

LA SALUD COSIDA CON EL DERECHO. DERECHO FUNDAMENTAL Y DERECHO HUMANO, SEGÚN LA PROPUESTA DE FERRAJOLI*

HEALTH STITCHED WITH RIGHTS. FUNDAMENTAL RIGHTS AND HUMAN RIGHTS, ACCORDING TO FERRAJOLI'S PROPOSAL

Ana Rita Castro**

Resumen

El presente artículo estudia el derecho a la salud como derecho humano fundamental. Desde la perspectiva del jurista Luigi Ferrajoli, el derecho a la salud se describe como un tipo de derecho fundamental de carácter universal, y como derecho humano primario de todas las personas, sean ciudadanas o no, tengan o no capacidad de obrar. Asimismo, se señala que la salud es un derecho social que exige prestaciones del Estado, como sujeto obligado. La discusión cuenta también con el referente teórico de la medicina social-salud colectiva, en el cual la realización del derecho a la salud estaría sujeta a sus determinantes sociales, los que a su vez guardan relación con las condiciones y la calidad de vida. De igual modo, se hace una distinción entre el derecho a la

* El artículo que ahora se presenta es parte de la investigación realizada por la autora en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, intitulada *Las tramas del derecho a la protección de la salud en Milpa Alta. El caso del pueblo de Santa Ana Tlacotenco*, septiembre de 2018, para obtener el grado de doctora en Ciencias en Salud Colectiva.

** Responsable académica del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria, adscrito a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de asignatura "A" con definitividad de la ENEO, UNAM.

Fecha de recepción: 6 de marzo de 2020.

Fecha de aceptación: 2 de julio de 2020.

salud y el derecho a la protección de la salud, así como a las obligaciones y procesos de exigibilidad que cada tipo de derecho entraña. Por último, se sostiene que el derecho a la salud no debe estar divorciado de las necesidades sociales del momento histórico y depende del marco político y de justicia que predomine. Así, este artículo propone una nueva mirada a la situación de estos derechos en México, y a la vez explora los alcances del marco RIR, como modelo de análisis que no ha sido suficientemente discutido en nuestro país, el cual recorre integralmente el reconocimiento legal de los DES, su grado de institucionalización y los mecanismos de rendición de cuentas que se tienen para que los titulares de deberes tomen responsabilidad de sus actos. De esta manera, se llega a la conclusión de que el régimen legal e institucional de México cumple con suficiencia los estándares del marco RIR, por lo que la falta de progreso en este ámbito no está determinada por una falla estructural. Sin embargo, a nivel operativo, esto es, en el desempeño de las agencias estatales, problemas crónicos como la impunidad, la corrupción y la falta de voluntad política, obstaculizan la realización de los DES.

Palabras clave: salud, derecho a la salud, determinantes sociales.

Abstract

This article examines the right to health as a fundamental human right. From the perspective of jurist Luigi Ferrajoli, the right to health is described as a type of fundamental right of a universal nature, and as a primary human right of all people, whether or not they are citizens, and whether they have the capacity to act or not. Likewise, it points out that health is a social right which requires benefits provided by the State, as responsible subject. The discussion also centers around the theoretical reference of social medicine-collective health, in which the fulfillment of the right to health would be subject to its social determinants, which in turn are related to living conditions and quality of life. Similarly, a distinction is made between the right to health and the right to health protection, as well as to the obligations and enforceability processes that each type of right entails. Finally, it is stated that the right to health must not be divorced from the social needs of the historical moment, and will depend on the prevailing political and justice framework.

Keywords: health, right to health, social determinants.

I. Nota introductoria

Los derechos son productos históricos, como resultado de la resistencia y la lucha,¹ asimismo, son efecto de una doble tensión entre la acción colectiva, el Estado y su andamiaje institucional.

En palabras de Luigi Ferrajoli, “ninguno de estos derechos cayó del cielo, sino que todos fueron conquistados mediante rupturas institucionales: las grandes revoluciones americana y francesa, los movimientos decimonónicos por los estatutos, y, en fin, las luchas obreras, feministas, pacifistas y ecologistas de este siglo”.² El jurista italiano agrega que las diversas generaciones de derechos pueden corresponder a diversas manifestaciones de movimientos revolucionarios, “desde las revoluciones liberales contra el absolutismo real de los siglos pasados, hasta las constituciones de este siglo, incluidas la italiana de 1948 y la española de 1978, nacidas de la Resistencia y del rechazo del fascismo”.³ La Constitución mexicana de 1917 no fue una excepción en ese sentido.

El origen de los derechos va aparejado con la historia de las luchas sociales; son resultado de fuertes procesos de cuestionamiento, negociación, movilización y presión para el cambio de la actuación estatal. Rastrear la historia de estos procesos de movilización y acción colectiva es también rastrear la trayectoria de reivindicaciones sociales que se cristalizaron en derechos.

Por ello, existen posturas que dicen que los derechos no pueden divorciarse de las necesidades básicas y sociales. Ya Fraser, desde mediados de los años ochenta, señalaba que sólo una fracción de las necesidades sociales llega a transformarse en derechos, pese a la estrecha conexión que hay entre los derechos y las necesidades.⁴

Lo que intentamos esbozar aquí es la relación entre los derechos y diversas demandas que son producto de necesidades sociales históricamente construidas. Éste no es un proceso unívoco, sino que, como ocurre con todo proceso de lucha, también supone la exclusión de algunas demandas en favor de otras.

En palabras de Ortiz, que sigue de cerca a Fraser, “los derechos son aquellas necesidades que tras amplios procesos históricos de lucha por el poder han entrado al ámbito de la política, y por tanto, participan en los debates éticos y en los procesos de legitimación para, eventualmente, ser reconocidos en los ámbitos jurídico y legal”.⁵

Estas cuestiones nos permiten desembarcar en lo que Amartya Sen llama *titularidades*, que define como “reivindicaciones que son susceptibles de cumplirse mediante la entrega de bienes, servicios o protección por parte de un «otro» específico”.⁶ Y agrega:

¹ Tilly, Charles, “¿De dónde vienen los derechos?”, *Sociológica*, año 19, núm. 55, mayo-agosto de 2004, p. 274.

