

Criterios hermenéuticos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de derecho a la salud

Hermeneutical criteria of the Inter-American Court of Human Rights regarding the right to health

*Isaac Marcelo Basaure Miranda**

Fecha de recepción: 12 de julio de 2021

Fecha de aceptación: 4 noviembre de 2021

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es identificar los principales criterios hermenéuticos aplicados por la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) en materia de derecho a la salud. La metodología empleada consistió en el análisis normativo de la jurisprudencia de dicho órgano judicial, de la Convención Americana de Derechos Humanos y de la doctrina vinculada al tema objeto de estudio, utilizando para ello el método teórico analítico. Se concluye que el derecho a la salud, en el ámbito convencional, ha sido reconocido por la Corte IDH como autónomo, progresivo, susceptible de justiciabilidad directa, indivisible e interdependiente.

Palabras clave: Corte Interamericana de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos, derecho a la salud, Carta de la OEA, acceso a la salud.

ABSTRACT

The objective of this paper is to identify the main hermeneutical criteria applied by the Inter-American Court of Human Rights in matters of the right to health. The methodology used consisted of the normative analysis of the jurisprudence of said judicial body, of the American Convention on Human Rights and of the doctrine related to the subject under study, using the analytical theoretical method. It is concluded that the right to health, in the conventional sphere, has been recognized by the Inter-American Court as autonomous, progressive, susceptible to direct, indivisible and interdependent justiciability.

Keywords: Inter-American Court of Human Rights, American Convention on Human Rights, right to health, Charter of the OAS, access to health.

* Abogado por la Universidad Nacional de Lomas de Zamora; diplomado en Derechos Económicos, Sociales y Culturales por la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. info@isaacbasaure.com.ar

1. INTRODUCCIÓN

La irrupción de la pandemia suscitada por la COVID-19¹, en el 2020, ha supuesto una grave amenaza para los sistemas sanitarios del mundo. Los Estados parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (en adelante CADH) se han visto obligados a implantar diversas medidas a los fines de evitar su propagación: desde confinamientos y restricciones de circulación (Galindo, 2020), hasta toques de queda (Castro y Ces, 2020); sin embargo, dichas acciones demostraron ser incapaces de prevenir el colapso de numerosos centros de salud en el continente (Tinjacá, 2020), lo cual materializa el incumplimiento de los Estados del deber de asegurar a sus ciudadanos el derecho a la salud.

En virtud de lo anterior, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH) ha demostrado su preocupación en este campo del derecho, al publicar el 9 de abril de 2020 la “Declaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 1/20: COVID-19 y Derechos Humanos”, donde señala que “los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales” (Corte IDH, 2020). El citado documento constituye un enfático recordatorio a los Estados parte de la CADH para que todas las medidas que implementen en este contexto extraordinario sean realizadas “en el marco del Estado de Derecho, con el pleno respeto a los instrumentos interamericanos de protección de los derechos humanos y los estándares desarrollados en la jurisprudencia de este Tribunal” (Corte IDH, 2020, p. 1). De esta manera, el contexto histórico actual de la humanidad realza la obligación ineludible contraída por los Estados de garantizar el pleno acceso a la salud a sus respectivas poblaciones.

A modo introductorio, es menester delimitar el marco normativo dentro del cual se resguarda el derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos² (en adelante SIDH); los instrumentos que lo contienen son (tabla 1): la CADH, en su art. 26³; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre

- 1 La Organización Mundial de la Salud (OMS, s. f.) define a la COVID-19 como una “enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2. La OMS tuvo noticia por primera vez de la existencia de este nuevo virus el 31 de diciembre de 2019, al ser informada de un grupo de casos de ‘neumonía vírica’ que se habían declarado en Wuhan (República Popular China)”.
- 2 El Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) es un conjunto de documentos, tratados, organismos y normas de carácter internacional que protegen los derechos humanos en el continente americano. Sus principales instrumentos y órganos son: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), la Carta de la Organización de los Estados Americanos (Carta de la OEA) y la Organización de los Estados Americanos (OEA).
- 3 Art. 26 de la CADH (1969): “Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por

Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante PACADH), en su art. 10⁴; la Carta de la Organización de los Estados Americanos (en adelante Carta de la OEA), en su art. 34, puntos i⁵ y l⁶, y art. 45, punto h⁷; y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (en adelante DADDH), en su art. 11⁸. En cuanto a su conceptualización, está dada por el art. 10.1 del PACADH: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (PACADH, 1988, ART. 10.1).

Tabla 1. Recepción del derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH)

| Tratados | Artículos |
|--|----------------------------------|
| Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), San José, Costa Rica, 1969. | Art. 26. |
| Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PACADH), San Salvador, El Salvador, 1988. | Art. 10. |
| Carta de la Organización de Estados Americanos (Carta de la OEA), Bogotá, Colombia, 1948. | Art. 34, i) y l), y art. 45, h). |
| Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), Bogotá, Colombia, 1948. | Art. 11 (xi). |

Fuente: elaboración propia.

Aclarados tales extremos, se procederá a examinar el precepto legal que justifica la exigencia a los Estados parte de la CADH de que cumplan con hacer efectivo el acceso a la salud. En este orden de ideas, se debe *mencionar*, en primer lugar, el art. 1 de la CADH, el cual establece la obligación de respetar los derechos consagrados en el tratado:

el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados”.

- 4 Art. 10 del PACADH: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.
- 5 Art. 34, i), de la Carta de la OEA (1948): “Defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”.
- 6 Art. 34., l), de la Carta de la OEA (1948): “Condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna”.
- 7 Art. 45, h), de la Carta de la OEA (1948): “Desarrollo de una política eficiente de seguridad social”.
- 8 Art. 11 de la DADDH (1948): “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (CADH, 1969).

En segundo lugar, se debe observar que, con el fin de que los Estados no puedan evadirse del compromiso previamente aludido, la CADH contempla en su art. 2: “Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter”, los Estados deben adoptar disposiciones de derecho interno para efectivizar tales garantías.

En tercer lugar, la preponderancia que ejerce la jurisprudencia de la Corte IDH, en tanto referencia insoslayable para que los Estados generen mayores ampliaciones de derechos humanos, dentro de sus respectivos plexos normativos, procede del art. 33, b)⁹ de la CADH, el cual dispuso la creación de la Corte IDH, “un órgano judicial que detenta jurisdicción contenciosa para intervenir en causas legales en las que se examine el cumplimiento de las obligaciones internacionalmente asumidas por los Estados signatarios de la CADH” (Basaure e Isaac, 2018, p. 1). Asimismo, se debe tener presente que la Corte IDH posee plena competencia para intervenir en aquellos casos en los que se encuentren comprometidas tanto la interpretación como la aplicación de las disposiciones contenidas en la CADH. El requisito para que proceda la facultad competencial de la Corte IDH consiste en que los Estados parte intervinientes en el litigio deben haber reconocido previamente la competencia del tribunal; así lo ordena el art. 62.3¹⁰ de la CADH.

