alcance de los derechos sociales (CP art. 93), como el derecho a la salud. Siendo relevante mencionar que en las sentencias C-406 de 1996, C-21 de 1997, T-68 de 1999, C-010 de 2000, T-1319 de 2001, C-671 de 2002, T-8 de 2003 y T-786 de 2003, entre muchas otras, la Corte Constitucional ha destacado que la jurisprudencia de las instancias internacionales de derechos humanos constituye una pauta relevante para interpretar el alcance de los tratados sobre derechos humanos y, por ende, de los propios derechos constitucionales. Por lo que las doctrinas de dicho Comité, explicadas anteriormente, tienen clara relevancia constitucional en Colombia.

Fuera de esa recepción interna de los estándares internacionales de derechos humanos, la Constitución tiene otros desarrollos específicos frente a este derecho, que conviene destacar. De un lado, la Corte Constitucional ha admitido la protección del derecho a la salud por vía de tutela, con lo cual ha desarrollado su justiciabilidad en forma más intensa que la prevista en otros ordenamientos constitucionales para este tipo de derechos sociales.

De otro lado, la Corte Constitucional ha también mostrado, a través de su jurisprudencia, otras dimensiones o aspectos del derecho a la salud, en lo cual coincide con la visión del Comité DESC que también ha indicado que se trata de un derecho inclusivo, que comprende

desde el derecho al propio cuerpo, que incluye la libertad sexual y eugenésica, hasta el derecho a una atención médica y asistencial adecuada y oportuna. Por ejemplo, la Corte ha desarrollado in extenso los problemas asociados a los derechos de los usuarios no sólo de acceso al sistema de salud sino sus derechos en el propio acto médico, es decir, los derechos del paciente frente al personal sanitario. Esto tiene múltiples dimensiones, como el alcance del deber de reserva del médico en materia de datos clínicos o el derecho del paciente a aceptar o no un tratamiento médico, que se encuentra vinculado al llamado consentimiento informado. También la Corte ha abordado los vínculos entre el derecho a la salud y el reconocimiento constitucional del pluralismo y de algunas formas de multiculturalidad, lo cual plantea el problema de cómo armonizar la facultad del Estado de regular las profesiones médicas para controlar riesgos sociales, y la existencia de concepciones diversas de salud asociadas a distintas comunidades étnicas y culturales.

5.7. LA IMPERATIVIDAD DEL DERECHO A LA SALUD Y LA FLEXIBILIDAD EN LA CONFIGURACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El estudio realizado en los puntos precedentes muestra que el derecho a la salud, tanto en su dimensión internacional como en su incorporación constitucional, impone al Estado colombiano una serie de obligaciones, que pretenden que progresivamente se logre la plena realización de este derecho. Esto significa que las autoridades no pueden adoptar cualquier política o sistema de salud ya que deben respetar ciertos estándares básicos, tanto constitucionales como internacionales. Por consiguiente, es deber del Estado adoptar un sistema de salud que respete dichos estándares.

Sin embargo, eso no significa que el Estado colombiano en general y el Congreso en particular deban adoptar una política de salud o un sistema de salud concreto y determinado, pues, como ha sido destacado tanto por la doctrina constitucional como por la doctrina en derechos humanos, ni los pactos ni las Constituciones suelen imponer una política o un esquema institucional determinados para que los Estados cumplan con estas obligaciones. Los Estados, y en especial las autoridades de origen democrático, como los Congresos y los gobiernos, gozan de una cierta libertad de configuración, según la conocida terminología

constitucional, para adoptar una política determinada para realizar un derecho humano, obviamente dentro de los límites impuestos por la normatividad internacional y constitucional. “Es muy raro que las Constituciones impongan una estrategia determinada para la realización de los derechos constitucionales pues una Constitución totalmente cerrada, que impusiera un modelo económico y social muy estricto, sería incompatible con la alternancia democrática.” UPRIMNY (2007) Por ello ha dicho al respecto la Corte Constitucional que la Carta “ha reconocido al legislador un amplio margen de configuración para regular todo lo concerniente a la seguridad social y, en concreto, lo relacionado con sus prestaciones en salud, vejez, riesgos profesionales, etc” pues la definición del contenido de los derechos prestacionales es una tarea que compete al legislador y que es realizada en virtud de consideraciones jurídicas, políticas y presupuestales, que, en principio, escapan al control de constitucionalidad. Por su parte, la doctrina internacional de derechos humanos ha precisado que “el Derecho Internacional de los Derechos Humanos no contiene en sí un determinado diseño de políticas, sino estándares que sirven de marco a las políticas que cada Estado define.

