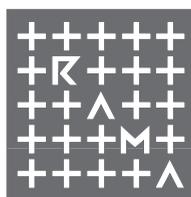


FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN
IV INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS

PROTECCIÓN DE LA SALUD

Director
Guillermo Escobar



TRAMA EDITORIAL

IV INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS

PROTECCIÓN DE LA SALUD

Director

Guillermo Escobar
(*Universidad de Alcalá*)

Colaboradores

Antonio Aguilar (*Procuraduría de El Salvador*)
Argentina Artavia (*Defensoría de Costa Rica*)
Fernando Benito (*Defensoría de España*)
Mónica del Cerro (*Defensoría de Argentina*)
Maite Cisneros (*Defensoría de Panamá*)
Verónica Guerrero (*Defensoría de Venezuela*)
Linda Hernández (*Procuraduría de Puerto Rico*)
Gabriela Justiniano (*Defensoría de Bolivia*)
Ligia Magdalena Martínez (*Procuraduría de Nicaragua*)
Darío de Jesús Mejía (*Defensoría de Colombia*)
Fiorella Melzi (*Defensoría de Perú*)
Raquel Mitjans (*Defensoría de Paraguay*)
Javier Moctezuma (*Comisión Nacional de Derechos Humanos de México*)
Consuelo Olvera (*Comisión Nacional de Derechos Humanos de México*)
Nancy Leticia Orellana (*Procuraduría de El Salvador*)
Álvaro Enrique Osorio (*Procuraduría de Nicaragua*)
Ana Salado
Miguel Ángel Sánchez
Diogo Nunes dos Santos (*Provedor de Justicia de Portugal*)
Rosa Sarabia (*Raonador del Ciutadà de Andorra*)
Manuel Sierra
Pablo Werner (*Procuraduría de Guatemala*)

Comité Asesor

Víctor Abramovich (*Comisión Interamericana de Derechos Humanos*)
María José Amorín
Rocío Barahona y Jaime Marchán (*Comité de Derechos Económicos,
Sociales y Culturales*)
Alberto Concha-Eastman (*Organización Mundial de la Salud/
Organización Panamericana de la Salud*)
Juan Manuel Sánchez del Toro (*Cruz Roja Española*)
Carmen Rosa Villa (*Alto Comisionado de las Naciones Unidas
para los Derechos Humanos*)

Esta publicación ha sido realizada con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

El contenido de este Informe refleja la opinión de sus autores y no compromete a la AECI.

La colaboración de los miembros del Comité Asesor se realiza a título individual y no compromete a sus respectivas instituciones.

Ilustración de la portada: Pablo Maojo

© CICODE, 2006
© de esta edición, Trama editorial, 2006
Monte Esquinza 28
28010 Madrid
Tel.: 91 702 41 54
Fax: 91 702 38 11
trama@tramaeditorial.es
www.tramaeditorial.es

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

ISBN: 84-89239-72-X
Depósito legal: M. 44119-2006

Realización gráfica: Safekat, S. L.

Federación Iberoamericana de Ombudsman (FIO)

Consejo Rector

Presidente

Dr. Enrique Múgica
Defensor del Pueblo de España

Vicepresidente Primero

Dr. José Luis Soberanes
Presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México

Vicepresidenta Segunda

Dra. Beatrice A. de Carrillo
Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador

Vicepresidente Tercero

Dr. Claudio Mueckay
Defensor del Pueblo de la República del Ecuador

Vicepresidente Cuarto

Dr. Manuel María Paez
Defensor del Pueblo de la República del Paraguay

Vicepresidenta Quinta

Dra. Alicia Pierini
Defensora del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
---------------------------	----

INTRODUCCIÓN	13
---------------------------	----

I. PANORAMA INTERNACIONAL

1. Derecho internacional universal	25
2. América Latina	85
3. Europa	111
<i>Consejo de Europa</i>	111
<i>Unión Europea</i>	123

II. PANORAMA NACIONAL

1. Andorra	143
2. Argentina	153
3. Bolivia	167
4. Colombia	177
5. Costa Rica	187
6. El Salvador	205
7. España	225
8. Guatemala	245
9. Honduras	259
10. México	271
11. Nicaragua	285
12. Panamá	303
13. Paraguay	321
14. Perú	331
15. Portugal	347
16. Puerto Rico	367
17. Venezuela	381
18. SÍNTESIS	397

III. ACTUACIÓN DE LAS DEFENSORÍAS

1. Andorra	417
2. Argentina	418
3. Bolivia	430
4. Colombia	432
5. Costa Rica	439
6. El Salvador	452
7. España	465
8. Guatemala	475
9. Honduras	476
10. México	483
11. Nicaragua	490
12. Panamá	495
13. Paraguay	501
14. Perú	502
15. Portugal	514
16. Puerto Rico	524
17. Venezuela	527
18. SÍNTESIS	538

IV. RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS 551

COLABORADORES 567

MIEMBROS DE LA FIO 569

PRESENTACIÓN

Dentro de la finalidad principal de la Federación Iberoamericana del Ombudsman (FIO), que pretende la cooperación, el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de las instituciones defensoriales en su ámbito territorial, se registra un considerable repertorio de objetivos. Uno de ellos consiste en la realización de estudios e investigaciones sobre la ampliación y el desarrollo de los derechos constitucionales, y de los derechos humanos en general, con el propósito último de perfeccionar el Estado de Derecho, el sistema democrático y la convivencia pacífica de los pueblos.

Esta vertiente concreta de las tareas de la Federación facilita por otra parte la consecución de los demás objetivos de la FIO y actualiza los criterios bajo los que operan las instituciones que la componen; proporciona un conocimiento más amplio de las múltiples facetas que se relacionan con la función supervisora que caracteriza su quehacer, y contribuye a acercar las posturas y los puntos de vista de quienes en cada momento orientan la labor de esas instituciones. Además, con la determinación anual de los asuntos y la extensión de los trabajos a realizar, el Consejo Rector de la Federación dispone de una ocasión incomparable para actualizar las perspectivas y adecuar los instrumentos de análisis de las materias necesitadas de una más urgente y oportuna reflexión.

Así sucede con el Informe que hoy presentamos. Se trata ya del IV volumen de una serie «*sobre derechos humanos*» y se centra en los problemas específicos que plantea en estos momentos la protección de la salud, con múltiples aportaciones y clarificaciones de diferente alcance. El derecho a la salud, o a la protección de la salud, es uno de los que con más frecuencia se proclaman en las modernas constituciones políticas. De igual manera, los múltiples aspectos que lo configuran proporcionan al derecho a la salud un espesor y una significación peculiar en nuestros días. Las características de los distintos sistemas sanitarios; los elementos constitutivos de un sistema material y organizativo de prevención y salud pública; la articulación de los distintos derechos cuyo conjunto caracteriza la protección de la salud, o las distintas garantías que para esos derechos ofrecen los ordenamientos, son las principales cuestiones en torno a las cuales giran los distintos apartados de este Informe. Sin olvidar otros elementos de interés específico como son los que afectan a la salud de algunos grupos especialmente vulnerables (mujeres, niños y adolescentes, minorías étnicas...). O las cuestiones que se suscitan en relación con la discapacidad, con la dependencia funcional y sobre todo con las personas afectadas por el VIH/SIDA.