En el mismo tenor, es dable resaltar que las sentencias emitidas por la Corte IDH son de carácter vinculante, es decir, son “obligatorias en cuanto a su acatamiento, para lo cual se le otorga a los Estados un plazo de cumplimiento. Si no son cumplidas, la Corte IDH puede señalarlo así en su informe anual dirigido a la Asamblea General de la OEA para los efectos pertinentes” (Rodríguez Rescia, 2009, p. 17). Dicha capacidad vinculante emana de lo dispuesto por el art. 68.1 de la CADH: “Los Estados Partes en la Convención se comprometen a cumplir la decisión de la Corte en todo caso en que sean partes” (CADH, 1969).

9 Art. 33.b de la CADH (1969): “Son competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes en esta Convención: b) la Corte Interamericana de Derechos Humanos, llamada en adelante la Corte”.

10 Art. 62.3 de la CADH (1969): “La Corte tiene competencia para conocer de cualquier caso relativo a la interpretación y aplicación de las disposiciones de esta Convención que le sea sometido, siempre que los Estados Partes en el caso hayan reconocido o reconozcan dicha competencia, ora por declaración especial, como se indica en los incisos anteriores, ora por convención especial”.

Dado que las sentencias de la Corte IDH son obligatorias para los Estados que han sido parte del pleito interamericano, surge la necesidad de dilucidar si los estándares de protección elaborados por el tribunal en su actividad jurisprudencial pueden ejercer una influencia extensiva hacia aquellos Estados miembros de la CADH que no han sido parte de la sentencia. Si bien la CADH se limita a expresar que la fuerza vinculante de la sentencia de la Corte IDH se reduce al Estado parte que participa de la contienda judicial, lo cierto es que “producen efectos no solamente para el Estado condenado —vinculación directa, *inter partes*—, sino también hacia los Estados que no intervienen en el pleito internacional —vinculación relativa *erga omnes*—, pero solo en la medida de la norma interpretada, no así de la totalidad del fallo, salvo que exista una interpretación local más favorable al ser humano, en cuya hipótesis vale la más ventajosa” (Hitters, 2013, p. 700).

Este efecto expansivo de los decisivos de la Corte IDH encuentra su fundamento en el postulado de buena fe establecido en el art. 31.1¹¹ de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (en adelante, Convención de Viena), el cual afirma que “si un Estado firma un Tratado internacional —particularmente en el ámbito de los derechos humanos—, tiene la obligación de realizar sus mejores esfuerzos para aplicar los pronunciamientos de los órganos supranacionales correspondientes” (Hitters, 2013, p. 700).

Por lo expuesto, se concluye que las sentencias de la Corte IDH, que producen estándares generales de protección de derechos humanos, son, por un lado, vinculantes en su fondo y forma para el Estado integrante de la CADH, que ha sido parte del proceso judicial; y, por el otro, vinculantes solo en un sentido particular, circunscripto al derecho objeto de debate para los demás Estados miembro, en el entendido de que el accionar de los Estados debe estar dirigido a fortalecer los derechos humanos consagrados por la CADH, a pesar de no haber sido parte en el litigio convencional. De lo contrario, se estarían incumpliendo los principios de buena fe (art. 31.1.) y *pacta sunt servanda* (art. 26¹²) de la Convención de Viena, los cuales dan sentido y justificación a un tratado internacional.

Las crisis hospitalarias generadas por la vertiginosa expansión de la COVID-19 fundamentan la necesidad de sistematizar la protección al derecho a la salud en el plano continental, a través de un análisis exegético de la jurisprudencia de la Corte IDH, con el propósito de identificar sus principales criterios hermenéuticos en la materia. Por esta razón, el objetivo del presente artículo es precisar y definir

11 Art. 31.1 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969): “Un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de estos y teniendo en cuenta su objeto y fin”.

12 Art. 26 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados (1969): “Todo tratado en vigor obliga a las partes y debe ser cumplido por ellas de buena fe”.

las directrices interpretativas aplicadas por el máximo tribunal interamericano, para hacer justiciable el derecho a la salud. La metodología empleada consistió en el análisis normativo de la jurisprudencia de la Corte IDH, de la CADH y de la doctrina vinculada al tema objeto de estudio, utilizando el método teórico-analítico. Se concluye que el derecho a la salud, en el ámbito convencional, ha sido expresamente reconocido por la Corte IDH como autónomo, progresivo, susceptible de justiciabilidad directa, indivisible e interdependiente.

2. EL DERECHO A LA SALUD ESTÁ PROTEGIDO POR EL ART. 26 DE LA CADH E INTEGRA LOS DESCA

Para la Corte IDH, el derecho a la salud se encuentra consagrado en el art. 26 de la CADH, ya que lo incluye dentro del grupo de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (en adelante DESCA), receptados en la Carta de la OEA. No obstante, la CADH carece de un catálogo taxativo que enuncie de forma clara y exhaustiva todos los DESCA; por consiguiente, solo se ciñe a formularlos de un modo genérico en su art. 26. Dicho texto impone a los Estados parte el compromiso de lograr la plena efectividad de los DESCA —que se deriven de las normas económicas, sociales, educativas, científicas y culturales receptadas en la Carta de la OEA—, valiéndose del principio de progresividad. Tal coyuntura ha propiciado debates doctrinarios entre los que, por un lado, afirman que “el artículo 26 fija solo pautas de conducta para los Estados en materia socioeconómica pero no garantiza derechos en sentido estricto, por lo que la tutela directa de estos derechos en sede jurisdiccional no es posible y debe ser realizada de forma indirecta a través de la protección de derechos civiles y políticos conexos” (Teijo García, 2010, p. 81); y, por otro, los que sostienen que, “aunque la Convención no contiene, *expressis verbis*, un elenco de derechos económicos, sociales y culturales, sí contiene, por vía de referencia (interconexión normativa), un listado bastante prolijo de estos derechos, al referir a las normas económicas, sociales, y sobre educación, ciencia y cultura de la Carta de la OEA” (Teijo García, 2010, p. 81).

