

## El derecho a la salud, obligación del Estado como el derecho a la vida

Ana María Cabrera Mestanza  
<https://orcid.org/0009-0000-9667-1332>  
anacabrermestanza@gmail.com  
Universidad Cesar Vallejo  
Trujillo, Perú

*Autor de correspondencia:* anacabrermestanza@gmail.com

Recibido (01/09/2025), Aceptado (10/12/2025)

**Resumen.** El presente estudio se enmarca en el Objetivo de Desarrollo Sostenible relativo a la salud y el bienestar, y analiza el derecho a la salud como una obligación esencial del Estado, estrechamente vinculada al derecho fundamental a la vida. La investigación adopta un enfoque teórico–empírico, basado en el análisis documental de marcos normativos y en entrevistas a actores del ámbito jurídico. Los resultados evidencian la persistencia de brechas estructurales y administrativas en los sistemas de salud, que limitan el acceso efectivo a servicios oportunos, dignos y de calidad. Asimismo, se identifican problemas asociados a la insuficiencia de recursos, la fragmentación de los sistemas sanitarios y deficiencias en la prestación asistencial, los cuales afectan negativamente la calidad de vida de la población. Estas condiciones, observables en contextos locales y globales, comprometen la garantía efectiva del derecho a la salud y, en situaciones críticas, la protección del derecho a la vida.

**Palabras clave:** derecho a la salud, responsabilidad estatal, derecho a la vida, acceso sanitario, desarrollo sostenible.

The Right to Health as a State Obligation Comparable to the Right to Life

**Abstract.** The present study is framed within the Sustainable Development Goal on Health and Well-Being and examines the right to health as an essential obligation of the State, intrinsically linked to the fundamental right to life. The research adopts a theoretical–empirical approach based on documentary analysis of legal and institutional frameworks, complemented by interviews with actors from the legal field. The findings reveal persistent structural and administrative gaps within health systems that limit effective access to timely, dignified, and quality health services. Additionally, deficiencies related to insufficient resources, systemic fragmentation, and shortcomings in healthcare provision negatively affect the population's quality of life. These conditions, observable in both local and global contexts, hinder the effective guarantee of the right to health and, in critical scenarios, compromise the protection of the right to life.

**Keywords:** health right; state responsibility, right to life, healthcare access, sustainable development.



## I. INTRODUCCIÓN

A lo largo del tiempo, el concepto de salud ha experimentado una evolución significativa. En sus concepciones iniciales, la salud era entendida de manera reduccionista como la simple ausencia de enfermedad. Sin embargo, en la actualidad, este enfoque ha sido superado por una visión integral que reconoce la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define la salud como el grado máximo de bienestar que puede alcanzar una persona, reconociéndola no solo como una condición individual, sino como un derecho fundamental inherente a la dignidad humana [1], [2], [3].

El derecho a la salud, en tanto derecho esencial, ha sido concebido por el sistema internacional de derechos humanos como un derecho universal cuya garantía corresponde de manera directa a los Estados [4]. En este marco, las Naciones Unidas han incorporado el derecho a la salud dentro de un conjunto amplio de factores determinantes que permiten el desarrollo de una vida digna y saludable. Asimismo, diversos organismos internacionales han reafirmado su protección, destacando la Organización Panamericana de la Salud la importancia del acceso y la cobertura sanitaria como elementos indispensables para asegurar una atención integral, inclusiva, oportuna y de calidad, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad [2].

No obstante, a pesar de los avances normativos y del reconocimiento formal del derecho a la salud, en América Latina persisten profundas brechas en su ejercicio efectivo. Diversos estudios evidencian que una proporción significativa de la población no accede a los servicios de salud debido a múltiples barreras estructurales [5]. Entre las principales limitaciones se encuentran los obstáculos institucionales (trámites administrativos complejos, tiempos de espera prolongados y horarios inadecuados); barreras económicas vinculadas a la incapacidad de asumir costos asociados a la atención; restricciones presupuestales expresadas en la escasez de medicamentos, insumos y personal especializado; dificultades geográficas; y barreras de aceptabilidad relacionadas con la desconfianza hacia el personal de salud o prácticas de trato inadecuado [6]. Estas condiciones configuran un escenario de exclusión que vulnera el carácter universal del derecho a la salud.