La estructura básica del Informe responde, en líneas generales, a esas preocupaciones sustantivas. Con una introducción que nos sitúa ante el estado general de las cuestiones en los diversos ámbitos territoriales, se pasa revista pormenorizada al panorama internacional, vertebrado por los problemas que afectan al Derecho internacional universal en cuanto se refiere a los aspectos relacionados con la protección

de la salud. A continuación, se describen las distintas características que dibujan el panorama nacional existente en 18 países de la FIO y la actuación de las instituciones de garantía de los derechos en esos mismos países. Tanto en lo que concierne a las materias que delimitan los sistemas nacionales, como en los que detallan la actividad defensorial, se ofrece un pequeño balance de síntesis ordenadora y clarificadora. Y finalmente, objetivo principal de la publicación, se ofrecen unas recomendaciones a los diferentes Estados, de carácter fundamentalmente normativo, relativas al mantenimiento de políticas públicas convenientes y apoyo a las defensorías y a diferentes aspectos de la protección de la salud, de gran importancia desde la perspectiva del Informe: prevención y salud pública, racionalización y determinación precisa de los derechos y garantías que dan consistencia a esa protección, consideración especial de la prestación de medicamentos esenciales o necesarios, y atención singular a los grupos vulnerables. En este último sentido, se dirigen recomendaciones específicas acerca de la salud en la mujer, la niñez y adolescencia, la tercera edad, la discapacidad física y mental, y el grupo de personas afectadas por VIH/SIDA.

Dirigido y coordinado por Guillermo Escobar, de la Universidad de Alcalá, el trabajo ha contado con las aportaciones de una numerosa nómina de colaboradores por parte de distintas instituciones defensoriales, con un Comité Asesor compuesto por especialistas procedentes de diferentes organizaciones supranacionales y con el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Tan sólo me queda agradecer a todos quienes han hecho posible la aparición del Informe su dedicación y su esfuerzo en el empeño. Sin su saber y su entusiasmo no hubiera sido posible este pequeño grano de arena para contribuir a la mejora de las condiciones de convivencia en nuestro mundo.

ENRIQUE MÚGICA HERZOG

*Defensor del Pueblo de España
Presidente de la Federación Iberoamericana de Ombudsmen*

INTRODUCCIÓN

1. La Federación Iberoamericana de Ombudsman da a la luz este su *IV Informe sobre Derechos Humanos*, que refuerza los lazos de unión entre sus miembros y manifiesta, nuevamente, su vocación de servicio al progreso de la región, desde el entendimiento de que poco puede avanzarse sin la previa reflexión compartida sobre la situación, jurídica y fáctica, de los Derechos Humanos, y en especial de las debilidades en su protección y de las vías más adecuadas para superarlas. Sólo desde el conocimiento de la realidad, ésta podrá cambiarse y sigue siendo válida la clásica propuesta ilustrada que confiaba encontrar las mejores soluciones tras el diálogo, público, plural y abierto, sobre las distintas alternativas posibles.

Con este *IV Informe*, la Federación da nuevos pasos en su consolidación como organismo a tener en cuenta en la pequeña pero cada vez más importante (son de esperar nuevos progresos en esta dirección, auspiciados por las reformas en marcha en Naciones Unidas) comunidad internacional de los Derechos Humanos. Frente a la lógica de lo económico, en este ámbito no debe existir competencia sino cooperación (y quizás también, a medio plazo, coordinación). Al menos desde la importante Observación General núm. 10, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre *La función de las instituciones nacionales de derechos humanos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales*, las Defensorías deben integrarse, con respeto al ámbito propio de otras instancias pero también con voz propia, en los sistemas internacionales y regionales que tienen por norte la garantía progresiva (en sus facetas de respetar, proteger y cumplir) de los Derechos Humanos. Recuérdese que, en términos de la Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 8 de marzo de 1999 (y es aceptado unánimemente en la doctrina científica), son los Estados quienes tienen la «responsabilidad primordial» de hacer efectivos los Derechos Humanos a nivel social, económico, político y jurídico, constituyendo «el Derecho interno [...] el marco jurídico en el cual se deben materializar y ejercer los derechos humanos y las libertades fundamentales y en el cual deben llevarse a cabo todas las actividades [...] para su promoción, protección y realización efectiva». Siendo ello así, parece lógico que los organismos nacionales e internacionales de protección colaboren de forma creciente (la globalización no ha de ser sólo económica), pues su finalidad última es la misma; no hay Derechos Humanos nacionales e internacionales sino un sistema único de Derechos Humanos que cuenta con garantías nacionales (primero) e internacionales (subsidiarias y complementarias de las anteriores). En esta línea, una vía novedosa que va abriéndose camino en el Sistema de Naciones es la presentación de Informes paralelos a los gubernamentales en los Comités derivados de tratados internacionales sobre Derechos Humanos. La Federación está en condiciones de aportar su experiencia al respecto en el futuro.

El trabajo que el lector tiene en su manos es una buena muestra de que van dándose pasos importantes en la cooperación entre nuestra joven Institución, que recientemente cumplió sus diez primeros años de vida, y las más asentadas instituciones internacionales de protección de los Derechos Humanos. Las alianzas estratégicas entre la Federación y los organismos que persiguen fines similares¹, aunque, obviamente, de formas distintas, debe mantenerse en futuros Informes (está en marcha ya el *V Informe*, que versará sobre *Sistema penitenciario*) e incluso extenderse a nuevos ámbitos².

No puede olvidarse, por otra parte, la obligación internacional de cooperación, especialmente destacada en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que cuarenta años después de ser aprobado, sigue siendo un arma cargada de futuro. El Estado español, y en concreto la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), como financiadora del Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo en Iberoamérica, gestionado por el Centro de Iniciativas de Cooperación al Desarrollo de la Universidad de Alcalá, aporta, con el apoyo a este *Informe*, su grano de arena al cumplimiento del deber de asistencia y cooperación internacional, en especial económica y técnica, dirigida en última instancia al mejor cumplimiento de las obligaciones derivadas del artículo 12 del Pacto, concretado, por ejemplo, en el párrafo 45 de la Observación General núm. 14, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*.

El *IV Informe*, como los anteriores es, entre otras cosas, un trabajo de investigación; después diremos algo sobre la metodología utilizada, que no es distinta a la propia de las ciencias sociales. La Federación sigue apostando por la conveniencia de contar con el apoyo de centros especializados en el estudio y la investigación, habiendo elegido, por cuarta ocasión, a la Universidad de Alcalá para ello³. Desde que el presidente Eduardo Mondino abanderó la decisión (proseguida por sus sucesores Germán Mundaraín y Enrique Múgica), hecha suya por el conjunto de la Federación, de elaborar una serie de Informes anuales sobre Derechos Humanos, se quiso ir más allá de la mera agregación de relatos de las experiencias particulares de cada Defensoría. Se consideró entonces que debía realizarse una aproximación sistemática al tema escogido en cada ocasión, conforme a un objeto y método común y, a la vez, aprovechar la oportunidad del trabajo colectivo para cubrir una laguna evidente: la falta de estudios de ámbito netamente iberoamericano sobre Derechos Humanos; de

¹ Aquí habría que incluir no sólo las instituciones específicamente destinadas a la protección de los Derechos Humanos, sino también otras que bien podrían reorientar sus fines en la misma dirección, como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y, a nivel latinoamericano, el Banco Interamericano de Desarrollo o la Secretaría General Iberoamericana, que cuenta entre sus funciones «incentivar y apoyar [...] las actividades de asociaciones de carácter iberoamericano en los ámbitos profesional, académico e institucional».

² Vid. al respecto las reflexiones de un nutrido grupo de expertos, vertidas primero en el seminario convocado por la AECI en febrero de 2006 y publicadas después como *Las Defensorías del Pueblo, un puente entre la ciudadanía y el Estado en América Latina*, Trama, Madrid, 2006.