A los fines de dirimir la discusión, cabe señalar que, si bien la Carta de la OEA a la que remite el art. 26 de la CADH no supone la consagración explícita de derechos —en particular el derecho a la salud—, sí se erige como una válida “fuente de derechos en la medida en que estos se deriven de aquellas” (Courtis, 2014, p. 665). En consecuencia, la derivación a la Carta de la OEA que practica el art. 26 de la CADH de ningún modo puede entenderse como un vacío legal que prive al derecho a la salud de su correspondiente regulación y resguardo, sino que supone, por el contrario, la imposición a los Estados parte de un conjunto de obligaciones destinadas a salvaguardar a los DESCA, emitido desde la pers-

pectiva de un desarrollo progresivo que conforma un auténtico reconocimiento de derechos.

Para la Corte IDH, la Carta de la OEA detenta la suficiente entidad como para asegurar la consagración del derecho a la salud, puesto que interviene en su protección a través de la derivación operativa habilitada por el art. 26 de la CADH. Así, el contenido del instrumento internacional es lo suficientemente abarcador para asegurar la salvaguarda del derecho a la salud; prueba de ello lo constituyen los siguientes artículos de la Carta de la OEA: el art. 34, i), dispone, entre los objetivos básicos del desarrollo integral, la “defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica” (Carta de la OEA, 1948); mientras que en el art. 34, l), se persigue el aseguramiento de “condiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna” (Carta de la OEA, 1948).

En la misma línea de pensamiento se expresó la Corte IDH en el Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, en su párr. 78: “El texto de la norma debe ser interpretado de forma tal que sus términos adquieran sentido y un significado específico, lo que en el caso del artículo 26 implica entender que los Estados acordaron adoptar medidas con el objetivo de dar plena efectividad a los derechos reconocidos en la Carta de la OEA” (Corte IDH, Sentencia del 23/08/2018, serie C, n.º 359). En este sentido, el criterio hermenéutico aplicado por la Corte IDH se basa en concebir al art. 26 de la CADH como un generador de obligaciones para los Estados parte, consistente en garantizar la total efectividad de los derechos derivados de la Carta de la OEA.

Ahora bien, el art. 26 de la CADH, si bien obliga a los Estados signatarios a adoptar este tipo de providencias, admite cierta flexibilidad en su accionar, al concederles un desarrollo progresivo, es decir, que paulatinamente pueden propender a cumplir con la plena efectividad de las normas y derechos enunciados en la Carta de la OEA. Dicha particularidad no debe ser manipulada por los Estados, en el sentido de emplearla como un subterfugio para evadirse de sus compromisos internacionales, bajo el argumento de que la progresividad denotaría una inexistencia de obligaciones asumidas; por el contrario, las providencias y el logro progresivo deben interpretarse como formulaciones relativas a la naturaleza positiva de esas obligaciones: en efecto, sustancialmente, implican la puesta en práctica de obligaciones de hacer. Esto significa que las obligaciones derivadas del art. 26 de la CADH tienen que ser cumplidas mediante un accionar estatal activo, manifestado a través de leyes y políticas públicas que suministren los recursos necesarios para efectivizar la vigencia y resguardo de los derechos comprometidos.

Adentrándonos aún más en el plano obligacional, la Corte IDH interpreta que, del art. 26 de la CADH, surgen dos grandes tipos de obligaciones para los Estados parte: el primero consiste en que los Estados deben adoptar medidas generales y de carácter progresivo, a los fines de dar cobertura a los derechos incluidos en su texto, mediante remisión por la Carta de la OEA. La citada progresividad supone que el Estado obligado debe, en la medida de sus posibilidades, avanzar constantemente hacia la efectividad de los DESCAs, ya sea por intermedio de avances legislativos, planificaciones estratégicas de políticas públicas u otros medios eficaces.

Por su parte, el segundo grupo de obligaciones contiene el mandato de adoptar medidas de carácter expedito, es decir, significa que las acciones que debe ejecutar el Estado han de ser inmediatas y eficaces ante un caso concreto en el cual se deba garantizar el raudo acceso a las prestaciones incluidas en los DESCAs. Son, en consecuencia, obligaciones de exigibilidad inmediata. Por todo ello, la Corte IDH entiende que “de una interpretación literal del texto del artículo 26 es posible afirmar que se refiere precisamente al deber de los Estados de lograr efectividad de los derechos que sea posible derivar de la Carta de la OEA” (Corte IDH, Sentencia del 23/08/2018, serie C, n.º 359, par. 78). Por otro lado, dentro del SIDH, el derecho a la salud ha sido expresamente establecido en el art. 10.1 del PACADH, lo cual contribuye a zanjar de manera definitiva la controversia. Por lo analizado, puede concluirse que el art. 26 de la CADH supone, para la Corte IDH, un legítimo reconocimiento de derechos que comprende, incuestionablemente, el derecho a la salud.

3. EL CAMBIO DE PARADIGMA INTERPRETATIVO DE LOS DESCAs EN LA CORTE IDH A PARTIR DEL CASO LAGOS DEL CAMPO VS. PERÚ

Históricamente, en la jurisprudencia de la Corte IDH la protección a los DESCAs operaba mediante un procedimiento de derivación conexas con los derechos civiles y políticos (en adelante DCP); de esta manera, se aplicaba un criterio de justiciabilidad indirecta por conexidad. Sin embargo, dicha tendencia fue modificada por la Corte IDH en la sentencia del Caso Lagos del Campo vs. Perú, donde el tribunal examinó de modo directo los derechos comprendidos en los DESCAs, a la luz del art. 26 de la CADH. En el litigio se debatía la violación al derecho de asociación sindical del señor Lagos del Campo, quien fuera despedido como represalia por sus tareas de representante sindical. La Corte IDH entendió que la violación al derecho de asociación con fines sindicales es susceptible de ser encuadrada como una afectación directa al art. 26 de la CADH, lo cual autoriza a que la transgresión al derecho de defensa y promoción de intereses de los trabajadores, a través de la facultad de asociarse, en tanto DESCAs, sea

lícitamente exigible por el art. 26 de la CADH en sí mismo, sin necesidad de recurrir, por reenvío, a los DCP.