A pesar de que la atención sanitaria ha sido ampliamente regulada tanto por organismos supranacionales como por los ordenamientos jurídicos internos de los Estados latinoamericanos, la persistencia de estas brechas pone en evidencia una desconexión entre el reconocimiento normativo del derecho y su implementación real. En consecuencia, resulta indispensable adoptar decisiones estructurales y políticas públicas efectivas que garanticen el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud, evitando que este derecho fundamental quede reducido a una proclamación formal sin efectos materiales [7], [8].

El Perú no es ajeno a esta problemática. Si bien el ordenamiento jurídico reconoce el derecho a la salud, su ejercicio se encuentra limitado en determinados sectores de la población, particularmente en aquellos en situación de mayor vulnerabilidad [9]. Esta situación se ha prolongado en el tiempo sin que se evidencien políticas públicas sostenidas capaces de revertirla. Por el contrario, en algunos contextos, la prestación de los servicios sanitarios ha adquirido características propias de un mercado, desplazando la concepción de la salud como derecho y debilitando su vínculo esencial con la protección del derecho a la vida.

La crisis sanitaria provocada por la pandemia de la COVID-19 evidenció de manera contundente las deficiencias estructurales del sistema de salud, manifestadas en establecimientos sin condiciones adecuadas, insuficiencia de medicamentos y carencia de personal especializado [10]. En este contexto, se formuló el problema general de investigación orientado a analizar de qué manera el acceso al derecho a la salud incide en la protección jurídica del derecho a la vida. El objetivo general del estudio fue analizar el cumplimiento del derecho de acceso a la salud y su relación con el derecho a la vida, planteándose cinco objetivos específicos: (a) describir el marco legal del derecho a la salud; (b) analizar su contenido esencial; (c) establecer las obligaciones del Estado en relación con dicho derecho; (d) describir el marco legal del derecho a la vida; y (e) analizar su contenido jurídico.

La investigación adoptó un enfoque básico, sustentado en el análisis de teorías y marcos conceptuales del derecho a la salud y del derecho a la vida. A partir del análisis documental y de las entrevistas realizadas, se evidenció la ausencia de avances sustanciales en el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como una marcada desmotivación de la población frente a los servicios ofrecidos. Los resultados revelan la existencia de múltiples barreras para el ejercicio efectivo del derecho a la salud, caracterizadas

por limitaciones en la infraestructura, escasez de bienes y servicios hospitalarios y deficiencias en la atención sanitaria, circunstancias que, en situaciones críticas, comprometen directamente la vida de los usuarios.

El desarrollo del presente estudio se estructura en los apartados de Introducción, Marco teórico, metodología, resultados, conclusiones y referencias.

## II. MARCO TEÓRICO

El derecho a la salud se configura como un derecho fundamental estrechamente vinculado a la dignidad humana y al derecho a la vida, cuya garantía impone obligaciones concretas a los Estados. En el caso peruano, este derecho se encuentra reconocido en la Constitución Política, la cual establece que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, así como al acceso a servicios sanitarios en condiciones razonables y justas. La norma constitucional asigna al Estado, a través del Poder Ejecutivo, la responsabilidad de dirigir, regular y controlar las políticas públicas en materia de salud, con el objetivo de garantizar una cobertura efectiva y sin discriminación para toda la población [11].