Esto significa que el legislador goza de amplia libertad para definir la forma como se prestará la seguridad social y la salud. Sin embargo, existen unos mínimos que deben satisfacer un sistema de salud o una política de salud para adecuarse a los estándares de derechos constitucionales y de derechos humanos. Esos mínimos corresponden obviamente las obligaciones del Estado en este campo y a los contenidos del derecho a la salud, que explicamos en los puntos precedentes y que han sido explicados por distintas instancias internacionales, como el Comité DESC o el Relator del derecho a la salud, o por la propia jurisprudencia constitucional.

En algunos documentos recientes, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, el señor Paul Hunt, ha intentado sistematizar algunos de esos elementos básicos que debe reunir un sistema de salud para ser compatible con los estándares internacionales. Sin que pretendamos sintetizar sus reflexiones, que el propio relator reconoce como parciales y preliminares, conviene destacar algunos elementos importantes de su enfoque, pues pueden ser útiles para la discusión colombiana.

En primer término, si el derecho a la salud no se reduce al derecho a acceder a la atención médica sino que es más amplio e integral, pues consiste en el derecho a gozar del más alto nivel posible de salud física, mental y psíquica, entonces los sistemas y las políticas de salud no pueden limitarse a atender la enfermedad, pues deben también tratar los factores subyacentes determinantes de la salud. Esto muestra entonces la importancia de las políticas de salud pública en la realización del derecho a la salud.

En segundo término, un sistema de salud debe, en su diseño y funcionamiento, respetar ciertos principios básicos comunes a los derechos humanos, como el deber de transparencia, la participación, la rendición de cuentas, el respeto a las diferencias culturales y a los principios de igualdad y no discriminación. Es por ello esencial que el sistema adopte estrategias que favorezcan especialmente a las poblaciones vulnerables y discriminadas. En tercer término, y precisamente para lograr una adecuada rendición de cuentas y el respeto a los principios de igualdad y no discriminación, un sistema de salud acorde con los derechos humanos debería desarrollar un sistema de información, de indicadores y metas, que permita evaluar con claridad los avances y retrocesos en la satisfacción del derecho a la salud. Esta información debe ser desagregada, hasta donde sea posible, por categorías adecuadas, como género, situación social y geográfica, pertenencia étnica, etc, a fin de evaluar el impacto diferenciado del sistema de salud sobre las poblaciones vulnerables y discriminadas.

En cuarto término, el Estado debe promover sistemas de financiación adecuados y equitativos, que canalicen los recursos necesarios para lograr una satisfacción progresiva, pero cada vez más plena e integral, del derecho a la salud. Finalmente, un sistema de salud debe inmediatamente cumplir con los contenidos básicos directamente exigibles por el derecho a la salud, y que ya fueron sistematizados por el Comité DESC en la citada Observación General No. 14, a saber, (i) la adopción y aplicación de una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública sobre la base de las pruebas epidemiológicas, (ii) el aseguramiento del acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; (iii) la distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; y (iv) el