Desde esta perspectiva, el art. 26 de la CADH funciona como una salvaguarda autosuficiente de los DESCA, además de proteger a todos aquellos DESCA que no han sido incluidos en el PACADH. Este criterio se basó en el entendimiento de que la vulneración a los DESCA debe ser abordada de forma integral y conglobada, para declarar el quebrantamiento directo del art. 26 de la CADH. Ello es así dado que los DESCA no pueden ser subsumidos dentro de la categoría de los DCP, sino que el tratamiento interpretativo adecuado debe consistir en entender a ambas categorías de derechos como una unidad de derechos humanos indivisible, interdependiente, desprovista de un orden jerárquico, sin subordinaciones, categorizaciones ni separaciones entre sí, a los efectos de lograr una mayor protección jurídica de los derechos del ser humano.

A partir del caso Lagos del Campo vs. Perú, la Corte IDH comenzó a analizar las violaciones perpetradas por los Estados parte hacia los DESCA, “ya no a través de la conexidad o vía indirecta, subsumiendo el contenido de los DESCA en los derechos civiles y políticos; sino teniendo una visión social más amplia de las violaciones que se presenten en los futuros casos” (Corte IDH, 2017, Caso Lagos del Campo vs. Perú, serie C, n.º 340).

4. EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO AUTÓNOMO A LA LUZ DE LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS

La Corte IDH considera al derecho a la salud como un derecho autónomo; así lo estableció, por primera vez, en el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile: “El derecho a la salud es un derecho autónomo protegido por el artículo 26 de la Convención Americana” (Corte IDH, 2018, Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, serie C, n.º 349.). Por tanto, no se halla supeditado a ningún otro derecho; no depende de su vinculación con otros derechos para ser exigible, toda vez que representa un derecho subjetivo y fundamental en sí mismo, que posibilita el desarrollo de la persona y de la dignidad humana. En definitiva, esto significa que “puede exigirse su cumplimiento sin conexidad con algún otro derecho debido a que su carácter protector de diversos intereses le da la categoría de fundamental” (Pérez Fuentes et al., 2019, p. 115).

La Corte IDH juzga al derecho a la salud como autónomo al ponderar tres puntos de análisis:

- a) El derecho a la salud es autónomo porque surge de la remisión que el art. 26 de la CADH formula a la Carta de la OEA; es el conjunto de normas contenidas

en ella —en especial los arts. 34.i, 34.l y 45.h— lo que dota de autonomía al derecho a la salud para hacerlo justiciable; es decir, es la conjunción entre el art. 26 de la CADH y las disposiciones de la Carta de la OEA la que consagra la protección del derecho a la salud como prerrogativa autónoma y lo incorpora dentro de la órbita tutelar de la Corte IDH. En síntesis, para el máximo tribunal interamericano, la referencia practicada por la Carta de la OEA goza de la suficiente sustancialidad y especificidad como para que se reconozca, dentro de su estructura, la plena existencia del derecho a la salud. Se extrae como conclusión que la Carta de la OEA reconoce el derecho humano a la salud mediante la derivación implícita consagrada en el art. 26 de la CADH.

- b) La Corte IDH utiliza como fuente de interpretación de normas el art. 29¹³ de la CADH, el cual prohíbe que las disposiciones de la CADH puedan ser interpretadas como limitaciones o exclusiones de goce y ejercicio de derechos intrínsecos al ser humano, ya sea que estén reconocidos por la legislación interna de los Estados parte; que figuren en otro tratado suscripto por uno de los Estados firmantes; que se deriven de la forma democrática de gobierno, o que estén previstos en la DADDH. Por ello, el derecho a la salud, más allá de que no esté citado literalmente en la CADH, no puede ser objeto de limitaciones ni exclusiones que afecten su categoría autónoma.
- c) El derecho a la salud está previsto en el art. XI de la DADDH, su enunciación es clara y precisa; por tanto, impide cualquier tipo de objeción tendiente a desvirtuar el carácter autónomo del derecho a la salud: “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales” (DADDH, 1948, art. XI). La norma posee un efecto vinculante para los Estados parte de la CADH, puesto que esta última, en su art. 29, punto d), prohíbe excluir o limitar los derechos de la DADDH. En el mismo sentido, existe una interrelación entre la CADH, la Carta de la OEA y la DADDH, materializada por la Corte IDH a través de su Opinión Consultiva OC-10/89: “La Declaración contiene y define aquellos derechos humanos esenciales a los que la Carta se refiere, de manera que no se puede interpretar y aplicar la Carta de la Organización en materia de derechos humanos, sin integrar las normas pertinentes de ella con las correspondientes disposiciones de la Declaración” (Corte IDH, Opinión Consultiva OC-10/89, 14 de julio de 1989, serie A).

13 Artículo 29 de la CADH (1969): “Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a) permitir a alguno de los Estados Partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella; b) limitar el goce y ejercicio de cualquier derecho o libertad que pueda estar reconocido de acuerdo con las leyes de cualquiera de los Estados Partes o de acuerdo con otra convención en que sea parte uno de dichos Estados; c) excluir otros derechos y garantías que son inherentes al ser humano o que se derivan de la forma democrática representativa de gobierno, y d) excluir o limitar el efecto que puedan producir la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre y otros actos internacionales de la misma naturaleza”.

En suma, no puede negarse la autonomía del derecho a la salud sin violentar: 1) el reconocimiento dado por el art. 26 de la CADH, mediante remisión a la Carta de la OEA; 2) los arts. 34.i, 34.l y 45.h de la Carta de la OEA; 3) el art. 29 de la CADH; 4) el art. 10 del PACADH, y 5) el art. XI de la DADDH. Los textos enumerados componen, así, una ineludible fuente de obligaciones internacionales para los Estados miembros de la CADH, conducente a afianzar la plena efectividad del derecho a la salud en sus respectivos órdenes jurídicos internos.

5. LA CORTE IDH Y SU COMPETENCIA PARA INTERVENIR EN TODO CASO DONDE SE DENUNCIE LA VIOLACIÓN AL DERECHO A LA SALUD POR PARTE DE LOS ESTADOS SIGNATARIOS DE LA CADH

La competencia que detenta la Corte IDH para intervenir en cualquier litigio donde se disputen derechos y obligaciones, derivados de la CADH, se fundamenta en el art. 62.3 de esta; el requisito que se debe cumplir es que los Estados parte hayan reconocido su competencia. Como se ha visto, los Estados miembros de la CADH están obligados a respetar y garantizar el derecho a la salud contemplado en el art. 26 de la norma convencional, en función de la responsabilidad asumida mediante el art. 1.1 —obligación de respetar los derechos—. Asimismo, el art. 63.¹⁴ autoriza a la Corte IDH a disponer que, en los casos en que se determine una violación del derecho en cuestión, se proceda a garantizar a la persona afectada el goce de su derecho. Por otro lado, la Corte IDH también podrá ordenar medidas reparatorias a los fines de restaurar, en la medida de lo posible, el menoscabo infligido al derecho violentado. En consecuencia, tales artículos otorgan una jurisdicción plena a la Corte IDH para intervenir en la protección directa de todos los derechos y garantías establecidos en la CADH.