Este reconocimiento constitucional se desarrolla y complementa a través de la Ley General de Salud N.º 26842, cuyo título preliminar consagra el derecho a la protección de la salud como irrenunciable y de interés público. Dicha ley establece que corresponde al Estado regular, promover, vigilar y garantizar las condiciones necesarias para el pleno ejercicio de este derecho, reafirmando su carácter obligatorio y no meramente programático [12]. En este sentido, el marco normativo peruano concibe la salud no solo como una prestación asistencial, sino como una responsabilidad estatal permanente orientada a la prevención, protección y recuperación de la salud de las personas.

Desde una perspectiva comparada, diversas constituciones latinoamericanas han avanzado en la consolidación del derecho a la salud como un derecho social exigible y como un deber directo del Estado. La Constitución Política de Cuba reconoce expresamente la salud pública como un derecho de todas las personas y atribuye al Estado la obligación de garantizar el acceso universal, gratuito y de calidad a los servicios de atención, protección y recuperación de la salud. Este mandato constitucional se articula mediante un sistema nacional de salud organizado en distintos niveles de atención, complementado por programas de prevención, educación sanitaria y participación comunitaria [13]. El Reglamento de la Ley de Salud Pública desarrolla este modelo al establecer una organización regionalizada y jerarquizada de los servicios, orientada a la atención preventiva-curativa, la rehabilitación y la promoción de la salud en los ámbitos familiar, laboral y escolar [14].

De manera similar, la Constitución Política de Brasil reconoce la salud como un derecho social fundamental y dispone la creación de un sistema único de salud basado en principios de descentralización, atención integral y participación comunitaria. Este sistema se encuentra respaldado por la Ley N.º 8.080, la cual define la salud como un derecho humano fundamental y atribuye al Estado la responsabilidad de proporcionar las condiciones indispensables para su pleno ejercicio, a través de acciones y servicios coordinados entre los distintos niveles de gobierno [15]. Este enfoque refuerza la idea de que la garantía del derecho a la salud requiere no solo reconocimiento normativo, sino también estructuras institucionales eficaces y financiamiento público suficiente.

En el caso de Costa Rica, la Constitución establece la protección de la salud como parte del deber estatal de procurar el mayor bienestar posible para todos los habitantes, vinculando este derecho con principios de justicia social, solidaridad y equidad. Asimismo, consagra el carácter irrenunciable de los derechos sociales y la obligación del Estado de promover políticas orientadas a la redistribución de la riqueza y al fortalecimiento de la cohesión social, lo cual incluye la protección efectiva de la salud como bien público [16].

Desde el ámbito doctrinario, se ha señalado que el derecho a la salud debe ser abordado desde un enfoque de derechos humanos, en el que la equidad, la igualdad y los principios morales ocupan un lugar central. En este sentido, se plantea la necesidad de transitar hacia modelos de servicios sanitarios basados en derechos, donde el Estado asuma una obligación activa de garantizar el acceso universal a la salud, en coordinación con la sociedad civil y mediante pactos sociales orientados al bienestar colectivo [17], [18], [19]. Esta perspectiva enfatiza que la salud no puede quedar supeditada a la capacidad económica de las personas ni a lógicas de mercado.

Asimismo, se ha destacado que los sistemas jurídicos contemporáneos cuentan con herramientas normativas universales destinadas a la protección individual y colectiva de la salud [18], las cuales han sido reforzadas por la actuación de organismos supranacionales frente a situaciones de vulneración de la salubridad pública. En este marco, se subraya la responsabilidad de los Estados de adoptar medidas preventivas y de protección, especialmente en favor de las poblaciones en situación de desigualdad o vulnerabilidad, promoviendo una participación activa de la sociedad en la defensa del derecho a la salud [20].

Finalmente, desde una perspectiva más amplia, se sostiene que la atención sanitaria no debe concebirse únicamente como un derecho de los ciudadanos, sino como un deber indelegable de los gobiernos. Bajo esta visión, la salud se vincula con derechos naturales preexistentes al propio Estado, como la vida, la libertad y la búsqueda del bienestar, lo que refuerza la exigencia de sistemas de salud universales, accesibles y protegidos frente a cualquier forma de regresividad o desprotección institucional [19].