³ No es ésta la única actividad de la Universidad de Alcalá en colaboración con la FIO. A ella se suman, entre otras, la gestión de la *web* institucional de la Federación, que incluye información actualizada sobre las Defensorías, un amplio gestor documental y una revista electrónica, así como un ambicioso plan de formación continua, del que forman parte, de momento, cuatro cursos trimestrales *on line*, ofertados permanentemente, sobre Derechos Humanos (está prevista su conversión en Master), así como tres seminarios al año, que habitualmente tienen lugar en los centros de formación de la AECI en América Latina. Información detallada sobre estas actividades puede encontrarse en: <http://www.portalfio.org>.

ahí los capítulos de cada Informe destinados a exponer el panorama internacional y nacional en la materia. También se creyó necesario dar todavía un paso más y construir una auténtica comparación que sintetizara los elementos comunes a los ordenamientos nacionales y la actuación de las Defensorías. Sin duda, todas estas tareas (recopilación de datos, exposición sistemática de los mismos, análisis y síntesis) son científicas y de ahí la colaboración de la Universidad⁴, personalizada en el Director del Informe, quien diseñó su estructura (con una detallada relación de materias) y el plan de trabajo (incluyendo amplias indicaciones de estilo y método), coordinó y revisó todas las contribuciones y redactó personalmente capítulos sustanciales del Informe⁵.

2. El tema escogido, en la sesión del Consejo Rector de la Federación celebrada en el Palacio del Senado de Madrid en diciembre de 2005, para este *IV Informe sobre Derechos Humanos*, hecho suyo por el Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo de Iberoamérica, introduce un aparente cambio sobre la temática de los anteriores. Los Informes de 2002, 2003 y 2004 (que versaron, respectivamente, sobre *Migraciones*, *Derechos de la Mujer y Niñez y adolescencia*) pretendían llamar la atención sobre la situación de los Derechos Humanos de colectivos especialmente atendidos por las Defensorías, dada la mayor frecuencia de vulneraciones de los derechos respectivos de sus miembros. En esta cuarta ocasión, el objeto no viene determinado por el titular de los derechos sino por el derecho mismo. Sin embargo, aunque se trata de un derecho de titularidad universal (parece haberse roto ya el viejo prejuicio historicista que consideraba los derechos sociales como derechos exclusivos de los más desfavorecidos), resulta claro que las necesidades más urgentes se encuentran del lado de quienes, por su situación económica o social, son más vulnerables a la enfermedad y carecen de los medios para costear, de su propio bolsillo, la asistencia sanitaria y los medicamentos. La importancia dada, en el contexto del Informe, a la salud de determinados colectivos (nuevamente mujeres y niños y niñas, a los que se añaden ahora, entre otros, las personas mayores, las situaciones de discapacidad, los afectados por el VIH/SIDA y, en determinados países, las comunidades indígenas) demuestra cuanto venimos apuntando. Con este *IV Informe*, la Federación renueva su compromiso al servicio prioritario de los más débiles.

No es necesario insistir en este lugar en la importancia de este cuarto tema; para constatarla basta leer los capítulos II y III del Informe, donde se da cumplida cuenta de la magnitud de los problemas relacionados con la salud de las personas. Resulta significativo, por ejemplo, su alto lugar en la agenda internacional del momento, al coincidir con tres de los diez Objetivos de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas. Al incumplimiento sistemático del derecho, que llega a ser estructural en algunos países de América Latina, básicamente por insuficiencia de medios financieros, se suma la persistente discriminación en su cumplimiento (el in-

⁴ Toda colaboración implica el mutuo respeto al ámbito propio de cada cual. Ciertamente, las Defensorías pueden legítimamente realizar estudios e investigaciones (y, de hecho, así lo hacen con cierta habitualidad), pero no es ésta su principal función. Por su parte, la Universidad carece del conocimiento de las Defensorías sobre la problemática real de los Derechos Humanos y este conocimiento resulta indispensable para acometer cualquier análisis científicamente serio en este campo.

⁵ Como corresponde a una institución que tiene por norte el respeto a la libertad docente e investigadora de sus miembros, la Universidad de Alcalá se limitó a proponer al Director del Informe, dejando al mismo plena autonomía para realizar su función.

cumplimiento parcial se torna en vulneración del derecho), advirtiéndose graves diferencias en el disfrute de la salud entre las personas residentes en un solo país y, desde luego, entre los distintos países.

3. A esta Introducción corresponde realizar algunas breves precisiones terminológicas y de determinación del objeto de nuestro análisis. Las Constituciones (primer marco de la actuación de las Defensorías) de los Estados iberoamericanos que aluden de forma autónoma a la salud se dividen entre las que reconocen el «derecho a la salud» (Bolivia, Colombia, Guatemala, Nicaragua o Venezuela) o «a la protección de la salud» (España, Honduras, México, Perú o Portugal), y las que prefieren evitar la técnica del derecho subjetivo, optando por la menor vinculación característica de las normas de mandato (Ecuador, El Salvador, Panamá y Paraguay). Aunque creemos que las cuestiones terminológicas tienen una importancia relativa en este tipo de trabajos, para titular este *Informe* hemos optado por el término *Protección de la salud* (en vez de «derecho a la salud» o «derecho a la protección de la salud»), que nos parecía más correcto, y ello por cuatro motivos principales: 1) Resulta más adecuado a la realidad de las cosas: en sentido estricto, la salud no puede ser objeto de un derecho (jurídicamente hablando), por depender muchas veces de factores biológicos contra los cuales nada pueden hacer las personas, ni físicas ni jurídicas (únicos obligados posibles de las normas jurídicas y por tanto de los derechos). 2) Evita la redundancia en el título completo del Informe (que ya utiliza el término «derecho» en su antetítulo, *IV Informe sobre Derechos Humanos*). 3) Destaca que las Defensorías no sólo prestan atención a los derechos, en el sentido estricto del término (intereses individuales justiciables), sino también a los mandatos a los poderes públicos que, aunque no se configuran como derechos propiamente dichos, sirven también (y de modo importantísimo, como después se dirá), a los mismos intereses, y ello hasta el punto de que la mayoría de estos mandatos pueden encuadrarse en el llamado carácter objetivo del derecho. 4) Resalta, desde el mismo título del *Informe*, un punto de vista primordial para la Federación: la obligación positiva del Estado (el objeto de control de las Defensorías) de proteger (en el sentido amplio del término)⁶ de forma activa la salud de todos los habitantes de su territorio.

Vayamos ahora con las consideraciones relativas al objeto de análisis. El derecho a la protección de la salud apenas se encuentra configurado por la doctrina científica⁷, lo que obligó al Director del Informe a realizar una previa tarea de construcción dogmática de la figura, integrando, obviamente, en dicha construcción, los temas fundamentales que han sido abordados por las Defensorías. Como es habitual en materia de derechos sociales de prestación, los condicionantes materiales y las estructuras y servicios públicos previos resultan trascendentales para la garantía del derecho (lo que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales llama, precisamente en relación con la salud, «disponibilidad» del derecho). Dada su importancia para la protección de la salud, tras las necesarias consideraciones preli-

⁶ El lector avezado se habrá percatado ya de que utilizamos el término «protección» en un sentido más amplio al común en el Derecho internacional. Vid., para nuestro tema, la ya citada Observación General núm. 14, que distingue entre respetar, cumplir y proteger (en sentido estricto) el derecho a la salud.