² Ferrajoli, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 1999, p. 54.

³ *Idem*.

⁴ Fraser, Nancy y Lamas, Marta “La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío”, *Debate Feminista*, vol. 3, 1 de marzo de 1991, pp. 3-40.

⁵ *Ibidem*, p. 604.

⁶ Citado en Tilly, Charles, *op. cit.*, p. 275.

“Tales titularidades se convierten en derechos de la ciudadanía cuando el objeto de la solicitud es un Estado o sus agentes y el solicitante exitoso califica por su simple membresía en una amplia categoría de personas sujetas a la jurisdicción del Estado”.⁷ Lo cual constituiría un peldaño de la escalera del derecho. Adscribiéndonos a la propuesta de Ferrajoli, se puede afirmar que existen ciertos derechos, considerados como derechos fundamentales, que no se restringen a la pertenencia de una comunidad política, sino que se tienen por el hecho de ser persona. Esta cuestión la retomamos más adelante.

En otras palabras, los derechos existen cuando una parte puede exigir con efectividad que otra parte (ese “otro”) otorgue bienes, servicios o protección, y que no haya otras partes (terceras) que obstaculicen dicho otorgamiento. Entendido el derecho, de manera general, como el conjunto de normas de conducta, se caracteriza por su bilateralidad. Al prescribir, el derecho “no sólo establece la obligación de una persona de observar esa conducta, sino que, al mismo tiempo, establece la facultad de otra persona para exigir el cumplimiento de dicha obligación”.⁸

II. Salud, condiciones de vida y condiciones de posibilidad

La salud, como casi todos los conceptos en las ciencias sociales y de la salud, es un concepto en disputa, cuya definición ha experimentado variaciones en el transcurso del tiempo. Como no es una de las finalidades de este artículo hacer un exhaustivo recuento sobre el proceso histórico del concepto de salud, y ante la necesidad de considerar a ésta más allá de la enfermedad, y de superar posiciones naturalistas y hasta normativistas, entendemos la salud como “la capacidad humana para tomar decisiones e involucrarse en proyectos de transformación, incluida la acción política”.⁹

Esta definición nos permite reconocer la naturaleza multidimensional de la salud y desplazar la discusión de lo biológico a lo social, superando la visión dominante biologicista (en la medicina y la salud pública). También consideramos que desde la perspectiva que trabajamos en este artículo, la salud como capacidad humana permitiría algunos acercamientos más exactos cuando se trata del derecho a la salud y a la protección de la salud. No obstante, la discusión al respecto es un debate abierto, pues uno de los principales desafíos que tiene el derecho es definir, si lo que se busca es proteger a la salud, ¿qué es la salud como bien jurídico? La conceptualización de la salud como capacidad humana permite condensar varios tipos de capacidades o subcapacidades que se requerirían para producir “salud” y elegir aquellas decisiones que más nos conduzcan al proyecto de vida deseado.

⁷ *Idem.*

⁸ Arévalo Álvarez, Luis Ernesto, *El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos*, México, Universidad Iberoamericana Puebla y Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2001.

⁹ López Moreno, Sergio y Puentes Rosas, Esteban (eds.), *Observatorio de la salud pública en México 2010*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, 2011.

Lo que intentamos expresar es que la salud es un concepto complejo; puede entenderse como fenómeno, medida, valor, bien o praxis, no sólo como la ausencia de enfermedad ni la lucha contra la muerte a toda costa. Contiene, por el contrario, distintas dimensiones. Reconocemos al hablar de ella la dimensión material, que ocurre en los seres humanos en su expresión orgánica, biológica y social, y también una dimensión subjetiva, que se refiere a la interpretación y la forma como se enfrentan y se viven estos procesos. También concebimos la dimensión política de la salud, que tiene que ver con procesos y prácticas de construcción de alternativas tanto individuales como colectivas en aras de un determinado proyecto.

Asimismo, es preciso señalar que, además de la categorización que hace Ferrajoli sobre los derechos humanos, una de las perspectivas teóricas de este artículo es la ofrecida por la medicina social y salud colectiva latinoamericana (en adelante MS-SC), cuya premisa es que a cada sociedad corresponde un perfil específico de enfermedad y de muerte, relacionado interiormente con el modo de producción económica y con la forma en que se articulan la economía, la política y la cultura.¹⁰ Para la MS-SC, la desigualdad social influye más en los problemas de salud que la herencia biológica: la enfermedad no es solo un estado biológico, sino que está influido por otros factores y condiciones. Por lo tanto, salud y enfermedad son partes indisociables de un mismo fenómeno. A esto se le denominó “proceso salud-enfermedad”, y tiene que ser necesariamente analizado con el devenir histórico.¹¹

Si asumimos que cada perfil de morbimortalidad está influido por las relaciones de propiedad con los medios de producción, por parte de los diferentes grupos sociales, las expresiones singulares del proceso salud-enfermedad están atravesadas también por las condiciones de vida, que serán necesariamente diferentes en cada grupo social y en un determinado espacio socio-histórico. El reconocimiento de la relación entre las condiciones de vida y la salud fue una de las bases de la MS-SC y una de sus líneas de investigación. Una de las formas de abordar esta relación es el estudio de las formas en que territorialmente se manifiesta la articulación con los procesos de salud-enfermedad.¹²

Las condiciones materiales de vida se entienden como “el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación”.¹³ Este aspecto es clave para el enfoque que comentamos, porque la brecha de implementación del derecho a la protección de la salud de la que partimos, es decir, la distancia entre lo que estipula el derecho (la norma jurídica) y su ejercicio, está determinada en parte por lo que se conoce desde la filosofía del derecho como las condiciones de posibilidad, que pueden ser objetivas y subjetivas, y que aluden a aquellas condiciones que permiten que las personas ejerzan su derecho a la salud o a la protección de la salud en forma individual y colectiva.

¹⁰ *Ibidem*, p. 58.

¹¹ *Idem*.

¹² Blanco Gil, José y Sáenz Zapata, Orlando, *Espacio urbano y salud*, México, Doble Luna, 1994, p. 22.

¹³ Blanco Gil, José y López Arellano, Oliva, “Condiciones de vida, salud, y territorio: un campo temático en (re)construcción”, en Jarillo Soto, Edgar C. y Guinsberg, Enrique (eds.), *Temas y desafíos de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007, pp. 103-124.