### III. METODOLOGÍA

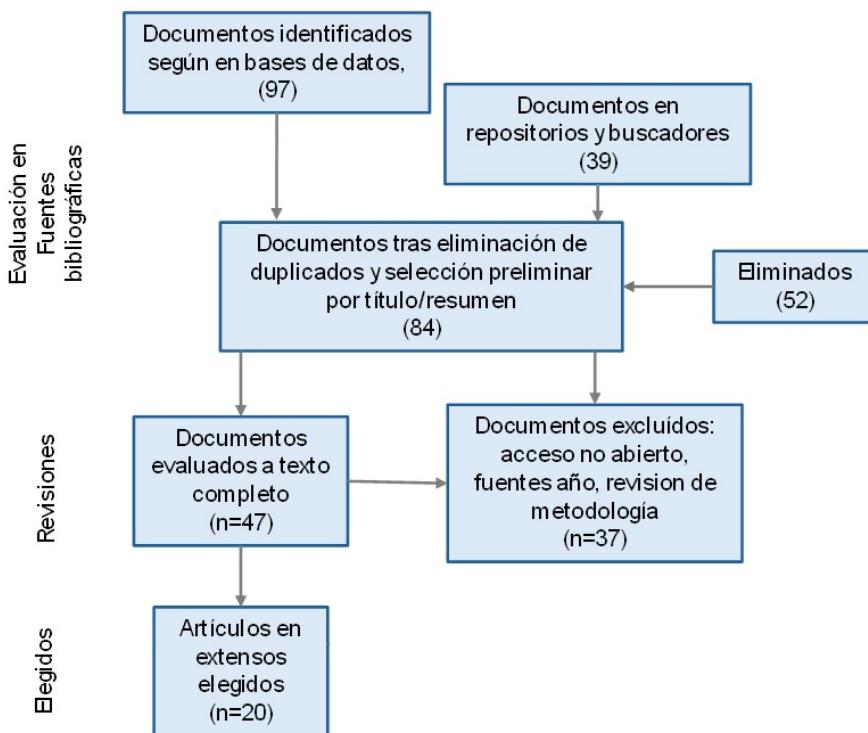
El estudio se desarrolló bajo un enfoque teórico–documental, a través de una revisión sistemática de literatura científica orientada al análisis del derecho a la salud como obligación del Estado y su vinculación con el derecho a la vida. La investigación se enmarca en el ámbito de las ciencias sociales y jurídicas, y tuvo como finalidad identificar, analizar y sistematizar aportes normativos y doctrinarios relevantes, tanto a nivel nacional como comparado.

El proceso de recopilación de información se llevó a cabo mediante una búsqueda estructurada de artículos científicos publicados en revistas indexadas, garantizando criterios de rigor académico, transparencia y coherencia metodológica. Previamente, se definió un protocolo de revisión que permitió delimitar de manera explícita los objetivos, las estrategias de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión, así como el procedimiento de selección de las fuentes, con el fin de asegurar la consistencia del proceso y la trazabilidad de los resultados.

El proceso de identificación y selección de los estudios se desarrolló de manera sistemática y progresiva, conforme a los criterios definidos en el protocolo de revisión. En una primera fase, se identificaron 97 documentos a partir de bases de datos académicas especializadas y 39 documentos adicionales procedentes de repositorios institucionales y buscadores académicos, lo que dio lugar a un conjunto inicial de 136 registros. Posteriormente, se realizó la eliminación de documentos duplicados y una selección preliminar basada en la revisión de títulos y resúmenes. Como resultado de este proceso, se excluyeron 52 documentos, obteniéndose un total de 84 estudios que cumplieron con los criterios iniciales de pertinencia temática y relevancia académica.

En una segunda fase, se procedió a la evaluación de 47 documentos a texto completo, con el objetivo de analizar en profundidad su enfoque, metodología y contribución al estudio del derecho a la salud. Durante esta etapa, se excluyeron 37 documentos por diversas razones, entre ellas la falta de acceso abierto, la desactualización de las fuentes y la ausencia de un desarrollo metodológico adecuado para los objetivos de la investigación.