⁷ No deja de ser paradójico (pero coherente con lo que apuntábamos en la nota 4) que dos de los mejores intentos de configuración dogmática de este derecho provengan de documentos institucionales y no del ámbito académico: la ya citada Observación General núm. 14 y el trabajo editado en 2003 por la Defensoría del Pueblo de Colombia con el título *El Derecho a la Salud*.

minares (sobre el marco general, jurídico e institucional, propio de cada país), se abrieron sendos apartados sobre cada uno de estos grandes temas; el sistema sanitario y las medidas preventivas y de salud pública no forman parte, estrictamente, del derecho (al menos en el sentido tradicional del término) a la protección de la salud, pero resultan imprescindibles para el cumplimiento del mismo, pudiendo llegar a configurar el contenido objetivo del derecho, categoría dogmática en la cual, pese a su repercusiones prácticas, no podemos entrar ahora. En segundo lugar, se seleccionaron los temas más relevantes del derecho a la protección de la salud en sentido estricto, en su triple dimensión de derecho prestacional (o a la asistencia sanitaria, con sus dimensiones, parcialmente inspiradas en la Observación General núm. 14, de disponibilidad, universalidad, accesibilidad, continuidad, extensión y calidad) y derecho de libertad (con sus componentes de información, intimidad y consentimiento), añadiéndose una referencia particular al medicamento, configurando aquí un novedoso derecho, por la obvia razón de que de poco sirve la asistencia si no se dota al enfermo de los medios necesarios para su curación. De forma separada se analizaron las garantías del derecho y, con la pretensión de superar la unilateral visión judicialista, se seleccionaron mecanismos seguramente más eficaces como las sanciones e indemnizaciones en vía administrativa, las obligaciones de la Administración o los procedimientos extrajudiciales de solución de conflictos. Seguidamente se abrieron nuevos apartados para los casos de colectivos con especiales problemas de efectividad en la garantía de su derecho a la protección de la salud (problema este, como ya hemos señalado, especialmente importante para las Defensorías), y un apartado abierto para tratar los problemas sanitarios que, en opinión de cada Defensoría, resultaban más acuciantes (la mayor parte eligieron la salud de las personas mayores y de las personas en situación de discapacidad⁸). Por último, dedicamos un apartado final a la problemática planteada por los enfermos de VIH/SIDA, tema que fue señalado expresamente por el Consejo Rector de la Federación como de obligado y particular tratamiento por el *Informe*.

Para terminar de precisar el ámbito de la realidad que hemos estudiado, debe realizarse una última advertencia sobre las dos temáticas que parcialmente quedaron fuera. En primer lugar, no pudo realizarse un análisis en profundidad de los llamados condicionantes de la salud (entre ellos, la alimentación, el agua potable y el saneamiento, las condiciones de habitabilidad, la salud e higiene en el trabajo o el medio ambiente), por entenderse que quedan fuera del contenido del derecho, tal y como este suele ser definido por la dogmática constitucional y, sobre todo, porque habrían convertido este *Informe* en casi inabarcable; quedamos emplazados para abordar alguno de ellos en el futuro. En segundo lugar, por similares motivos (esta vez con mayor fundamento científico), no se realizó un análisis detenido de la problemática de la discapacidad, física y mental, que abarca cuestiones muy complejas y diversas (objeto prioritario, también, de la actuación de las Defensorías), sino sólo de los aspectos estrictamente sanitarios de la cuestión (la discapacidad es un problema de salud sólo en cierta medida).

4. En la elaboración del *Informe* se ha seguido un planteamiento idéntico al propio de los tres anteriores: comenzar con la descripción sistematizada de las normas

⁸ Nótese que ambos temas bien podrían haberse incluido en el apartado anterior. Si no se hizo fue porque lo relevante en ellos no es tanto la pertenencia a un colectivo como el problema sanitario mismo.

jurídicas vigentes, partiendo de la creencia de que el Derecho es el marco obligado, para bien o para mal, y el instrumento principal de actuación de las Defensorías, lo que evidentemente no implica que deba esperarse sólo de él, ni mucho menos, la solución de todos los problemas relacionados con la protección de la salud en Iberoamérica: ejemplos de leyes generosas en su texto e inútiles en su aplicación por escasez de medios no faltan en el terreno que abordamos.

La Federación debe insistir en los motivos de esta primera elección metodológica, que no resulta habitual en la panorámica *clásica*, característica de los Informes sobre Derechos Humanos de mayor difusión, que son los elaborados por las organizaciones no gubernamentales. A diferencia de éstas (que cumplen, desde luego una función importantísima), las Defensorías son entidades de naturaleza pública, de amplia legitimación democrática (nombradas normalmente por el Parlamento en un procedimiento público y con participación de las minorías), creadas y regidas por el Derecho público y que se dirigen directamente a garantizar (a veces en colaboración, a veces en conflicto) los Derechos Humanos frente a sus principales destinatarios, los poderes públicos, y en especial frente al Ejecutivo. En un Estado de Derecho (todos los países miembros de la FIO lo son), ello implica que las críticas y propuestas de actuación que las Defensorías formulen van a tomar como marco de referencia las normas jurídicas, incluyendo, naturalmente, sus omisiones y su aplicación. Hay que precaverse frente a la moda de situar el estudio de las políticas públicas en el centro del análisis de los Derechos Humanos (perspectiva sin duda útil para otros objetivos), pues puede acabar diluyendo el componente obligacional de los mismos. Los Derechos Humanos son, ante todo, normas exigibles y cualquier otro planteamiento nos desviaría de la cuestión fundamental.

Desde la perspectiva señalada, se comienza exponiendo la normativa internacional universal, latinoamericana y europea (capítulo I) y nacional (capítulo II) en materia de protección de la salud. Los análisis internacional y nacional se complementan de forma recíproca, pero dándose prioridad metodológica al segundo de ellos, que es el ámbito natural de actuación de las Defensorías; así por ejemplo, la sistematización temática se hizo a partir del Derecho nacional y no del internacional⁹.

Evidentemente, la exposición no es sólo la exposición de las normas sino también de su contexto histórico y social, sin perder de vista el dato de su aplicación efectiva, llamándose la atención, en caso necesario, sobre los supuestos más evidentes de distorsión entre norma y realidad. El obligado seguimiento de un esquema común, además de facilitar la posterior síntesis comparativa, pone de manifiesto las carencias del Derecho en determinados países. Téngase en cuenta que, en esta materia, como en todas las que exigen una actuación positiva de los poderes públicos, tan importante es lo regulado como lo no regulado.

A continuación, en el capítulo III se da cuenta de las actuaciones más significativas de las Defensorías relacionadas con el marco jurídico expuesto en el capítulo II. La exposición da cuenta especialmente de lo realizado en los últimos años, con la fecha de cierre del primer trimestre de 2006.

Los apartados correspondientes a cada país han sido redactados por funcionarios de las Defensorías nacionales respectivas (con la excepción de un solo consultor ex-

⁹ No fue preciso forzar demasiado las categorías típicas del Derecho internacional: una nueva muestra de la posibilidad (y la necesidad) de avanzar en la construcción de una dogmática de los Derechos Humanos que dé cuenta conjuntamente de lo nacional y lo internacional.

terno), designados en cada caso por el titular de la Institución¹⁰. Lamentablemente, en esta ocasión no fue posible lograr la participación de la Defensoría del Pueblo de Ecuador, único miembro de la Federación que no aparece en este *Informe*. Los colaboradores siguieron de forma continuada las indicaciones de método y contenido remitidas por el Director del Informe. Gracias a Internet, la comunicación entre los colaboradores y el Director fue permanente, lo que permitió el intercambio recíproco de sugerencias, que sin duda contribuyó a mejorar el resultado final del trabajo colectivo.