Pese a lo expuesto, la competencia de la Corte IDH para abordar casos donde se disputen DESCA ha sido objetada en el Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, por el Estado litigante, el cual alegó que el tribunal carece de la competencia para dirimir en forma directa en la vulneración del art. 26 de la CADH, ya que su actuación supondría un exceso de sus límites jurisdiccionales. El cuestionamiento a la competencia directa de la Corte IDH, para declarar la violación autónoma del derecho a la salud, se ha convertido así en una de las principales impugnaciones interpuestas por los Estados, con el fin de evadirse de su responsabilidad internacional. Por tanto, es necesario examinar las distintas vertientes de la objeción.

14 Art. 63.1 de la CADH (1969): “Cuando decida que hubo violación de un derecho o libertad protegidos en esta Convención, la Corte dispondrá que se garantice al lesionado en el goce de su derecho o libertad conculcados. Dispondrá asimismo, si ello fuera procedente, que se reparen las consecuencias de la medida o situación que ha configurado la vulneración de esos derechos y el pago de una justa indemnización a la parte lesionada”.

El Estado chileno señaló que la esfera competencial de la Corte IDH, establecida en el ya analizado Caso Lagos del Campo vs. Perú, debía reducirse al caso concreto, no pudiendo derivarse de ella una competencia de tipo general; sostuvo que la República de Chile no ha ratificado el PACADH y, por tanto, se encuentra eximida de la órbita jurisdiccional de la Corte IDH en lo que a violaciones de DESCAs se refiere; por ende, afirmó que la atribución de competencia contenciosa a un tribunal debe ser expresa¹⁵. Este razonamiento debe ser rechazado, ya que la obligación de respetar los DESCAs no surge exclusivamente del PACADH, sino que la propia CADH, en su art. 26, por remisión a la Carta de la OEA, impone a sus Estados signatarios el deber de respetarlos y garantizarlos.

Otro de los argumentos más frecuentes utilizados por los Estados con el objeto de desasirse de la competencia de la Corte IDH es el que asegura que la capacidad competencial de la Corte IDH, dentro del ámbito de los DESCAs, está estrictamente restringida a los derechos de libertad sindical y al derecho a la educación. Este argumento limitativo de la justiciabilidad de la Corte IDH tiene su fuente en el art. 19.6¹⁶ del PACADH, el cual indica que únicamente los derechos contemplados en su art. 8.1.a —garantiza derechos sindicales— y su art. 13 —consagra el derecho a la educación— pueden dar lugar, mediante la participación de la CIDH y, cuando proceda, de la Corte IDH, a la aplicación del sistema de peticiones individuales previsto por los arts. 44 a 51 y 61 a 69 de la CADH. Adoptar este criterio implicaría confinar la tutela jurisdiccional de la Corte IDH sobre los DESCAs solo a casos en los que se vulneren derechos sindicales o educativos; en vista de ello, quedaría vedada la posibilidad de convertir en justiciable, dentro del plano de la Corte IDH, el derecho a la salud, ya que la petición ante la CIDH, que posibilita la intervención de la Corte IDH, no podría realizarse. Dicha visión jurídica buscaría demostrar que los Estados que integran la CADH no han brindado su consentimiento para admitir la competencia de la Corte IDH en litigios convencionales, donde se discuta el derecho a la salud.

Se trata, entonces, de una corriente de pensamiento que intenta imponer el modelo de justiciabilidad del PACADH —que solo admite peticiones ante la CIDH, en relación con derechos laborales y derechos educativos— por sobre el de la CADH —establecido en sus arts. 1, 2, 26, 62.3 y 63—. En este punto debe tenerse

15 Escrito de alegatos finales del Estado de Chile, causa n.º CDH-10-2016/101, “Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile” ante la Corte IDH. Disponible en este enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/poblete_vilches_cl/alefest.pdf

16 Art. 19.6 del PACADH (1988): “En el caso de que los derechos establecidos en el párrafo a) del artículo 8 y en el artículo 13 fuesen violados por una acción imputable directamente a un Estado parte del presente Protocolo, tal situación podría dar lugar, mediante la participación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, y cuando proceda de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, a la aplicación del sistema de peticiones individuales regulado por los artículos 44 a 51 y 61 a 69 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos”.

en cuenta que, previo a la modificación jurisprudencial plasmada por la Corte IDH en el Caso Lagos del Campo vs. Perú, en la vía contenciosa,

la Corte IDH ha podido conocer directamente los asuntos del Protocolo San Salvador cuando sean provenientes de la Comisión, y cuando se refieran a los derechos a la educación o al derecho a la sindicación. Sin embargo, la protección de los otros derechos económicos, sociales y culturales, como el derecho a la salud, la estrategia argumentativa de la Corte IDH ha sido el empleo de la técnica de conexidad e interdependencia e indivisibilidad de los derechos. (Robles, 2016, p. 221)

Cabe dilucidar, entonces, si el art. 19.6 del PACADH posee efectivamente una fuerza restrictiva capaz de limitar la competencia de la Corte IDH en lo atinente al derecho a la salud. El abordaje de pactos de derechos humanos nunca puede reducirse a tratamientos separatistas y paralelos que tiendan a escindir el contenido de sus derechos y obligaciones en compartimentos estancos; por el contrario, la articulación entre ellos debe ser sistémica. Desde este entendimiento, el resguardo al derecho a la salud está contenido en el art. 26 de la CADH; dicho texto configura una norma de remisión que asegura la protección de los derechos y libertades enunciados en la Carta de la OEA.

Esta derivación es un claro ejemplo de integración legislativa internacional en el marco del SIDH. Los esfuerzos doctrinarios orientados a fabricar una aparente incompatibilidad entre el PACADH y el CADH, en materia de incumbencias jurisdiccionales y de justiciabilidad de la Corte IDH, pierden su lógica cuando el propio PACADH, en su art. 10, consagra el derecho a la salud; es decir, admitir el criterio según el cual el PACADH priva a la Corte IDH de su competencia para intervenir en casos donde se discutan DESCA, en especial el derecho a la salud, atentaría contra la propia razón de ser del PACADH, porque los DESCA carecerían de un tribunal supranacional que los proteja. La finalidad del PACADH, consistente en proteger a los DESCA, quedaría coartada por una disposición incongruente del propio protocolo. En efecto, la seguridad jurídica interamericana sufriría un daño irreversible si se admitiera un razonamiento tan discordante de la armonía que debe primar entre los tratados de derechos humanos.