Finalmente, tras este proceso de depuración y evaluación crítica, se seleccionaron 20 artículos científicos en extenso, los cuales constituyen el *corpus* final de análisis del presente estudio. Estos trabajos fueron considerados pertinentes por su abordaje directo del derecho a la salud desde perspectivas normativas, constitucionales, comparadas y de derechos humanos, garantizando coherencia entre el marco teórico, la metodología y los resultados de la investigación.



**Fig. 1.** Descripción de la selección de artículos.

#### IV. RESULTADOS

El análisis del marco normativo nacional y comparado evidencia que el derecho a la salud se encuentra reconocido como un derecho fundamental y como una obligación directa del Estado. En el caso peruano, la normativa constitucional y legal establece el deber estatal de garantizar la protección de la salud mediante políticas públicas orientadas a la prevención, atención y recuperación. Este reconocimiento no se limita a una formulación declarativa, sino que atribuye al Estado la responsabilidad de regular, dirigir y supervisar el sistema sanitario con el fin de asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud.

Desde una perspectiva comparada, el examen de los marcos constitucionales y legales de países latinoamericanos como Cuba, Brasil y Costa Rica muestra una tendencia convergente hacia un enfoque de derechos humanos, en el que la salud es concebida como un bien público y un derecho exigible. En estos ordenamientos, el Estado asume un rol activo como garante del acceso universal, la gratuidad o asequibilidad y la calidad de los servicios de salud, a través de sistemas nacionales integrados y programas orientados a la prevención, la educación sanitaria y la atención integral. En conjunto, estos modelos reflejan una orientación humanista que refuerza la centralidad del derecho a la salud en la región.

En relación con el contenido del derecho de acceso a la salud, los resultados obtenidos a partir de las entrevistas revelan serias limitaciones en su realización efectiva. La disponibilidad de servicios de salud emerge como uno de los principales déficits, expresado en la insuficiencia de establecimientos, bienes, insumos médicos y personal calificado. Los participantes señalaron que, incluso cuando existen centros de atención, estos no cuentan con los recursos necesarios para brindar servicios adecuados, lo que restringe el ejercicio real del derecho a la salud. A ello se suma la presencia de barreras administrativas y burocráticas que dificultan el acceso oportuno a la atención sanitaria.

Asimismo, se identificó que la fragmentación del sistema de salud—caracterizada por la coexistencia de subsistemas públicos, de seguridad social y privados—genera desigualdades significativas en la atención, afectando principalmente a los sectores más vulnerables de la población. Esta estructura segmentada limita la capacidad del Estado para garantizar condiciones homogéneas de acceso y calidad,

profundizando brechas en la protección del derecho a la salud.

En cuanto a la aceptabilidad y calidad de los servicios, los entrevistados manifestaron una percepción generalizada de insatisfacción. Se señalaron prácticas de atención deshumanizadas, trato discriminatorio y falta de empatía por parte del personal de salud, así como deficiencias en la infraestructura hospitalaria y en el uso de tecnología adecuada. En este sentido, los resultados evidencian que el acceso a la salud no se produce en condiciones de dignidad, oportunidad y calidad, incumpliendo estándares mínimos reconocidos a nivel internacional. Los participantes enfatizaron que el Estado debería priorizar la inversión en recursos humanos, capacitación profesional, equipamiento e infraestructura como condiciones básicas para mejorar la calidad del servicio.