Por condiciones de posibilidad se entiende “el conjunto de los condicionantes para que algo suceda o se concrete. Se llama posibilidad real a la vinculada indisolublemente con las condiciones concretas, gracias a lo cual dispone de todo lo necesario para su realización”.¹⁴ Por lo tanto, hay condiciones de posibilidad que son generadas en un nivel macro social, de tipo estructural, y otras que se dan en el nivel micro social, que además de contemplar una dimensión propiamente subjetiva del ejercicio del derecho a la protección de la salud, (entendido aquí como la apropiación del mismo por parte de las personas usuarias) también incluye la participación del Estado, en la dimensión institucional del propio sistema público de salud y su expresión y dinámica en los servicios de salud.

Por último, cabe señalar que Sánchez Pérez y Arana Cedeño afirman que “las condiciones de salud de una población son en gran medida resultado de la capacidad que tienen las personas y las poblaciones para ejercer sus derechos y que a su vez también reflejan el grado en que el Estado ha cumplido con sus obligaciones”.¹⁵

III. La salud como derecho y sus determinantes

La salud como derecho humano fundamental fue establecida desde 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Es indispensable en el ejercicio de los demás derechos humanos. La Observación General número 14 (2000), que desarrolla el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), señala en su punto 1 que: “Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.¹⁶

A partir de lo anterior, podemos identificar varias cuestiones. En primer lugar, la definición del derecho a la salud es casi tautológica. Esto ocurre porque es complejo identificar el bien jurídico que protege, lo que hace la tarea de positivizar aún más difícil. Esta cuestión, de algún modo, ya la adelantamos en la sección sobre qué es la salud. La dificultad que existe para su conceptualización, incide también aquí en esta definición. No obstante esta dificultad, llegamos a considerar la salud como una capacidad humana y condición esencial para el desarrollo humano, que permita disfrutar del más alto nivel posible de salud y asimismo desarrollar otras capacidades. Se estipula en el “Protocolo de San Salvador” (1988) que el derecho a la salud debe ser entendido como el disfrute al nivel más alto posible de bienestar físico, mental y social. Traemos a colación esta noción para subrayar la idea de lo *social* que permite considerar al individuo en su ámbito social, es decir, suponerlo como un ser social.

¹⁴ Castro Vázquez, María del Carmen, *En letras chiquitas: construcción de la ciudadanía y el derecho a la información en salud*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, 2016, p. 21.

¹⁵ Sánchez Pérez, Héctor Javier y Arana Cedeño, Marcos, “La muerte materna en Chiapas: una historia inacabada”, *Medicina Social*, vol. 9, núm. 1, 2014.

¹⁶ Observación General núm. 14, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22º periodo de sesiones, Ginebra, 2000.

Otra cuestión es que el derecho a la salud debe permitir *vivir dignamente*. La idea de dignidad humana expresa que el derecho a la salud tiene implícita una idea de moralidad. O, más bien, hay una moralidad genérica que respalda al conjunto de los derechos, según la cual todos los seres humanos son vistos como fines y no como medios, y deben poseer una serie de condiciones de vida social que les permitan elegir libremente un tipo de vida que consideran “buena” entre un abanico de opciones posibles.¹⁷ Hemos señalado que la salud es un derecho humano fundamental. Desagreguemos esta afirmación. Por derechos humanos vamos a entender como aquellos:

...horizontes normativos y proposiciones éticas que sirven de marco tanto para la acción estatal, al traducirse en mecanismos que generan expectativas y posibilidades de exigibilidad a través de los dispositivos jurídicos establecidos nacional e internacionalmente, como también para la acción colectiva... como recursos de movilización.¹⁸

Según Arévalo Álvarez, los derechos humanos, desde el punto de vista objetivo, “son normas de derecho público constitucional... que protegen ciertos bienes jurídicos fundamentales que se consideran inherentes a la personalidad humana”.¹⁹ Agrega Álvarez Icaza que buscan proteger el conjunto de bienes materiales e inmateriales con los que se satisfacen las necesidades propias y efectivamente humanas de las personas. Se refieren a las libertades, reivindicaciones y facultades a las que todo individuo debe tener acceso por el solo hecho de pertenecer a la especie humana.²⁰

Desde el punto de vista subjetivo, los derechos humanos “son las facultades que esta clase de normas otorgan a los titulares para que exijan a los obligados el cumplimiento de las obligaciones correspondientes”.²¹ En el caso del derecho a la salud, el sujeto obligado es el Estado. Por ello, es importante que el derecho a la salud como derecho social esté catalogado como un derecho humano, pues faculta a las personas (no solo a los ciudadanos) a exigir al Estado el cumplimiento de las obligaciones que se derivan del mismo.

Y ¿por qué también es un derecho fundamental? Según Ferrajoli son derechos fundamentales “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden universalmente a todos los seres humanos en cuanto dotados del estatus de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar”.²² Este mismo autor señala que el derecho subjetivo es “cualquier expectativa positiva (de prestación) o negativa (de no sufrir lesiones) adscrita a un sujeto por una norma jurídica”.²³

¹⁷ Peces-Barba, Gregorio, 1994 citado en Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, México, FLACSO México, 2013, p. 22.

¹⁸ Hincapié, Sandra, “Acción colectiva de las mujeres y derechos humanos en México: movilizándolo el dolor en medio del conflicto armado”, *Estudios Socio-Jurídicos*, vol. 19, núm. 2, 27 de junio de 2017.

¹⁹ Arévalo Álvarez, Luis Ernesto, *op. cit.*, p. 57.

²⁰ Álvarez Icaza Longoria, Emilio, *Para entender los derechos humanos en México*, México, Nostra Ediciones, 2009.

²¹ Arévalo Álvarez, Luis Ernesto, *op. cit.*, p. 57.

²² Ferrajoli, Luigi, *op. cit.*, p. 37.

²³ *Idem*.