No puede dejar de señalarse que el PACADH es, nada más ni nada menos, que un protocolo adicional a la CADH. El PACADH no modifica a la CADH; solo es un instrumento adicional a ella. Por tanto, cualquier tipo de discrepancias entre ellos está salvado por lo ya establecido en la CADH. Ello es así por diferentes disposiciones de la CADH, a saber: a) el derecho a la salud está previsto en su art. 26; b) sus arts. 1 y 2 obligan a respetar los derechos y garantías reconocidos en ella; y c) su art. 62.3 otorga competencia a la Corte IDH para dirimir en litigios donde se debatan las disposiciones contempladas en la CADH, toda vez que

la Corte IDH es su máxima intérprete. Asimismo, “la propia vinculación del derecho a la salud con otros derechos, tal como la vida o la integridad física, posibilitarían su tutela a través de estos últimos, habiéndose considerado que el incumplimiento de ciertas obligaciones referentes al estado físico, moral o psíquico de un sujeto vulnera los artículos 4 y/o 5 de la CADH” (Garat, 2015, p. 64).

Por lo analizado, la Corte IDH considera que no se pueden interpretar las limitaciones formuladas por el PACADH, en su art. 19.6, como un mandato que restrinja tanto su competencia como los derechos de la CADH. El hecho de que los Estados suscriban un protocolo relacionado con la CADH, y delimiten la competencia de la Corte IDH para intervenir solo en determinados aspectos normativos de dicho pacto, no implica que la restricción contenga consecuencias limitativas sobre la competencia que detenta la Corte IDH para conocer sobre violaciones a la CADH. Por el contrario, la Corte IDH (2018) observa lo siguiente:

Una interpretación sistemática y de buena fe de ambos tratados lleva a la conclusión de que, al no existir una restricción expresa en el Protocolo de San Salvador, que limite la competencia de la Corte para conocer sobre violaciones a la Convención, esta limitación no debe ser asumida por este Tribunal. (Caso Cuscul y otros vs. Guatemala, 23 de agosto de 2018, serie C, n.º 359, párr. 88)

En definitiva, un protocolo adicional es incapaz de alterar el alcance de los derechos comprendidos en la CADH, puesto que no configura la hipótesis de una reforma convencional. Esta se halla expresamente prevista en el art. 76¹⁷ de la CADH, que establece que solo mediante una propuesta de enmienda, aprobada por dos tercios de los Estados parte, podría modificarse en algún aspecto específico la CADH. Por consiguiente, si la CADH no está siendo objeto expreso de reforma, se debe evitar atribuirle a un protocolo adicional el rango de tratado modificativo. En conclusión: si el PACADH carece de la aptitud para modificar la CADH, no puede limitar su contenido y alcance.

EL CARÁCTER PROGRESIVO DEL DERECHO A LA SALUD

El principio de progresividad rige en materia de protección del derecho a la salud, dado que este forma parte de los DESCA; consiste en la obligación convencional —asumida por los Estados parte en virtud del art. 26 de la CADH— de

17 Art. 76 de la CADH (1969): “1. Cualquier Estado parte directamente y la Comisión o la Corte por conducto del Secretario General pueden someter a la Asamblea General, para lo que estime conveniente, una propuesta de enmienda a esta Convención. 2. Las enmiendas entrarán en vigor para los Estados ratificantes de las mismas en la fecha en que se haya depositado el respectivo instrumento de ratificación que corresponda al número de los dos tercios de los Estados Partes en esta Convención. En cuanto al resto de los Estados Partes, entrarán en vigor en la fecha en que depositen sus respectivos instrumentos de ratificación”.

lograr progresivamente la plena efectividad de los DESCA en sus respectivos ordenamientos jurídicos. Esta exigencia otorga un margen de flexibilidad a los Estados que les permite ajustar sus plazos de cumplimiento del compromiso internacional asumido, a una modalidad paulatina, acorde con sus realidades sociopolíticas y recursos económicos. El deber estatal de instaurar avances legislativos y políticas públicas, orientado a fortalecer los DESCA, deriva, para la Corte IDH, de lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante CDESC), el cual ha afirmado que la plena efectividad de los DESCA “no podrá lograrse en un breve período de tiempo y que, en esa medida, requiere un dispositivo de flexibilidad necesaria que refleje las realidades del mundo [...] y las dificultades que implica para cada país el asegurar [dicha] efectividad” (Corte IDH, Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú, sentencia del 1 de julio de 2009, serie C, n.º 198).

Sin embargo, la realización gradual de los DESCA no supone una autorización a los Estados para que sometan a un suspenso eterno su reglamentación; por el contrario, la progresividad prohíbe la inactividad de los Estados “en su tarea de implementar acciones para lograr la protección integral de los derechos, sobre todo en aquellas materias donde la ausencia total de protección estatal coloca a las personas ante la inminencia de sufrir un daño a su vida o su integridad personal” (Corte IDH, Caso Cuscul y otros vs. Guatemala, sentencia del 23 de agosto de 2018, serie C, n.º 359, párr. 146). Por esa razón, el principio de progresividad del derecho a la salud propone que las medidas estatales tendientes a asegurar su desarrollo y progreso “se adopten de manera que constante y consistentemente promuevan la plena efectividad de esos derechos” (Comisión IDH, “Informe sobre la situación de los derechos humanos en Ecuador”, OEA/Ser.L/V/II.96, Doc. 10, p. 25). En consecuencia, la evolución continua de los DESCA, exigida por la progresividad, entendida como una progresión permanente de derechos, no debe ser objeto de interpretaciones que distorsionen el contenido significativo de la obligación; esto es, los Estados no pueden ampararse en la propia cualidad progresiva de los DESCA para justificar sus retardos en la adopción de disposiciones para hacerlos plenamente efectivos.