Respecto a las obligaciones del Estado en materia de salud, los resultados muestran una brecha significativa entre el reconocimiento normativo del derecho y su implementación práctica. Si bien el derecho a la salud está sujeto al principio de realización progresiva, los entrevistados coincidieron en que el Estado no estaría cumpliendo siquiera con niveles mínimos de garantía. Las deficiencias estructurales, la falta de continuidad en las políticas públicas y la ausencia de decisiones firmes y sostenidas limitan el avance hacia una cobertura efectiva. En este contexto, se identificaron múltiples vulneraciones asociadas a barreras económicas, administrativas, culturales y discriminatorias, así como a negligencias y malos tratos en los servicios de salud, lo que evidencia un incumplimiento de las obligaciones legales y éticas del Estado.

El análisis del marco legal del derecho a la vida confirma su carácter fundamental y su reconocimiento expreso en la Constitución Política del Perú, así como en los instrumentos jurídicos internacionales y en los ordenamientos constitucionales de otros Estados. Los resultados del análisis documental refuerzan la idea de que el derecho a la vida constituye el presupuesto indispensable para el ejercicio de los demás derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud.

Finalmente, el análisis del contenido del derecho a la vida, a partir de las entrevistas, pone de relieve una concepción amplia que trasciende la mera protección física de la existencia. Los participantes destacaron que el derecho a la vida implica la obligación estatal de crear condiciones que permitan una vida digna, caracterizada por el acceso a servicios básicos como salud, alimentación, agua, vivienda, seguridad y un entorno adecuado. La ausencia de estas condiciones afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, comprometiendo la efectividad real de este derecho.

Si bien los entrevistados reconocieron la existencia de debates y límites jurídicos en torno al derecho a la vida—vinculados a situaciones excepcionales—coincidieron en que corresponde al Estado adoptar decisiones orientadas a la máxima protección de la vida humana y a la preservación de la dignidad de las personas. En este marco, se resaltó la importancia del criterio ético en el ejercicio profesional del personal de salud y la necesidad de un compromiso conjunto entre el Estado y la sociedad para garantizar condiciones de vida dignas que hagan efectivo el derecho a la vida.

#### *A. Propuesta normativa*

La propuesta normativa se construye a partir de la síntesis crítica de los hallazgos obtenidos en la revisión sistemática y del análisis comparado de los marcos normativos examinados; se evidencia una brecha estructural entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud y su realización efectiva en el contexto peruano. Si bien la Constitución Política del Perú reconoce el derecho a la salud como un derecho social fundamental, su formulación actual presenta un carácter predominantemente declarativo, lo que limita su exigibilidad y debilita las obligaciones concretas del Estado en materia de acceso universal, calidad y equidad en la prestación de los servicios de salud.

En este sentido, la propuesta normativa se orienta a reforzar el enfoque de derechos humanos en la garantía del derecho a la salud, concibiéndolo no solo como un derecho social programático, sino como un derecho fundamental plenamente exigible, estrechamente vinculado al derecho a la vida y a la dignidad humana. Este enfoque implica que el Estado asuma un rol activo como primer obligado, garantizando condiciones materiales, institucionales y normativas que aseguren el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de salud para toda la población, sin discriminación.

Asimismo, los resultados del estudio muestran la necesidad de fortalecer el enfoque preventivo como eje central de la política pública sanitaria. La prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la educación sanitaria deben constituirse en pilares estructurantes del sistema de salud,

priorizando acciones anticipatorias que reduzcan riesgos y desigualdades, especialmente en los sectores más vulnerables. Este enfoque no solo contribuye a mejorar los indicadores de salud pública, sino que también optimiza el uso de los recursos estatales y refuerza la sostenibilidad del sistema.

De manera complementaria, se propone avanzar hacia la consolidación de un sistema único de salud, que permita superar la actual fragmentación institucional y las desigualdades derivadas de la coexistencia de subsistemas con distintos niveles de cobertura y calidad. Un sistema integrado facilitaría la coordinación entre los distintos niveles de atención, garantizaría estándares homogéneos de calidad y permitiría una distribución más equitativa de los recursos humanos, tecnológicos y financieros. En este marco, el Estado debe asumir también funciones de supervisión, regulación y monitoreo de los servicios de salud privados, asegurando que estos actúen como complemento del sistema público y no como un factor de exclusión.