Para precisar qué distingue a los derechos fundamentales de los demás derechos, indistintamente de su contenido, podríamos resumir tres aspectos que señala Ferrajoli: el primero es la forma universal de su atribución; el segundo, su estatus de reglas generales y abstractas y el tercero, su carácter indisponible e inalienable.²⁴

De ahí que, los derechos humanos son un tipo de derecho fundamental, en ese sentido, la salud es un derecho humano y fundamental, que supone universalidad, no absoluta, sino relativa, dada por el “estatus” que es la “condición de un sujeto, prevista asimismo por una norma jurídica positiva, como presupuesto de su idoneidad para ser titular de situaciones jurídicas y/o autor de los actos que son ejercicio de éstas”.²⁵ Es decir, el que este derecho aplique para “todos” depende del estatus que le otorga la normativa. Así que los términos *persona*, *ciudadano* y *capacidad de obrar* poseen en el mismo plano la igualdad en cuanto a la titularidad de todos los derechos fundamentales, porque reúnen la cualidad de ser adjudicados por el estatus exigido.


Esto sí representa un gran avance en cuanto al paso de los derechos del ciudadano a los derechos de las personas. El derecho a la salud como derecho humano fundamental es un derecho también social, lo cual contradice al hecho de que los sistemas de protección social de diferentes países, en lo que se refiere a la seguridad social, lo han atribuido a la condición de ciudadanía, a través del vínculo laboral. Otra característica que Ferrajoli señala acerca de los derechos fundamentales es que deben ser inviolables.

El derecho a la salud sería, pues, un derecho fundamental según la propuesta de Ferrajoli, clasificado como un derecho humano, que constituye parte de los derechos primarios de las personas, y un derecho social que se caracteriza por expectativas positivas, porque demanda prestaciones para su concreción. En el cuadro 1 se muestra una síntesis de la propuesta del jurista italiano.

²⁴ Véase Castro, Elisabetta di, “Derechos sociales, democracia y justicia”, en Dieterlen, Paulette (comp.), *Los derechos económicos y sociales: una mirada desde la filosofía*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, 2010.

²⁵ Ferrajoli, Luigi, *op. cit.*, p. 37.

CUADRO 1. LA SALUD COMO UN TIPO DE DERECHO FUNDAMENTAL Y DERECHO HUMANO

Salud	
Derecho fundamental 	Derecho humano
Subjetivo, corresponde universalmente a todos los seres humanos en su estatus de personas.	Primario, de todas las personas, sean o no ciudadanas o tengan o no capacidad de obrar.
Indisponible, se sustrae del intercambio mercantil, inviolable, inalienable, intransigible.	Subjetivo, exige prestaciones, pues es un derecho social de expectativa positiva.
Resumen:	
<ul style="list-style-type: none"> • La salud es un derecho fundamental de carácter universal. • La salud es un derecho humano, no sujeto a la condición de ciudadanía. • La salud como derecho fundamental y derecho humano va a exigir al Estado (sujeto obligado) realice prestaciones a las personas (todas titulares) para perseguir como valores la dignidad, la libertad, la vida y la supervivencia. 	

FUENTE: elaboración propia con base en Ferrajoli, 1999.²⁶

¿Cómo se puede concretar este derecho?

El derecho a la salud no es sinónimo del derecho a estar sano. Es un derecho que entraña libertades y prerrogativas, según la Observación General número 14, artículo 12,²⁷ y no se restringe al derecho a la atención de la salud oportuna. Por el contrario, se reconoce que el derecho a la salud es un derecho inclusivo que también abarca los principales determinantes de la salud, como son acceso al agua limpia potable, condiciones sanitarias adecuadas, suministro adecuado de alimentos sanos, nutrición adecuada, vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, acceso a la educación, información relacionada con cuestiones de salud y, por último, la participación de la población en todo el proceso de decisiones sobre asuntos relacionados con la salud en los ámbitos local, nacional e internacional.²⁸ La concreción del derecho a la salud está relacionada con sus determinantes sociales, emparentados con las condiciones y calidad de vida. Esta última condensa las condiciones objetivas y subjetivas de la reproducción social de los colectivos humanos y sirve como categoría mediadora entre los macro-procesos estructurales y las expresiones particulares del fenómeno *salud-enfermedad-atención*.²⁹

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Observación General 14, *cit*.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ Blanco Gil, José *et al.*, *Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2014, p. 9.

De esta manera, tenemos que para que se cumpla el derecho a la salud deben cumplirse también otros derechos humanos, con la conjunción de diferentes condiciones (biológicas, socioeconómicas y hasta políticas) y los recursos con los que cuenta el Estado, que permitan que las personas alcancen el “más alto nivel posible de salud”.

Antes de pasar al derecho a la protección de la salud, a continuación, en el cuadro 2, presentamos una síntesis de los instrumentos jurídicos internacionales en los que se reconoce el derecho a la salud.

En otros instrumentos internacionales también existe el reconocimiento del derecho a la salud, tales como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979), la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), la Carta Social Europea (1961), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981) y el Programa de Acción de Viena (1993).

CUADRO 2. EL DERECHO A LA SALUD EN LOS INSTRUMENTOS JURÍDICOS INTERNACIONALES

No	Instrumento Jurídico	Año	Definición del derecho a la salud (artículo)	Observaciones
1	Declaración Universal de Derechos Humanos (UDHR)	1948	"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, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad" (artículo 25).	El derecho a la salud no se restringe a los servicios y atención de salud propiamente dicha; por el contrario, se menciona la alimentación, el vestido, la vivienda y mecanismos de la seguridad social para garantizar un nivel adecuado de salud y bienestar a la persona y su familia.
2	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)	1966	"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" (artículo 12).	En este artículo nuevamente se menciona la creación de otras condiciones, no sólo del tipo sanitarias, sino también relacionadas con el trabajo, para lograr que la persona disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. México se adhirió el 23 de marzo de 1981.
3	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de DESC, "Protocolo de San Salvador"	1988	"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, entendiendo 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" (artículo 10).	En este protocolo el derecho a la salud al igual que las anteriores, se establece como el disfrute del más alto nivel de bienestar, pero se le agrega la palabra <i>social</i> . Ratificación en México, el 16 de abril de 1996.