Teniendo en cuenta las consideraciones precedentes, se puede extraer del art. 26 de la CADH dos tipos de obligaciones: a) progresivas: destinadas a lograr el fortalecimiento de los DESCA a través de la inserción gradual, pero persistente a lo largo del tiempo, de una serie de medidas que pueden consistir en avances legislativos, políticas públicas, reformas normativas, etc.; dichas acciones estatales deben ser expeditas y eficaces; b) inmediatas: son obligaciones que exigen un efecto y cumplimiento inmediato, a los fines de proteger a los DESCA; entre las más importantes, se destacan: 1) garantizar que los derechos pertinentes se

ejercerán sin discriminación —art. 2.2¹⁸ del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante PIDESC)— y 2) adoptar medidas para la protección de los derechos —art. 2.1¹⁹ del PIDESC—. El carácter inmediato de estas obligaciones supone para los Estados el compromiso inexcusable de implementar medidas eficaces con el fin de asegurar el acceso, sin ningún tipo de discriminación, a las prestaciones reconocidas por cada DESCA; para la Corte IDH deben ser: adecuadas, deliberadas y concretas.

A su vez, puede concluirse que el principio de progresividad está compuesto por dos subprincipios: a) gradualidad: significa que los Estados tienen que generar disposiciones activas que permitan, de manera sucesiva y escalonada, mejorar la calidad y goce de los DESCA en sus respectivas sociedades, valiéndose, eminentemente, de obligaciones de naturaleza positiva, es decir, obligaciones de hacer, que brinden los medios necesarios para satisfacer las exigencias de efectividad de los DESCA. En este aspecto, la Corte IDH advierte que “la implementación progresiva de dichas medidas podrá ser objeto de rendición de cuentas y, de ser el caso, el cumplimiento del respectivo compromiso adquirido por el Estado podrá ser exigido ante las instancias llamadas a resolver eventuales violaciones a los derechos humanos” (Corte IDH, Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú, sentencia del 1 de julio de 2009, serie C, n.º 198, párr. 102); b) no regresividad: es una obligación negativa que consiste en la prohibición de ejecutar políticas estatales o medidas gubernamentales que afecten, atrasen o limiten el ejercicio de los DESCA. Los Estados deben abstenerse de sancionar leyes, decretos ejecutivos, actos administrativos o cualquier otro precepto cuya aplicación suponga un retroceso en el nivel alcanzado de protección, goce y ejercicio de los DESCA.

Mediante el principio de no regresividad, “el Estado se obliga a mejorar la situación de estos derechos, por lo que simultáneamente asume la prohibición de reducir los niveles de protección de los derechos vigentes o de derogar los derechos ya existentes” (Stinco, 2019, p. 58). Empero, a juicio de la Corte IDH, la obligación de no regresividad no siempre debe ser entendida como una prohibición absoluta y rigurosa que cercene a los Estados la eventual posibilidad de modificar cualquier DESCA. Al respecto, el tribunal comparte el criterio de la CIDH: “La Comisión Interamericana ha considerado que para evaluar si

- 18 Art. 2.2 del PIDESC: “Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”.
- 19 Art. 2.1 del PIDESC: “Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”.

una medida regresiva es compatible con la Convención Americana, se deberá determinar si se encuentra justificada por razones de suficiente peso” (Corte IDH, Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú, sentencia del 1 de julio de 2009, serie C, n.º 198, párr. 103), de lo que se desprende que el principio de no regresividad contempla una excepción: si la medida regresiva se halla debidamente fundada, la CIDH, o en su caso la Corte IDH, puede habilitar su inserción.

Finalmente, es oportuno mencionar que tanto el principio de progresividad como sus subcomponentes —gradualidad y no regresividad— son pasibles de ser justiciables ante la Corte IDH siempre que se encuentren involucrados los DESCA.

INTERDEPENDENCIA E INDIVISIBILIDAD DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud está consagrado en el art. 26 de la CADH, el cual protege todos los DESCA incorporados por la Carta de la OEA al SIDH; por ello, las características de interdependencia e indivisibilidad de los DESCA entrañan una incidencia notoria en la tutela del derecho a la salud, al ser este un derecho social. Esta tesis supone que los DESCA son indivisibles e interdependientes de los DCP, en función de lo establecido por el paradigma que predominó durante la construcción histórica de los derechos humanos fundamentales. Prueba de ello es lo establecido por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán de 1968, la cual proclamó la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos en su art. 13: “Como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible”. Y la dispuesto por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena de 1993, en su art. 5: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”. Esto significa que los DESCA y los DCP no pueden ser entendidos como grupos de derechos separados, sino que forman parte de la misma integralidad de derechos humanos, es decir, son parte de un todo, indivisible e interdependiente.

Dentro del ámbito interamericano, el propio PACADH (1988), en su preámbulo, recupera el enfoque integrador de los derechos humanos: “Considerando la estrecha relación que existe entre la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales y la de los derechos civiles y políticos, por cuanto las diferentes categorías de derechos constituyen un todo indisoluble que encuentra su base en el reconocimiento de la dignidad de la persona humana”. De modo que la indivisibilidad del derecho a la salud, en tanto DESCA, significa que forma parte de una unidad de derechos fundamentales que, por su naturaleza elemental, son

inseparables unos de otros; entre ellos no existen jerarquías, todos se encuentran en el mismo nivel, sin ningún tipo de preponderancias.

De igual manera, la indivisibilidad torna inadmisibile el resguardo de un derecho humano en detrimento de otro: no pueden disociarse. Este universo de derechos humanos también se caracteriza por ser interdependiente, es decir, cada uno de los derechos que lo componen están interrelacionados “porque la violación de uno acarrea a menudo la violación de otros” (Niiken, 2010, p. 70). Si se vulnera el derecho a la salud, indefectiblemente, se está afectando el derecho a la vida, ya que sin adecuados tratamientos médicos, la vida puede truncarse.

Para la Corte IDH, la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos consagrados en la CADH —entre los que se incluye el derecho a la salud— niegan “cualquier separación, categorización o jerarquía entre derechos, para efectos de su respeto, protección y garantía” (Corte IDH, Caso Cuscul y otros vs. Guatemala, sentencia del 23 de agosto de 2018, serie C, n.º 359, párr. 86), siendo exigibles en todos los casos ante las autoridades competentes. En resumen, los DESCA y los DCP conforman un bloque único, igualitario e indisociable, en atención al reconocimiento de la dignidad humana.