Desde una perspectiva constitucional, la propuesta normativa plantea la necesidad de revisar y fortalecer el contenido del artículo 7º de la Constitución Política del Perú, a fin de incorporar de manera expresa el carácter universal del derecho a la salud, su vinculación directa con el derecho a la vida y la obligación estatal de garantizar no solo el acceso, sino también la calidad, la aceptabilidad y la equidad en los servicios de salud. Esta reformulación permitiría dotar al derecho a la salud de una mayor fuerza normativa, alineándolo con los estándares internacionales de derechos humanos y con las experiencias comparadas más avanzadas en la región.

La propuesta normativa busca contribuir a la construcción de un marco jurídico e institucional más sólido, que permita transformar el reconocimiento formal del derecho a la salud en una garantía efectiva, reduciendo las brechas existentes entre norma y realidad y reforzando el compromiso del Estado peruano con la protección integral de la vida y la dignidad de las personas.

## CONCLUSIONES

El análisis desarrollado permitió confirmar que el derecho a la salud se encuentra reconocido en el ordenamiento constitucional peruano como un derecho social fundamental, cuya garantía corresponde de manera directa al Estado. Asimismo, el estudio comparado de los marcos normativos de países latinoamericanos como Cuba, Brasil y Costa Rica evidencia una tendencia regional hacia enfoques de derechos humanos, en los que el Estado asume un rol protagónico como garante del acceso universal, la prevención de enfermedades y la organización de sistemas públicos integrados de salud. Esta orientación humanista refuerza la concepción de la salud como un bien público indispensable para el bienestar colectivo.

Los resultados empíricos y documentales revelan, sin embargo, que el contenido material del derecho de acceso a la salud enfrenta serias limitaciones en su realización efectiva. Persisten déficits significativos en la disponibilidad de establecimientos, bienes, servicios y personal médico especializado, así como barreras administrativas, económicas y sociales que afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables. A pesar de los avances en cobertura formal, el acceso real a los servicios de salud continúa siendo fragmentado, desigual y condicionado por factores estructurales que restringen su ejercicio en condiciones de equidad.

En relación con la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud, los resultados evidencian una percepción generalizada de insatisfacción por parte de los usuarios. Se identifican prácticas de atención deshumanizadas, falta de empatía, deficiencias en la infraestructura hospitalaria y ausencia de tecnología adecuada, lo que impide el cumplimiento de estándares mínimos de calidad reconocidos a nivel internacional. En consecuencia, el derecho a la salud no se garantiza de manera oportuna, digna ni eficiente, debilitando su carácter de derecho fundamental.

Asimismo, se constató una brecha persistente entre las obligaciones jurídicas del Estado y su cumplimiento efectivo. Aunque el derecho a la salud se rige por el principio de realización progresiva, los resultados muestran que el Estado no logra asegurar niveles mínimos básicos de protección, debido a deficiencias en las políticas públicas, problemas logísticos, falta de continuidad institucional y carencias en el suministro de medicamentos e insumos esenciales. Estas limitaciones vulneran las obligaciones estatales de respeto, protección y garantía del derecho a la salud, a pesar de su reconocimiento constitucional y supranacional.

En cuanto al derecho a la vida, el análisis documental confirma su reconocimiento como derecho fundamental inherente a toda persona y presupuesto indispensable para el ejercicio de los demás derechos, incluido el derecho a la salud. Los resultados ponen de manifiesto que la protección de la vida no puede reducirse a la mera preservación biológica, sino que exige la creación de condiciones materiales y sociales que permitan una vida digna, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Finalmente, el estudio permite afirmar que la relación entre el derecho a la salud y el derecho a la vida es estructural e inseparable. La insuficiencia en la garantía del acceso a servicios de salud adecuados compromete directamente la protección efectiva de la vida, lo que refuerza la necesidad de políticas públicas integrales, decisiones estatales firmes y un compromiso ético sostenido por parte de los profesionales de la salud y de las instituciones responsables, orientado a la dignidad, la equidad y la justicia social.