No	Instrumento Jurídico	Año	Definición del derecho a la salud (artículo)	Observaciones
4	Observación General al número 14 (sobre el artículo 12 del PIDESC)	2000	Esta Observación General desarrolla el artículo 12 del PIDESC, "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud", a través de cinco partes. En la sección I se trata el contenido normativo del artículo 12; en la II, las obligaciones de los Estados Parte; en la III, las violaciones; en la IV, la aplicación en el plano nacional y en la última, las obligaciones de actores distintos de los Estados Parte.	El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), es el órgano que supervisa el PIDESC. En razón de los muchos años recibiendo los informes de los Estados Parte, es que elabora esta Observación, con el fin de ayudar a los mismos en la aplicación del Pacto. No obstante, esta no tiene carácter vinculante. La Observación General tiene un apartado sobre Pueblos Indígenas, en el cual el Comité considera que los pueblos indígenas "tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural".

FUENTE: elaboración propia.

IV. El derecho a la protección de la salud

Como vimos anteriormente, el derecho a la salud es un derecho multidimensional, que abarca también el derecho a la protección de la salud. Éste es más específico, y se enfila a la atención sanitaria, básicamente a través de “sistemas institucionalizados que promueven, previenen y atienden la enfermedad e incluyen diversas tareas que van desde la rectoría, regulación y normatividad, el financiamiento, organización, producción y prestación de servicios, hasta las modalidades de tutela del derecho y resolución de controversias”.³⁰

En México, el derecho a la protección de la salud está reconocido en la Constitución política nacional (artículo 4º). A raíz de la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011, se aprobó en el artículo primero constitucional la incorporación a la propia Constitución de los derechos humanos contenidos en tratados internacionales ratificados por México. De este modo, a partir de ese año, los derechos humanos están garantizados por la Constitución Política, tratados y tribunales internacionales con competencia regional (en el caso mexicano, la Corte Interamericana de Derechos Humanos).³¹ El derecho a la protección de la salud sería entonces un subderecho del derecho a la salud, según la propuesta del “desempaque” de Serrano y Vázquez,³² para ponerlo en acción, según las obligaciones y principios. En este tipo de derecho nos centraremos en la dimensión institucional, en cuanto a la prestación del servicio en un centro de salud. Dado que en nuestro país existe un avance sustancial en trabajos e investigaciones que dan cuenta del desarrollo de indicadores referidos a este derecho, es indudable la importancia del enfoque de la investigación cualitativa para conocer su ejercicio desde la perspectiva de los diferentes actores (institucionales y comunitarios).

La Observación General número 14³³ propone una serie de elementos, que llama esenciales e interrelacionados, que deberán estar presentes en los servicios, y que constituyen las dimensiones institucionales del derecho a la protección de la salud. Cada uno a su vez constituye una dimensión que puede tener diversos contenidos. Las dimensiones son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Las presentamos en el cuadro 3.

³⁰ López Arellano, Oliva, “Política, institucionalidad, derechos y exigibilidad. Un estudio de casos”, ponencia presentada en el Congreso de LASA, Barcelona, 2018.

³¹ López Arellano, Oliva y López Moreno, Sergio, *Derecho a la salud en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2015.

³² Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *op. cit.*

³³ Observación General número 14, *cit.*

CUADRO 3. DIMENSIONES INSTITUCIONALES DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

Dimensiones institucionales	Contenido
Disponibilidad	Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.
Accesibilidad: <ul style="list-style-type: none"> • No discriminación • Accesibilidad física • Accesibilidad económica • Acceso a la información 	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.
Aceptabilidad	Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados.
Calidad	Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.
Apropiación de la salud como derecho	<ul style="list-style-type: none"> • Noción de la salud como derecho (reconocimiento). • Uso de la exigibilidad: vías para reclamar el cumplimiento.

FUENTE: elaboración propia con base en la Observación general 14 (2000).

En el cuadro 4 se muestra lo dispuesto en el derecho a la protección de la salud, en el nivel nacional y el local de la Ciudad de México, la entidad que concentra mayor número de servicios.

Hay otras leyes que no son específicas del campo de la salud, pero que de igual forma contemplan artículos que hacen referencia al derecho a la salud, con énfasis en el acceso a los servicios médicos, como son la Ley de Niños y Niñas, la Ley de Personas con Discapacidad, la Ley de Personas Adultas Mayores y la Ley de Jóvenes.

CUADRO 4. EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN LA NORMATIVIDAD NACIONAL Y LOCAL

Nº	Instrumento Jurídico	Año	Derecho a la protección de la salud (artículo)	Observaciones
1	Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos	1917 (con varias reformas)	"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo de esta Constitución" (artículo 4).	
2	Ley General de Salud	1984	"Toda persona tiene derecho a la protección de la salud en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general" (artículo 1º).	Última reforma en 2017
3	Ley de Salud para el Distrito Federal	2009	"Los habitantes del Distrito Federal, independientemente de su edad, género, condición económica o social, identidad étnica o cualquiera otro, tienen derecho a la protección a la salud. El Gobierno del Distrito Federal y las dependencias y entidades federales, en el ámbito de sus respectivas competencias, tienen la obligación de cumplir este derecho" (artículo 2º).	En el artículo 1 de la presente ley se hace referencia a que a través de esta ley se legisla todo lo concerniente para garantizar el acceso a los servicios de salud.
4	Ley de Desarrollo Social del Distrito Federal	2000	"Promover, proteger y garantizar el cumplimiento de los derechos sociales universales de los habitantes del Distrito Federal en particular en materia de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo e infraestructura social" (artículo 1º, numeral II).	Cito esta ley porque reitera la obligación del Estado en cuanto a la salud, como un derecho social de carácter universal.
5	Ley de Acceso Gratuito a los Servicios Médicos	2206	"El Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, deberá garantizar el acceso gratuito a las personas residentes en el Distrito Federal, que no estén incorporadas a algún régimen de seguridad social laboral, a los servicios médicos disponibles y a los medicamentos asociados que proporciona dicha dependencia de conformidad con sus atribuciones" (artículo 2º).	En esta ley igualmente se hace referencia al acceso a los servicios médicos, pero se hace énfasis en la gratuidad, porque va dirigida a las personas que no están incorporadas a ningún régimen de seguridad social laboral.

FUENTE: elaboración propia.