El tono empleado en los capítulos I, II y III del *Informe* es predominantemente descriptivo o expositivo. La Federación considera, en la línea de los Informes que anualmente sus miembros presentan a sus respectivos Parlamentos, que la valoración y crítica de la realidad y la propuesta de alternativas sólo pueden llegar, en su caso, tras el conocimiento exhaustivo y libre de prejuicios de dicha realidad. Esta opción metodológica no implica, ni mucho menos, la aceptación de lo existente ni la dejación del deber de las Defensorías de alertar sobre las vulneraciones, más o menos graves, más o menos frecuentes, a los Derechos Humanos. No hay crítica más contundente que la exposición de los datos de la realidad. Así, en el capítulo II, el señalamiento de las carencias de la legislación o de su ineficacia implica ya una denuncia evidente. También en el capítulo II se da cuenta de las críticas a la legislación que gozan de un respaldo importante, socialmente asentado o procedente de instituciones de prestigio reconocido¹¹. En el capítulo III se exponen las actuaciones de las Defensorías en materia de protección de la salud, siendo evidente que todas ellas implican por sí solas una crítica, explícita o implícita, a los poderes públicos de sus respectivos países (si la Defensoría actúa es porque algo va mal); en este capítulo, por tanto, lo que se ofrece es, si se quiere, una exposición o descripción de la crítica. Por obvias razones de respeto institucional (también para agilizar la elaboración de este *Informe*) no se solicitó a las Defensorías que introdujeran críticas a su legislación o propuestas institucionales no realizadas con anterioridad. El *Informe* se limita así a reflejar lo realizado, por considerar que la Federación debe respetar, como es obvio, el ámbito propio de actuación de sus miembros. Quien, desde una arcaica desconfianza en las instituciones, siga creyendo que la actuación de las Defensorías resulta poco efectiva, que se asome a las páginas de este *Informe* y se percatará de lo contrario.

Los capítulos II y III concluyen con una síntesis comparada de los respectivos panoramas nacionales. Creemos que la comparación, fruto del intercambio de experiencias y del diálogo sobre las soluciones adoptadas ante los mismos desafíos, es la base para el progreso común, en la línea de los objetivos fundacionales de la Federación. Precisamente es a partir de este diálogo como se formulan las recomendaciones del *Informe*.

¹⁰ Agradecemos a Carmen Ortiz y a Silvia Martín los esfuerzos realizados desde la Secretaría de Presidencia de la FIO para asegurar la buena marcha de los trabajos preparatorios de este *Informe*.

¹¹ Téngase en cuenta que el capítulo II se integra de colaboraciones de funcionarios designados por sus respectivas Instituciones pero que no han sido aprobadas oficialmente por estas. Si cada funcionario, que participa en el *Informe* en nombre de su Institución, fuera mucho más allá de lo descriptivo, sería aconsejable el respaldo explícito del titular de su Institución, lo que haría imposible el cumplimiento de los plazos establecidos. La referencia a críticas externas evita estos problemas y sirve mejor a la finalidad de evitar un tratamiento totalmente aséptico de la legislación nacional. Además, en principio, gozarán de mayor legitimidad las opiniones de instituciones de prestigio que las emitidas por una sola persona.

Por último, en vez de incluir un voluminoso anexo con la documentación más importante, se ha optado por la referencia a las páginas web de mayor interés, lo que en muchos casos tiene el valor añadido de facilitar la constante actualización y ampliación de la información; por obvias razones de espacio, las aportaciones contenidas en los capítulos I, II y III se limitan a lo esencial, sin entrar demasiado en la exposición de los detalles. Cuando los colaboradores lo consideraron conveniente, las citas a páginas web y a documentos relevantes figuran en las notas a pie de página y, en su caso, también al final de cada apartado de los capítulos I, II y III. También en el gestor documental incluido en el portal institucional de la Federación (www.portalfio.org) el lector podrá encontrar los documentos más importantes.

5. Como en años anteriores, el propósito de este *IV Informe* va mucho más allá de lo meramente informativo (descripción de la normativa aplicable y de la actuación de las Defensorías) o de lo estrictamente académico (sistematización de la información, metodología adecuada y síntesis comparada). Es más: su finalidad principal es, ante todo, contribuir a modificar una realidad considerada (con distintos grados de intensidad, como es obvio) por todos los miembros de la Federación como necesitada de importante mejoría. De ahí la trascendencia del capítulo final (Recomendaciones a los Estados), que sintetiza los anhelos de las Defensorías que componen la Federación, dando voz y forma a las demandas y necesidades de un amplio número de personas (la salud afecta a todos) cuya realidad inmediata bien conocen, gracias a su esfuerzo cotidiano en la resolución de problemas, más o menos acuciantes, más o menos graves, pero siempre con nombres y apellidos concretos.

El procedimiento de elaboración de las recomendaciones ha sido aún más participativo que el seguido en los capítulos anteriores, al abrirse eficazmente, en este solo capítulo final, a la intervención de instituciones ajenas a la Federación. Sobre una versión preliminar, elaborada por el Director del Informe a partir de la experiencia de las mismas Defensorías, los colaboradores nacionales del *Informe* y un nutrido equipo de expertos, pertenecientes a prestigiosas instituciones internacionales especializadas en Derechos Humanos o en protección de la salud (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud, Cruz Roja y Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos), al que se sumó una reputada experta en Salud Pública, realizaron comentarios y sugerencias, que fueron incorporados por el Director a un segundo borrador. Tras dar a los propios titulares de las Defensorías la posibilidad de realizar nuevas sugerencias al mismo¹², este segundo borrador fue finalmente aprobado por

¹² Concluida la fecha límite fijada por la Presidencia de la FIO, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador envió un amplio y variado grupo de sugerencias al segundo borrador, sugerencias que lamentablemente no pudieron ser incorporadas al texto definitivo. Quede, no obstante, constancia del agradecimiento de la Presidencia por esta colaboración. El sentido de la limitación en cuanto a la fecha de entrega de originales no es otro que el propósito de que el texto impreso del *IV Informe* se encuentre disponible con ocasión de los próximos Congreso y Asamblea de la FIO. La amplitud y el detalle de las sugerencias enviadas por la Procuraduría salvadoreña hubieran necesitado un reinicio del proceso de revisión técnica, lo cual hubiera demorado en exceso los tiempos de publicación. Aparte de agradecer el trabajo realizado por la Procuraduría, no dudamos de su comprensión en este aspecto. No obstante, las mencionadas sugerencias fueron remitidas a todos los miembros de la FIO y finalmente incorporadas, en fase de revisión de pruebas de imprenta, como anexo al texto definitivo.

asentimiento del Comité Directivo de la Federación, sin objeción o voto particular alguno¹³. La Federación quiere destacar especialmente esta presencia en el *Informe* de representantes de instituciones de tan marcado prestigio e importancia; aunque trabajaron a título individual, su participación resulta de especial trascendencia, como símbolo de apoyo a nuestras jóvenes Instituciones e indicio de una voluntad de colaboración, a incrementar seguramente en el futuro.

Aunque las recomendaciones hablan por sí solas, quizás no estén de más unas breves palabras sobre su filosofía subyacente. Se trata de recomendaciones a los Estados, pues se confía en éstos la mayor responsabilidad en la transformación del actual estado de cosas y no se consideró conveniente, a la vista de la naturaleza de la Federación, dirigir las a instituciones privadas o de orden internacional. Dentro del Estado, las recomendaciones se dirigen especialmente a los poderes legislativo y ejecutivo, dada la tradicional inhibición de las Defensorías en el ámbito propio del poder judicial. La ordenación de las recomendaciones se realiza, con ligeras variaciones, según los temas abordados en los capítulos anteriores, y en relación a cada una de aquellas habrá de determinarse a qué órgano se dirigen, lo que puede variar ligeramente de un país a otro. En todo caso, se trata, como resulta inevitable, de recomendaciones en cierto modo genéricas, pues no se dirigen a ningún Estado en particular. Desde luego, no resultan vinculantes para los miembros de la Federación (que carece de potestades de esa índole), pero cabe esperar que operen como fuente de inspiración de sus futuras actuaciones en la materia. Cada Defensoría sabrá el modo de concretar algo más su contenido y alcance, de cara a los poderes públicos de sus respectivos países.