CONCLUSIÓN

Con base en las consideraciones jurídicas y doctrinarias analizadas en el presente artículo, puede concluirse que el derecho a la salud, actualmente, en el contexto de la jurisprudencia de la Corte IDH, goza de una ostensible protección, efectivizada por el tribunal mediante la instauración de una serie de criterios hermenéuticos que propician su justiciabilidad. El derecho a la salud se aborda de forma directa, ya que se lo considera contemplado en el art. 26 de la CADH, el cual lo integra mediante remisión a la Carta de la OEA. Se lo reconoce, a su vez, como un derecho autónomo; su cumplimiento es exigible sin necesidad de recurrir a la conexidad con ningún otro derecho, en atención a su carácter fundamental. Debe interpretárselo siempre como un DESCA, lo cual implica que es indivisible e interdependiente. Los Estados están obligados por la CADH a garantizar el desarrollo progresivo del derecho a la salud, a los fines de elevar de manera constante y gradual su goce y alcance.

Por último, es inútil que los Estados parte de la CADH continúen esgrimiendo razonamientos destinados a revocar la competencia de la Corte IDH, cuando el objeto del litigio sea el derecho a la salud, basados en el art. 19. 6 del PACADH, puesto que dicho instrumento está limitado por su propia índole adicional, es decir, carece de atribuciones convencionales para modificar la capacidad

competencial de la Corte IDH, dada por el art. 62.3 de la CADH, en la medida en que no constituye una reforma bajo los términos de su art. 76.

En definitiva, las diversas pautas interpretativas examinadas posibilitan que la Corte IDH califique al derecho a la salud como una obligación convencional, justiciable e ineludible para los Estados signatarios de la CADH.

REFERENCIAS

- Basaure, M. e Isaac, M. (2018). Los estándares interpretativos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de pena de muerte. *Revista Tribuna Internacional*, 14(7). <https://revistas.uchile.cl/index.php/RTI/article/view/49185/54819>
- Castro, B. y Ces, I. (18 de marzo de 2020). Varios países latinoamericanos cierran fronteras o decretan toque de queda por el COVID-19. *Euronews*. <https://es.euronews.com/2020/03/18/varios-paises-cierran-fronteras-decretan-toque-de-queda-o-cuarentenas-en-latinoamerica>
- Castro, B. y Ces, I. (18 de marzo de 2020). Varios países latinoamericanos cierran fronteras o decretan toque de queda por el covid-19. *Euronews*. <https://es.euronews.com/2020/03/18/varios-paises-cierran-fronteras-decretan-toque-de-queda-o-cuarentenas-en-latinoamerica>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1997). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en Ecuador* [OEA/Ser.L/V/II.96. Doc. 10 rev.1]. <http://www.cidh.org/countryrep/Ecuador-sp/Capitulo%202.htm>
- Corte Interamericana de Derechos Humano. (2016). *Escrito de alegatos finales del Estado de Chile, causa No. CDH-10-2016/101, “Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile” ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos*. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/poblete_vilches_cl/alefest.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (14 de abril de 2020). Declaración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos 1/20: COVID-19 y Derechos Humanos: los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales [comunicado de prensa]. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/cp-27-2020.html>

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (14 de julio de 1989). Opinión Consultiva OC-10/89, serie A, n.º 10. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_10_esp1.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú, sentencia del 1 de julio de 2009, serie C, n.º 198. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_198_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Caso Lagos del Campo vs. Perú, sentencia del 31 de agosto de 2017, serie C, n.º 340. https://www.corteidh.or.cr/corteidh/docs/casos/articulos/seriec_340_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Cuscul y otros vs. Guatemala, sentencia del 23 de agosto de 2018, serie C, n.º 359. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, sentencia del 8 de marzo de 2018, serie C, n.º 349. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Courtis, C. (2014). Derechos económicos, sociales y culturales. Artículo 26. Desarrollo Progresivo. En C. Steiner y P. Uribe (Eds.), *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Bogotá: Temis. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4710/20.pdf>
- Galindo, J. (25 de agosto de 2020). Las cuarentenas infinitas de América Latina. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-25/las-cuarentenas-infinitas-de-america-latina.html>
- Galindo, J. (25 de agosto de 2020). Las cuarentenas infinitas de América Latina. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-08-25/las-cuarentenas-infinitas-de-america-latina.html>
- Garat, M. P. (2015). El tratamiento del derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Revista de Derecho*, (11), 59-79. <https://revistas.ucu.edu.uy/index.php/revistadederecho/article/view/724>
- Hitters, J. C. (2013). Un avance en el control de convencionalidad (el efecto *erga omnes* de las sentencias de la Corte Interamericana). *Estudios Constitucionales*, (2), 695-710. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=So718-52002013000200018

- Naciones Unidas. (1948). *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*. Bogotá: UN.
- Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Nueva York: UN.
- Naciones Unidas. (1968). *Conferencia Internacional de Derechos Humanos de Teherán*. Teherán: UN.
- Naciones Unidas. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. San José: UN.
- Naciones Unidas. (1969). *Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados*. Viena: UN.
- Naciones Unidas. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos*. San Salvador: UN.
- Naciones Unidas. (1993). *Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena*. Viena: UN.
- Nikken, P. (2010). La protección de los derechos humanos: haciendo efectiva la progresividad de los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista IIDH*, (52), 55-140. <http://ijdh.unla.edu.ar/advf/documentos/2019/08/5d65379ae9697.pdf>
- Organización de los Estados Americanos (OEA) (1948). *Carta de la Organización de los Estados Americanos*. Bogotá: OEA. http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.asp
- Pérez Fuentes, C. A., Hernández Peñalosa, F. A., Leal Castañeda, K. y Castillo Calderón, D. F. (2019). Análisis jurisprudencial del derecho a la salud en Colombia. *Revista Academia & Derecho*, (19), 87-124. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/academia/article/view/6010/5536>
- Robles, M. Y. (2016). El derecho a la salud en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2004-2014). *Cuestiones Constitucionales, Revista Mexicana de Derecho Constitucional*, (35), 199-246. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-91932016000200199
- Rodríguez Rescia, V. (2009). *Las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos: guía modelo para su lectura y análisis*. San José: Instituto

Interamericano de Derechos Humanos. https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1574/lectura_sentencias-corte-idh.pdf

Stinco, J. (2019). El principio de progresividad en materia de derechos fundamentales. *Revista de Abogacía*, (5), 49-62.

Teijo García, C. (2010). Algunas reflexiones sobre la evolución de la tutela de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en el sistema interamericano. *Revista de la Facultad de Derecho*, 1(1), 77-87. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/refade/article/view/5879/6752>

Tinjacá, D. (14 de julio de 2020). La pandemia desborda a Latinoamérica y colapsa sus frágiles sistemas de salud. *Agencia EFE*. <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/la-pandemia-desborda-a-latinoamerica-y-colapsa-sus-fragiles-sistemas-de-salud/20000013-4296752>