V. Obligaciones y garantías del derecho

Ahora bien, aún no existe una teoría de las obligaciones del derecho internacional de los derechos humanos, pero sí importantes avances y esfuerzos que, en palabras de Serrano y Vázquez³⁴ tienen puntos de contacto, tensión y disenso, podríamos decir que está en construcción.

A pesar de que el Comité de los DESC (derechos económicos, sociales y culturales) utiliza en sus Observaciones Generales tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y cumplir, a su vez comprende la obligación de facilitar, garantizar y promover. En este trabajo emplearemos las siguientes: respetar, proteger y satisfacer.³⁵

En cuanto a la obligación de respetar, significa que los estados se abstienen de limitarlo o de interferir en su disfrute, en condiciones de igualdad y sin discriminación. La obligación de proteger un derecho implica adoptar medidas para evitar que cualquier entidad (pública o privada) obstaculice el acceso al derecho. Y por último la obligación de satisfacer se cumple cuando el Estado dispone recursos para que las personas ejerzan de manera suficiente y oportuna su derecho.

Apuntamos de manera reiterativa, que en México por la reforma constitucional en materia de derechos humanos en 2011, de la que ya hicimos mención expresa, el Estado (representado por todas las autoridades en el párrafo tercero del artículo primero constitucional) tiene obligaciones específicas, obligaciones inmediatas, y también la obligación de adoptar medidas que contribuyan a la realización plena del derecho a la salud.

En cuanto a las garantías, cabe señalar que la garantía de un derecho es la obligación que el ordenamiento impone a un sujeto determinado, en este caso, el Estado. Siempre que se trate de derechos, las garantías “se desdoblán en un conjunto de obligaciones genéricas y específicas dentro de las cuales se encuentra, precisamente, la de «garantizar los derechos humanos»”.³⁶ Las garantías deben ser creadas por el órgano que legisla, y todos los derechos deben contemplar garantías. Por ende, se requiere del establecimiento de garantías para el cumplimiento de los derechos y de las obligaciones que portan. Las garantías permitirían comprobar si el sujeto obligado está cumpliendo con su deber; en un sistema democrático existen unos órganos garantes que velan por tal cumplimiento. Estos órganos, como recuerda Salazar Ugarte, constituirían las “garantías secundarias” de los derechos, y los jueces vendrían a ser los órganos garantes en última instancia.³⁷

El cuadro 5 permite apreciar resumidamente los dos tipos de garantías y a qué se refieren.

³⁴ Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *op. cit.*

³⁵ Las mismas fueron tomadas de una presentación en dispositivas de Sergio López Moreno, investigador profesor de la UAM-Xochimilco, en el SITUAM (Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana), abril de 2018.

³⁶ Serrano, Sandra y Vázquez, Daniel, *op. cit.*, p. 18.

³⁷ *Idem.*

CUADRO 5. TIPOS DE GARANTÍAS

Primarias	Secundarias
Respeto, protección y satisfacción	Reparación, indemnización, prevención de nuevas violaciones

FUENTE: Retomado de la presentación de López Moreno, 2018.

VI. Exigibilidad y sus mecanismos

Si los derechos no son exigibles, no son propiamente derechos, sino simples aspiraciones o el resultado de acciones caritativas.³⁸ Por ello, en el andamiaje que hemos ido construyendo con respecto al derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud —siguiendo de cerca la propuesta de Ferrajoli— la exigibilidad también es una pieza clave para los derechos en acción o en serio.

La exigibilidad es la “capacidad de los titulares del derecho (beneficiarios potenciales) para reclamar al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en la materia”.³⁹ Existen principalmente dos vías para la exigibilidad. En el diagrama 1 se puede apreciar cada una y los mecanismos con los que cuenta.

La *exigibilidad política* comprende la acción colectiva de distintos grupos de la sociedad organizada convocados por un asunto en concreto. Sus recursos de movilización más comunes son las marchas, concentraciones y vigiliadas, pero también pueden presionar con informes y entrevistas a personas que gozan de cierta autoridad y legitimidad sobre el asunto en el que desean incidir. Actualmente también se utilizan las redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram) para denunciar un hecho y responsabilizar a los agentes comprometidos en él, y asimismo como una forma de presionar para conseguir acuerdos o la votación en el Congreso sobre una normativa. Un ejemplo claro del empleo de todos estos recursos y estrategias de movilización, lo fue recientemente la experiencia para despenalizar el aborto en Argentina.⁴⁰ La votación en ambas cámaras (en momentos diferentes) desató una ola de acciones y presiones que traspasó las fronteras del propio país, y tuvo eco en naciones de varios continentes.

³⁸ López Arellano, Oliva y López Moreno, Sergio, *op. cit.*, p. 46.

³⁹ Presentación en dispositivas de Sergio López Moreno, investigador profesor de la UAM-Xochimilco, en el SITUAM (Sindicato Independiente de Trabajadores de la Universidad Autónoma Metropolitana), abril de 2018.

⁴⁰ Véase Grosso, Belén y Zurbriggen, Ruth, “Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar”, Serie Documentos REDAAS, Buenos Aires, núm. 8, agosto de 2016; Qués, María Elena, “Imágenes y construcción de un colectivo: el caso del movimiento de las mujeres en Argentina (2015-2018)”, *RÉTOR*, vol. 9, núm. 2, 2019, pp. 153-164.