Siguiendo la tónica habitual de actuación de las Defensorías, se ha pretendido elaborar un catálogo realista y, en la medida de lo posible (por cuanto se dirigen a Estados a veces muy distintos), también concreto de recomendaciones, a medio camino entre la utopía inalcanzable y el posibilismo de cortos vuelos. La Federación considera que resulta posible cumplir estas recomendaciones y, de hecho, en algunos Estados buena parte de ellas resultan innecesarias por haberse cumplido ya; de ahí el empleo, al comienzo, de la fórmula «en aquellos casos en que no hayan adoptado medidas equivalentes». Prueba de la relativa modestia de nuestras pretensiones es que alguna de las recomendaciones más avanzadas de Informes anteriores (así, la regularización de inmigrantes o la creación de un fondo para asegurar los derechos económicos de los hijos de padres separados) han sido cumplidas o están a punto de serlo en varios de nuestros países. En esta ocasión cabe apreciar el realismo, por ejemplo, en la referencia constante, expresa o implícita, al principio de progresividad en la realización del derecho o en la bipartición, tomada de la más reciente dogmática de los derechos sociales, entre contenido mínimo (como justiciable e inmediatamente exigible) y contenido adicional (disponible por el legislador) del derecho

¹³ No obstante, la Unidad de Análisis de la Defensoría del Pueblo de Venezuela propuso, en esta fase final, añadir una Recomendación 51, del siguiente tenor: «Las pruebas de anticuerpos contra el VIH no podrán practicarse sin el consentimiento libre, expreso y manifiesto de la persona que será sometida al examen. No podrá exigirse como requisito a las solicitudes de trabajo o para continuar con la actividad laboral; para ingresar en los centros de educación básica, media, diversificada y superior; para dispensar los servicios en salud y en general en todas aquellas situaciones tendentes a limitar el libre ejercicio de los Derechos Individuales, Sociales, Económicos, Políticos y Culturales. Se deberá evitar que las pruebas de detección de anticuerpos del VIH se apliquen en forma arbitraria o indiscriminada y que sus resultados puedan ser utilizados para discriminar a las personas en el lugar de trabajo, los centros de educación, centros de salud y la comunidad en general».

a la protección de la salud. En relación con los temas políticamente más discutidos (como la privatización y liberalización del sector sanitario) han preferido adoptarse posturas conciliadoras y matizadas, con el fin no sólo de obtener el mayor consenso posible dentro de la propia Federación, sino también de presentar un documento que pudiera ser aceptado también en otros ámbitos. Con sinceridad creemos que el texto (cuya legitimidad política es indudable, al contar con el apoyo de dieciocho Instituciones nacionales de designación parlamentaria) finalmente aprobado, y que cierra las páginas de este Informe, puede ser útil para el trabajo cotidiano de otras Instituciones, públicas o privadas, relacionadas con la protección de la salud.

Por último, llamamos la atención sobre tres puntos de esencial importancia para la vida de la Federación: en primer lugar, la configuración progresiva de una suerte de cuerpo doctrinal propio, dada la intersección material entre los cuatro Informes realizados hasta ahora, que se traduce en concretas referencias, en las recomendaciones de este *IV Informe* (así, en las núm. 38 a 41) a las realizadas en los anteriores, en una buena muestra de la unidad característica de lo que viene denominándose el sistema de los derechos. En segundo lugar, de cara al futuro, la necesidad de consolidar un sistema de seguimiento periódico de las recomendaciones de años anteriores, como una forma de evitar que nuestros Informes se queden en un mero ejercicio intelectual¹⁴ o en una tarea totalmente inútil. No se pretende otra cosa que, en línea con nuestro mandato estatutario, seguir trabajando en la constante promoción del respeto a los Derechos Humanos, siempre en la línea de avanzar sobre lo realizado, evitando tener que comenzar de nuevo cada día. En esta misma dirección, en tercer lugar, convendría establecer un mecanismo de difusión del *Informe*, a nivel nacional e internacional, contando para ello, como no podía ser de otra manera, con la activa colaboración de los miembros de la Federación y de las instituciones internacionales que comparten, directa o indirectamente, los mismos objetivos. Al igual que sucede con los Informes que anualmente las Defensorías presentan en sus respectivos Parlamentos (aunque en esta ocasión sin fundamento legal), el seguimiento de las recomendaciones dependerá de su intrínseca bondad, pero también, y quizás sobre todo (en una sociedad dominada por los medios de comunicación), de nuestra capacidad para dar a conocerlas en los lugares oportunos.

¹⁴ Tampoco se trata de convertir las recomendaciones en normas vinculantes para los Estados, algo que resultaría difícil, por su generalidad, y que en todo caso no está previsto ni en los Estatutos de la Federación ni en el Derecho propio de los países miembros.

I. PANORAMA INTERNACIONAL

1. DERECHO INTERNACIONAL UNIVERSAL*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general: 1.1.1 *Consagración convencional*. 1.1.2 *Instrumentos no convencionales*. 1.2 Instituciones: 1.2.1 *Órganos convencionales*. 1.2.2 *Órganos principales y subsidiarios de la ONU*. 1.2.3 *Organismos especializados*. 1.2.4 *Organismos especiales*. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, financiación y objetivos de la OMS. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud: 3.1.1 *Pobreza*. 3.1.2 *Seguridad e higiene laboral*. 3.1.3 *Medio ambiente*. 3.1.4 *Consumo (Alimentación)*. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS Y OBLIGACIONES INTERNACIONALES: 4.1 Derechos: 4.1.1 *Derecho a la asistencia sanitaria*. 4.1.2 *Derecho al medicamento*. 4.1.3 *Otros derechos*. 4.2 Obligaciones internacionales: 4.2.1 *Obligaciones de los Estados hacia las personas bajo su jurisdicción*. 4.2.2 *Obligaciones frente a la comunidad internacional*. 4.2.3 *Incumplimiento de las obligaciones estatales*. 4.2.4 *Obligaciones de los actores no estatales*. 5. GARANTÍAS: 5.1 Penales: 5.1.1 *Jurisdicción internacional*. 5.1.2 *Jurisdicción nacional*. 5.1.3 *Jurisdicción universal*. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Procedimiento de control internacional. 5.4 Recursos internos. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Los pobres y otros grupos vulnerables. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Discapacidad. 7.2 Salud mental. 7.3 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET. 10. ESTADO DE RATIFICACIÓN DE LOS TRATADOS.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El derecho a la salud está reconocido en numerosos instrumentos de Derecho internacional adoptados en el sistema de Naciones Unidas (ONU)¹,

* **Abreviaturas:** BM = Banco Mundial; CDH = Comité de Derechos Humanos; CDESC = Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; CDN = Comité de Derechos del Niño; CEDAW = Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer; CEDR = Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial; DUDH = Declaración Universal de Derechos Humanos; FAO = Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; PIDCP = Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; PIDESC = Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; OG = Observación General; OMC = Organización Mundial del Comercio; OMS = Organización Mundial de la Salud; ONU = Organización de las Naciones Unidas; OIT = Organización Internacional del Trabajo; OPS = Organización Panamericana de la Salud; RG = Recomendación General; UNESCO = Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; UNICEF = Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; VIH/SIDA = Síndrome de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

¹ El derecho a la salud es objeto de atención no sólo en el ámbito universal, también lo es en los ámbitos regionales. No obstante, la cita preceptiva de los instrumentos americanos y europeos están ubicados en los apartados dedicados a América Latina y Europa. En estos momentos sólo será citada la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981, toda vez que la misma no será objeto de consideración. La precitada Carta establece: «1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible. 2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las me-

aunque también al margen de esta Organización en relación con los conflictos armados².

En virtud de la Carta de la ONU, la Organización se compromete a «la solución de problemas internacionales de carácter... sanitario, y de otros problemas conexos...» (art. 55.b), y los Estados miembros a adoptar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para la realización de tales propósitos (art. 56). Como quiera que uno de los compromisos que asumió la ONU fue el sanitario, pronto se instituyó la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, que procedió a definir la salud en su Tratado fundacional como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades» (Preámbulo).