## REFERENCIAS

- [1] Organización Mundial de la Salud, “Cobertura sanitaria universal (CSU),” 2023.
- [2] Organización Panamericana de la Salud, “Salud universal,” 2026.
- [3] P. Castañeda Meneses and K. Cazorla Becerra, “Concepciones de salud, sistema de salud público/privado y pandemia por COVID-19 en Chile,” *Trabajo Social*, vol. 24, no. 1, pp. 145–167, 2022, doi: 10.15446/ts.v24n1.94179.
- [4] J. Contesse, “Human rights as transnational law,” *AJIL Unbound*, vol. 116, pp. 307–316, 2022, doi: 10.1017/aju.2022.61.
- [5] A. Gallego, “El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos,” *Araucaria*, vol. 20, no. 40, 2024.
- [6] V. Garrafa, “Bioética y el derecho al acceso a los cuidados de salud,” *Salud Colectiva*, 2023, doi: 10.18294/sc.2023.4491.
- [7] M. Gómez, “Derecho a la salud en las metrópolis,” *Trayectorias Humanas Trascontinentales*, no. 17, 2024, doi: 10.25965/trahs.5846.
- [8] M. Gonzales, *El derecho a la salud en el Perú: una visión político-social*. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, 2023.
- [9] N. Hassoun, “Global health impact: Human rights, access to medicines, and measurement,” *Developing World Bioethics*, vol. 24, no. 1, 2024, doi: 10.1111/dewb.12441.
- [10] M. Hidalgo, “El derecho a la salud y grupos de vulnerabilidad: análisis de la reciente jurisprudencia constitucional,” *Chornancap Revista Jurídica*, vol. 1, no. 1, pp. 199–213, 2023, doi: 10.61542/rjch.20.
- [11] L. Jiménez, “Salud como derecho humano y medicamentos como bien social o mercancía,” *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 48, 2022.
- [12] J. Y. Lee, “Economic inequality, social determinants of health, and the right to social security,” *Health and Human Rights*, vol. 25, no. 2, pp. 155–169, 2023.
- [13] A. Martínez, “La salud pública en tiempos de pandemia: la postergada reformulación del sistema nacional de salud,” *Revista Estudios Jurídicos*, no. 23, p. e7510, 2023, doi: 10.17561/rej.n23.7510.

- [14] A. Núñez, "Derecho de la salud pública: ¿hacia un marco jurídico de pandemias?" *Gaceta Sanitaria*, vol. 37, 2022, doi: 10.1016/j.gaceta.2022.102262.
- [15] Organización de las Naciones Unidas, *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. Nueva York, EE. UU.: Organización de las Naciones Unidas, 2000.
- [16] ——, "El derecho a la salud: aspectos fundamentales e ideas erróneas comunes," Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, s.f.
- [17] L. C. Amoretti, "Respuestas adaptativas, derecho a la salud y el límite del criterio de satisfacción: una reflexión desde el sistema de salud peruano," *Derecho PUCP*, no. 92, pp. 361–393, 2024, doi: 10.18800/derechopucp.202401.011.
- [18] A. M. Arias-Uriona, M. Losantos, and P. Bedoya, "Intersectionality as a theoretical-analytical tool to study health inequalities in the Americas," *Pan American Journal of Public Health*, vol. 47, p. e133, 2023, doi: 10.26633/RPSP.2023.133.
- [19] L. Robles, "Salud, dignidad, derechos y ética," *Acta Médica Peruana*, vol. 40, no. 3, pp. 267–274, 2023.
- [20] A. Zúñiga, "El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la Constitución: una relación necesaria," *Estudios Constitucionales*, vol. 9, no. 1, pp. 37–70, 2011.

## AUTORA



**Ana María Cabrera Mestanza** es maestra y abogada peruana, natural de la ciudad de Chiclayo.