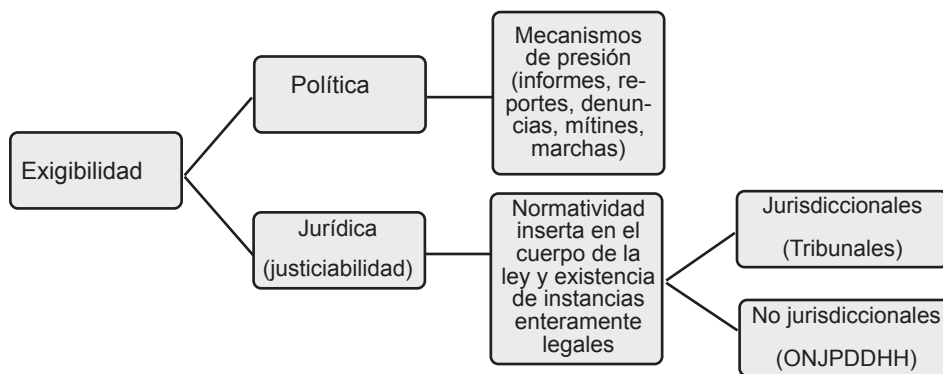
La estrategia comunicacional es clave en el proceso de exigibilidad política. En el caso que estamos citando, se desplegó una muy exitosa, que constaba de un pañuelo verde,⁴¹ y de varias frases cortas que en realidad se podían resumir en que las mujeres tienen el derecho a decidir sobre su cuerpo. Este tema toca el derecho a la salud, que hemos dicho que entraña libertades y derechos, y entre esa libertad está el derecho a controlar la salud y el propio cuerpo, en libertad sexual. Las mujeres son sujetos titulares de derechos y éste no puede seguir siendo la excepción. Finalmente, en la segunda cámara (Senado) no se logró la mayoría, y no pudo ser aprobado el proyecto de interrupción voluntaria del embarazo. La votación quedó 38 senadores en contra, 31 senadores a favor, 2 abstenciones y 1 ausente.⁴² No obstante, el hecho significó un “proceso victorioso” porque sentó varios precedentes, como instalar el tema en la agenda pública, y constituir un capital social alrededor del tema. Por supuesto, también afloraron posiciones más conservadoras sobre el asunto.

La otra exigibilidad, la *jurídica*, atañe según la propia normatividad establecida a las instancias del propio andamiaje del Estado. Puede presentarse en dos ámbitos, el jurisdiccional, que comprende a los tribunales y otro no-jurisdiccional. Consideramos que este tipo de exigibilidad es importante, pero que deberían, en un escenario ideal, agotarse primeramente otras vías, antes de llegar a ésta. Con esto no quiero restar importancia alguna la posibilidad que los DESC por ejemplo, puedan ser justiciables. Todo este armazón forma parte de una sistema que se dice democrático, y cuyo campo político se ensancharía con la presencia y posibilidad de ejercer ambas vías.

⁴¹ Véase Deza, Soledad y Moris, Larisa, *Abortar es un derecho*, Buenos Aires, Fundación Mujeres por Mujeres, 2019; Cardoso Plaza, Anahí Ailín, “(De) construcción de la memoria visual colectiva. Pañuelos verdes como signos de disputa frente al debate por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2018-2019)”, ponencia presentada en el XXI Congreso de la Red de Carreras de Comunicación Social y Periodismo. Escuela de Ciencias de la Comunicación, Salta, Facultad de Humanidades (UNSA), 2019, disponible en: <https://www.aacademica.org/21redcom/221>.

⁴² Véase Shaw, Marcos, “Sin sorpresas, el Senado rechazó el aborto legal y no se podrá volver a discutir hasta el año que viene”, *Infobae*, agosto de 2018, disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2018/08/09/sin-sorpresas-el-senado-rechazo-la-ley-de-aborto-legal-y-la-iniciativa-no-se-podra-volver-a-discutir-hasta-el-ano-que-viene/>.

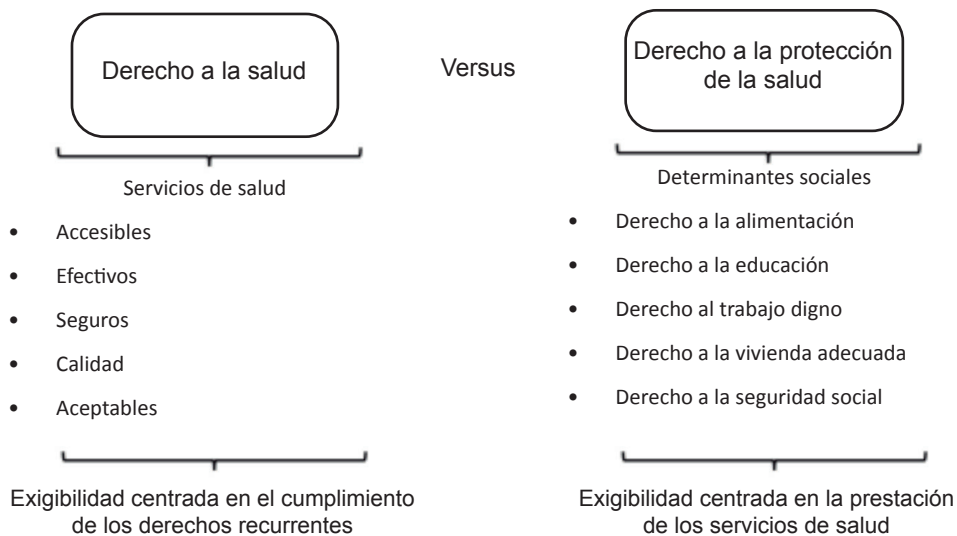
DIAGRAMA 1. VÍAS DE EXIGIBILIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS



FUENTE: López y López, 2015.⁴³

Por último, a manera de cierre, en el cuadro 6 se presentan los dos derechos que hemos tratado y sus diferencias en cuanto a la exigibilidad que cada uno requiere.

CUADRO 6. DIFERENCIAS EN CUANTO A LA EXIGIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD Y DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD



FUENTE: López Arellano, O. y López Moreno, S., 2015, p. 63.

⁴³ López Arellano, Oliva y López Moreno, Sergio, *op. cit.*, p. 46.

VII. A manera de cierre

Como hemos visto a lo largo de este trabajo, el derecho a la salud va más allá de la protección de la salud. Es decir, va más allá de la prestación de los servicios, y esto es algo que en la realidad suele confundirse. O más bien, suele restringírsele, sólo en este ámbito. El derecho a la salud guarda una estrecha relación con las condiciones de vida, que a su vez, se relacionan con las condiciones de posibilidad, que permiten que las personas, todas sujetos de derecho, puedan ejercer tal prerrogativa. Es decir, tener acceso a una alimentación lo más balanceada posible, a una vivienda segura, a contar con los medios para recibir una educación formal (otra discusión sería si es de calidad) y un empleo que permita conseguir una calidad de vida digna, al menos aceptable, en sí mismos cada uno representa un derecho y el acceder y disfrutar constituirían el ejercicio de ese derecho. En conjunto, el ejercicio de estos derechos (a la alimentación, a la educación, a un trabajo digno, a una vivienda adecuada), pueden dar cuenta del derecho a la salud, que como ya vimos es inclusivo y no se reduce a la atención oportuna, cuestión que también hemos subrayado que no es menor.