suministro de los medicamentos esenciales. Es pues dentro de esos marcos normativos imperativos donde el Estado colombiano puede adoptar políticas y estrategias de salud diversas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHINCHILLA HERRERA, Tulio Eli (2009) ¿Qué son y cuáles son los derechos fundamentales? Las nuevas líneas de la jurisprudencia. Bogotá: Editorial Temis.
- DUEÑAS RUIZ, Oscar José (1998) Acción y procedimiento en la tutela ampliada con la jurisprudencia de la actual Corte Constitucional. Bogotá: Librería Ediciones del Profesional.
- FAJARDO, Luis Andrés (2010) Implementación del sistema interamericano de derechos humanos en Colombia a través del bloque de constitucionalidad. Bogotá: Universidad Sergio Arboleda. Biblioteca Jurídica Dike.
- FERRER MAC – GREGOR, Eduardo (2010) Acción de tutela y derecho procesal constitucional. Bogotá: Editorial Doctrina y Ley.
- GALVIS ORTIZ, Ligia (2003) Comprensión de los derechos humanos. Bogotá: Ediciones Aurora.
- GUTIÉRREZ BELTRÁN, Andrés (2007) El bloque de constitucionalidad. Conceptos y fundamentos. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- MALDONADO, Carlos Eduardo (2010) Hacia una fundamentación filosófica de los derechos humanos. Bogotá: Universidad del Rosario.
- OFICINA EN COLOMBIA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (2001) Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN. UPRIMNY, Rodrigo. (2008) El Derecho a la Salud. En perspectiva de Derechos Humanos y El Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en Materia de Quejas en Salud. Primera Edición: mayo 2008. Bogotá D.C., Colombia.
- REY CANTOR, Ernesto, RODRÍGUEZ, María (1998) Acción de cumplimiento y derechos humanos. Bogotá: Editorial Temis.
- UPRIMNY, Rodrigo (2002). “El bloque de constitucionalidad en Colombia. Un análisis jurisprudencial y un ensayo de sistematización doctrinal” en Compilación de jurisprudencia y doctrina nacional e internacional: derechos humanos y derecho internacional humanitario. Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Vol. I, Bogotá.
- UPRIMNY, Rodrigo (2002). “El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana” en Saúl Franco (ed.). La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- UPRIMNY, Rodrigo (2003). “Legitimidad y conveniencia del control constitucional de la economía” en Germán Burgos (ed.). Independencia judicial en América Latina. Qué, de quién, cómo, ILSA, Bogotá.
- UPRIMNY, Rodrigo (2006). Bloque de constitucionalidad, derechos humanos y proceso penal, Consejo Superior de la Judicatura, Universidad Nacional, Bogotá.

NORMATIVAS

- Constitución Política Colombiana de 1991. Editorial Leyer, Bogotá., 2011.
- Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14 (2000). Documento E/C.12/2000/4 del 11 de agosto de 2000. La observación analiza el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud consagrado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.17/23), 12 de julio de 1993. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 14 a 2 de junio de 1993.

JURISPRUDENCIAL

- Colombia. Corte Constitucional Sentencias C-577 de 1995, C-1204 de 2000 y T-398 de 2008, entre otras.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-037 de 2010.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencias T-760 de 2008, T-922 de 2009 y T-189 de 2010, entre otras.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencias SU-480 de 1997, SU-819 de 1999, T-760 de 2008 y T-189 de 2010, entre otras.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-151 de 2006.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-548 de 2005.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-754 de 2005.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-407 de 2006. En el mismo sentido, las sentencias T-517 de 2005, T-111 de 2005, T-1246 de 2004, T-2113 de 2004, T-908 de 2004, T-740 de 2004, T-617 de 2004, T-058 de 2004, T-411 de 2003, T-178 de 2002 y T-1204 de 2000, entre otras.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-899 de 2008.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T-037 de 2007.
- Colombia. Corte Constitucional, Sentencia T 058 de 2011.

- Colombia. Corte Constitucional, Sentencias C- 542 de 1998, T- 881 de 2002, T- 560 de 2003, T- 262 de 2005, T- 443 de 2007, T- 550 de 2008 y T-118 de 2011, entre muchas otras.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No.058 febrero de 201. Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio. No. De Expediente. T-2813250
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia No.037 febrero de 2010. Magistrado Ponente Dr. Jorge Iván Palacio. No. De Expediente. T-2406455 y T-2396335

DOCUMENTOS EN LÍNEA: URL DE CONSULTA.

- <http://www.youtube.com/watch?v=m-lw7VJMtKI&feature=related>
- http://www.dejusticia.org/index.php?modo=interna&tema=derechos_sociales&publicacion=402
- http://www.ustream.tv/recorded/15854500#utm_campaign=synclinkback&source=http://dejusticia.org/index.php?modo=interna&tema=derechos_sociales&publicacion=990&medium=15854500
- http://books.google.com.co/books?id=IZHIQRJEI0UC&pg=PA164&dq=Rodrigo+Uprimny+libro+%22El+Derecho+a+la+Salud%22&hl=es&ei=scK4To6lOM6dgQf_noDZCA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false
- <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CARTILLA%20R%203%2089GIMEN%20SUBSIDIADO%20EN%20SALUD.pdf>
- http://www.who.int/topics/human_rights/es/
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/es/documents/udhr/index_print.shtml
- <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>