Por su parte, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (DUDH) proclamó: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios» (art. 25).

1.1.1 El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) codificó⁴ el derecho a la salud que había sido proclamado en la DUDH. El PIDESC, en el artículo 12.1, establece: «Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental». Dado que en virtud de la mencionada disposición los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas, incluso legislativas, para la efectividad del derecho reconocido, es por lo que con carácter enunciativo se refiere a las que los Estados deben adoptar (art. 12.2)⁵ medidas cuya finalidad es garantizar el ejercicio del derecho 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» (art. 2.2).

didias necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando estén enfermos» (art. 16).

² Varios tratados destinados a proteger a las víctimas de los conflictos armados contienen disposiciones relacionadas con la salud: III Convenio de Ginebra relativo al trato debido al prisionero de guerra de 1949 en el que hay disposiciones destinadas a preservar y garantizar el derecho a la salud del prisionero de guerra (arts. 15, 21, 25, 26, 30, 46, 70, 98, 108, 109 y 110). Algo similar ocurre con el IV Convenio de Ginebra de 1949 destinado a la protección de las personas civiles en tiempo de guerra de 1949 (arts. 38, 76, 81, 85, 89, 91, 92, 99, 119, 120, 125 y 127): http://www.icrc.org/web/spa/sitespa0.nsf/iwpList2/Info_resources:IHL_databases#listanchor2.

³ La OMS fue creada el 7 de abril de 1948. <http://www.who.int/es/index.html>. Su objetivo, como establece su Constitución, es que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr. Sin perjuicio del organigrama interno de la OMS, la misma funciona de forma descentralizada a través de Oficinas Regionales por áreas geográficas: África, América (en la Organización Panamericana de la Salud), Asia sudoriental, Europa, Mediterráneo oriental y Pacífico Occidental. <http://www.who.int/about/es/>. En la actualidad son 192 los Estados miembros de la OMS y cada Estado tiene un representante en la Asamblea Mundial de la Salud, órgano plenario de la misma.

⁴ Los tratados de derechos humanos que serán citados están disponibles en: <http://www.ohchr.org/spanish/law/index.htm>.

⁵ Las medidas son las siguientes: «a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad» (art. 12.2).

En su Observación General 14⁶ (OG-14), el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁷ (CDESC) ha hecho notar que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, pues el artículo 12.1 del PIDESC tiene en cuenta «tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona, como los recursos con que cuenta el Estado». Ha precisado que un Estado «no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano», toda vez que «los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona». Por ello precisa que el derecho a la salud debe entenderse «como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud» (OG-14, § 8 y § 9).

Además, afirma el CDESC, el derecho a la salud entraña derechos y libertades. Entre los *derechos* figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud. Y entre las *libertades* el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consentidos (OG-14, § 8).

Sin perjuicio de lo anterior, en la ONU también han sido adoptados tratados de derechos humanos de carácter sectorial que se ocupan del derecho a la salud. A tales efectos cabe mencionar dos tratados relacionados con la no discriminación: Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de 1965⁸, y Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de 1979⁹.

Por su parte, la Convención sobre Derechos del Niño de 1989 contiene diversas disposiciones relacionadas con el derecho a la salud del niño (arts. 25, 32 y 39), aunque es el artículo 24.1 el que reconoce con carácter general el derecho a la salud¹⁰. Y la Convención Internacional sobre el derecho de los trabajadores migrato-

⁶ ONU, Doc. E/C.12/2000/14, de 11 de agosto de 2000.

⁷ Fue instituido por el Consejo Económico y Social de la ONU mediante la Resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, para desempeñar las funciones de supervisión asignadas a dicho Consejo por la parte IV del PIDESC.

⁸ Reconoce el derecho «a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales» (art.1.e.iv).

⁹ Reconoce el derecho «a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción» (art. 11.1.f), y el artículo 12 reconoce el derecho a la salud de la mujer y prohíbe la discriminación en relación con la misma. El CEDAW en su Recomendación General 24 (RG-24) se centra en especificar el contenido de las obligaciones asumidas por los Estados Partes para que las mujeres gocen su derecho a la salud de forma efectiva. Aunque considera que las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, precisa que hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres (RG-24, §§ 6 y 12).

¹⁰ En virtud del artículo 24.1 los Estados Partes «reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud». El Comité de Derechos del Niño (CDN) en su Observación General 4 (OG-4) ha afirmado que el derecho a la salud tiene un sentido más amplio que el estrictamente derivado de las disposiciones contenidas en el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño (§ 4), por ello en la precitada observación se ha ocupado de forma holística del derecho a la salud de los adolescentes y en otra posterior (Observación General 7) del derecho a la salud en la primera infancia.

rios y los miembros de sus familias de 1990 contiene asimismo una serie de disposiciones relacionadas con el derecho a la salud (arts. 28, 43.1.e y 45.1.c).

También hay que hacer mención a diversos tratados adoptados en la Organización Internacional del Trabajo¹¹ (OIT): Convenio (155)¹² sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores de 1981¹³, completado por el Convenio (161) sobre los Servicios de Salud en el Trabajo de 1985. Otros tratados de la OIT están destinados a la protección del derecho a la salud en relación con determinados colectivos de trabajadores¹⁴. Además, en la OIT ha sido adoptado el Convenio (169) sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1989, en el que el derecho a la salud es objeto de varias disposiciones (arts. 7, 20 y 25)¹⁵.

1.1.2 Además de tratados internacionales citados, hay que hacer notar que en relación con el derecho a la salud han sido adoptadas declaraciones, algunas de carácter general, otras de carácter sectorial. Estas últimas serán citadas en un momento posterior. Entre las declaraciones de carácter general cabe mencionar: Declaración de Alma-Ata¹⁶ (1978), por ser la primera que se ocupó en Derecho internacional contemporáneo del derecho a la salud y particularmente de la atención primaria de la salud; Declaración y Programa de Acción de Viena¹⁷ (1993); y Declaración del Milenio (2000) y, en concreto, «Los Objetivos de Desarrollo del Milenio»¹⁸ en el que tres de los ocho objetivos están relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil (4º), mejorar la salud materna (5º) y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (6º).

1.2 En el sistema de la ONU, la salud ocupa un lugar primordial pues es objeto de atención por los órganos convencionales, los órganos principales o subsidiarios, los organismos especializados y otros órganos especiales.

1.2.1 El CDESC ha precisado y dado contenido al artículo 12 del PIDESC, que reconoce el derecho a la salud a través de su Observación General 14 (OG-14)¹⁹. Aunque la precitada OG-14 sea esencial, hay que tener presente que la mayoría de

¹¹ El texto de los tratados citados está disponible en: <http://www.oit.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm>.

¹² Ha sido en parte modificado por su Protocolo de 2002.

¹³ Dispone que: «Todo Miembro deberá (...) poner en práctica y examinar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente en el trabajo» (art. 4).

¹⁴ Convenio (166) sobre la salud y asistencia médica de los trabajadores en el mar de 1987; Convenio (167) sobre la seguridad y la salud en la construcción de 1988; Convenio (176) sobre la seguridad y la salud en las minas de 1995; Convenio (183) sobre la protección de la maternidad de 2000 (destinado a proteger la salud de las trabajadoras gestantes, así como de madres de lactantes); Convenio (184) sobre la seguridad y la salud en la agricultura de 2001.

¹⁵ <http://www.oit.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm>.

¹⁶ <http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/declaracionalmaata.pdf>.

¹⁷ <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>.