En ese entendido, este texto suscribe la propuesta de un *núcleo irreductible de necesidades*, las cuales deben ser reconocidas y resueltas, con independencia del contexto social en el que se realizan. “Es esta la visión que reconoce un conjunto de necesidades básicas (concepto absoluto) y un grupo de necesidades y satisfactores relativos a cada sociedad en particular, en función de los modos de vida predominantes y de la norma social de consumo específica”.⁴⁴

Es por ello, que nos remitimos a varios referentes teóricos, para sustentar tal relación, como es la propuesta de la MS-SC, la propia propuesta de Ferrajoli, para resaltar el carácter de derecho fundamental y derecho humano, adscrito a la persona y no por el vínculo de la ciudadanía, y el desempaque del derecho, que es el desdoblamiento del derecho, para garantizar y asegurar su concreción a través de las obligaciones.

La salud como derecho depende también en gran medida del marco político y de justicia que predomine. El sistema de salud, al igual que el sistema político y el sistema de justicia, es un campo de disputa con actores diversos, intereses y subjetividades que se rige por relaciones de poder. Los procesos de exigibilidad en cuanto al derecho a la salud y el derecho a la protección de la salud se centran en demandas diferentes. Distinguir las, lo que sin lugar a duda resulta muy esclarecedor, es relevante para erigir procesos de lucha en la consecución de cada uno.

⁴⁴ Blanco, López y Rivera, 2007, citado en Blanco Gil, José *et al.*, *op. cit.*, p. 14.

VIII. Bibliografía

- ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA, Emilio., *Para entender los derechos humanos en México*, México, Nostra Ediciones, 2009.
- ARÉVALO ÁLVAREZ, Luis Ernesto, *El concepto jurídico y la génesis de los derechos humanos*, México, Universidad Iberoamericana Puebla y Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2001.
- BLANCO GIL, José *et al.*, *Calidad de vida, salud y territorio. Desarrollo de una línea de investigación*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.
- BLANCO GIL, José y SÁENZ ZAPATA, Orlando, *Espacio urbano y salud*, México, Doble Luna, 1994.
- BLANCO GIL, José y LÓPEZ ARELLANO, Oliva, “Condiciones de vida, salud, y territorio: un campo temático en (re) construcción”, en JARILLO SOTO, Edgar C. y GUINSBERG, Enrique (eds.), *Temas y desafíos de la salud colectiva*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007.
- CARDOSO PLAZA, Anahí Ailín, “(De) construcción de la memoria visual colectiva. Pañuelos verdes como signos de disputa frente al debate por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (2018-2019)”, ponencia presentada en el XXI Congreso de la Red de Carreras de Comunicación Social y Periodismo, Escuela de Ciencias de la Comunicación, Salta, Facultad de Humanidades (UNSA), 2019, disponible en: <https://www.aacademica.org/21redcom/221>.
- CASTRO, Elisabetta di, *Derechos sociales, democracia y justicia*, en DIETERLEN, Paulette (comp.), *Los derechos económicos y sociales: una mirada desde la filosofía*. UNAM, Instituto de Investigaciones Filosóficas, México, 2010.
- CASTRO VÁZQUEZ, María del Carmen, *En letras chiquitas: construcción de la ciudadanía y el derecho a la información en salud*, Hermosillo, El Colegio de Sonora, 2016.
- DEZA, Soledad y MORIS, Larisa, *Abortar es un derecho*, Buenos Aires, Fundación Mujeres por Mujeres, 2019.
- FERRAJOLI, Luigi, *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid, Trotta, 1999.
- FRASER, Nancy y LAMAS, Marta, “La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío”, *Debate Feminista*, vol. 3, 1 de marzo de 1991.
- GROSSO, Belén y ZURBRIGGEN, Ruth, “Coaliciones y alianzas entre activistas feministas y el sistema de salud: relato de una experiencia situada en pos del derecho a abortar”, Serie Documentos REDAAS, Buenos Aires, núm. 8, agosto de 2016.
- HINCAPIÉ, Sandra, “Acción colectiva de las mujeres y derechos humanos en México: movilizándolo el dolor en medio del conflicto armado”, *Estudios Socio-Jurídicos*, vol. 19, núm. 2, 27 de junio de 2017.
- LÓPEZ ARELLANO, Oliva, “Política, institucionalidad, derechos y exigibilidad. Un estudio de casos”, ponencia presentada en el Congreso de LASA, Barcelona, 2018.

- LÓPEZ ARELLANO, Oliva y LÓPEZ MORENO, Sergio, *Derecho a la Salud en México*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, 2015.
- LÓPEZ MORENO, Sergio y PUENTES ROSAS, Esteban (eds.), *Observatorio de la salud pública en México 2010*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, 2011.
- QUÉS, María Elena, “Imágenes y construcción de un colectivo: el caso del movimiento de las mujeres en argentina (2015-2018)”, *RÉTOR*, vol. 9, núm. 2, 2019.
- SÁNCHEZ PÉREZ, Héctor Javier y ARANA CEDEÑO, Marcos, “La muerte materna en Chiapas: una historia inacabada”, *Medicina Social*, vol. 9, núm. 1, 2014.
- SERRANO, Sandra y VÁZQUEZ, Daniel, *Los derechos en acción: obligaciones y principios de derechos humanos*, México, FLACSO, 2013.
- SHAW, Marcos, “Sin sorpresas, el Senado rechazó el aborto legal y no se podrá volver a discutir hasta el año que viene”, *Infobae*, agosto de 2018, disponible en: <https://www.infobae.com/politica/2018/08/09/sin-sorpresas-el-senado-rechazo-la-ley-de-aborto-legal-y-la-iniciativa-no-se-podra-volver-a-discutir-hasta-el-ano-que-viene/>.
- TILLY, Charles, *¿De dónde vienen los derechos?*, *Sociológica*, año 19, núm. 55, mayo-agosto de 2004.