¹⁸ <http://www.who.int/mdg/es/>

¹⁹ Como quiera que el derecho a la salud está interrelacionado con otros derechos, es por lo que alusiones o concreciones al derecho a la salud existen en otras observaciones generales del CDESC: Observación General 4, de 13 de diciembre de 1991 sobre el derecho a una vivienda adecuada (§ 8); Observación General 12, de 12 de mayo de 1999 sobre el derecho a una alimentación adecuada (§ 25); y Observación General 15, de 20 de enero de 2003 sobre el derecho al agua (§§ 1, 3, 6, 8, 12, 13, 29

los órganos convencionales instituidos en los tratados de Derechos Humanos adoptados en la ONU han realizado precisiones y concreciones en relación con el derecho a la salud. A tales efectos cabe mencionar: Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR)²⁰; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)²¹; y Comité de Derechos del Niño (CDN)²².

1.2.2 En la Resolución 58/173, de 10 de marzo de 2004, por primera vez la Asamblea General de la ONU se ocupó del derecho a la salud en sentido estricto. Más recientemente en la Resolución 60/35, de 8 de febrero de 2006, reconoce que la salud es fundamental para la consecución de los Objetivos del Desarrollo del Milenio²³.

La Comisión de Derechos Humanos (recién desaparecida) se venía ocupando del derecho a la salud desde 1989 (Resolución 1989/1), pero cabe destacar la Resolución 2002/31, de 20 de abril de 2002, en la que instituyó un órgano *ad hoc*, un Relator Especial al que atribuyó competencias para promover el derecho de toda persona al disfrute al más alto nivel posible de salud física y mental. El Relator sobre el derecho a la salud presenta anualmente un Informe sobre las actividades llevadas a efecto en el ejercicio de su mandato, en el que los Objetivos de Desarrollo del Milenio ocupan un lugar fundamental²⁴. Hasta el momento el Relator ha prestado especial atención a la relación entre pobreza y derecho a la salud, al problema que suscitan las enfermedades descuidadas, al VIH/SIDA, las enfermedades mentales, la salud infantil, la salud sexual y reproductiva, y al éxodo de profesionales de la salud. Su análisis está articulado sobre la base del principio de no discriminación en tanto que obligación de efecto inmediato para los Estados Miembros de la ONU, a pesar de que el derecho en sí mismo considerado es de realización progresiva²⁵.

y 44). También hay que tener presente que el CDESC ha realizado referencias al derecho a la salud al ocuparse de grupos vulnerables (personas con discapacidad: Observación General 5, de 9 de diciembre de 1994, § 34; y personas mayores: Observación General 6, de 8 de diciembre de 1995, §§ 34-35), al derecho a la igualdad (entre el hombre y la mujer: Observación General 16, de 11 de agosto de 2005, § 29), y respecto de las consecuencias de las sanciones económicas: Observación General 8, de 12 de diciembre de 1997.

²⁰ Ha realizado recomendaciones sobre el derecho a la salud en relación con la discriminación de los romaníes (Recomendación General XXVII, de 16 de agosto de 2000), así como respecto de la discriminación basada en la ascendencia (Recomendación General XXIX, de 1 de noviembre de 2002).

²¹ Recomendación General 24 (RG-24), de 2 de febrero de 1999, sobre la mujer y la salud; y Recomendación General 15 (RG-15), de 3 de febrero de 1990, sobre la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva contra la SIDA. Y ello sin perjuicio de las alusiones y concreciones al derecho a la salud en relación con la circuncisión femenina (Recomendación General 4, de 2 de febrero de 1990), violencia contra la mujer (Recomendación General 19, de 29 de enero de 1992) y mujeres con discapacidad (Recomendación General 18, de 4 de enero de 1991).

²² Observación General 4 (OG-4), de 21 de julio de 2003, sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre Derechos del Niño; y Observación General 3 (OG-3), de 17 de marzo de 2003, sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño. Asimismo cabe mencionar la Observación General 7, de 14 de noviembre de 2005, sobre la realización de los derechos del niño en la primera infancia (§§ 8, 10, 12, 23, 24, 25, 26, 27, 36 y 38) y Observación 6, de 1 de septiembre de 2005, relativa a los menores no acompañados y separados de sus familias fuera del país de origen (§§ 22, 40 y 46).

²³ <http://objetivosdelmilenio.isf.es/objetivosmilenio.pph>.

²⁴ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004.

²⁵ <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/index.htm>.

1.2.3 La OMS, como ha sido señalado, es el Organismo Especializado de la ONU que tiene competencias específicas en materia de salud; de ahí que trabaje en la mayoría de las áreas relacionadas con la salud²⁶: aspectos del agua²⁷, alerta y respuestas ante epidemias y pandemias²⁸, cáncer²⁹, capacidad de respuesta a los problemas de salud³⁰, niños y adolescentes³¹, VIH/SIDA³², enfermedades por transmisión sexual³³, vigilancia de las enfermedades no transmisibles³⁴, acción sanitaria en las crisis³⁵, género y salud de la mujer³⁶, reducción de los riesgos del embarazo³⁷, salud reproductiva³⁸, salud mental³⁹, salud y derechos humanos⁴⁰, globalización, comercio y salud⁴¹, problemas relacionados con la gripe aviar⁴². Y ello sin perjuicio de que desde el año 2001 preste atención especial a los «Objetivos de Desarrollo del Milenio» en tanto que tres de los mismos, como ha sido señalado, se ocupan de problemas de salud⁴³.

A partir de 1995 la OMS publica un Informe anual sobre la «Salud en el Mundo»⁴⁴ en los que se ha ocupado de la pobreza (1995⁴⁵), las enfermedades infecciosas (1996⁴⁶), las enfermedades no transmisibles (1997⁴⁷), la experiencia de 50 años

²⁶ <http://www.who.int/topics/es/>

²⁷ http://www.who.int/water_sanitation_health/es/

²⁸ <http://www.who.int/csr/es/>

²⁹ <http://www.who.int/cancer/es/>

³⁰ <http://www.who.int/responsiveness/es/>

³¹ <http://www.who.int/child-adolescent-health/>

³² http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

³³ http://www.who.int/std_diagnostics/

³⁴ http://www.who.int/ncd_surveillance/es/

³⁵ <http://www.who.int/hac/es/>

³⁶ <http://www.who.int/gender/es/>

³⁷ http://www.who.int/making_pregnancy_safer/es/

³⁸ <http://www.who.int/reproductive-health/>

³⁹ http://www.who.int/mental_health/es/

⁴⁰ <http://www.who.int/hhr/es/>

⁴¹ <http://www.who.int/trade/es/>

⁴² http://www.who.int/mediacentre/factsheets/avian_influenza/es/

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTTEMAS/EXTTOPHEANUTPOPINSPA/EXTTOPAVIFLUINSPA/0,contentMDK:20785933-menuPK:1811988-pagePK:64168445-piPK:64168309-theSitePK:1811953,00.html>

⁴³ http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&query=Objetivos+de+Desarrollo+del+Milenio

Vid. el Informe de la OMS titulado «La Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005 mantengamos la promesa»:

http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf

⁴⁴ <http://www.who.int/publications/en> los Informes de 1995 a 1999, no están disponibles en español, aunque sí en francés e inglés. A partir del año 2000 los Informes están en español.

⁴⁵ En el Informe de 1995, la OMS pone de manifiesto que la pobreza ejerce su influencia destructiva y a menudo mortal en todas las etapas de la vida y señala que existen en el mundo diferencias cada vez mayores entre ricos y pobres y entre los que tienen acceso a la atención de salud y los que no. Ante tal situación describe los esfuerzos desplegados por la OMS para contribuir a reducir las desigualdades en materia de salud mundial.

⁴⁶ Las enfermedades infecciosas (tanto las conocidas como las nuevas), hace notar la OMS, constituyen la primera causa de muerte prematura a nivel mundial, por lo que examina los modos de transmisión y hace un llamamiento para que se redoblen los esfuerzos y se aporten recursos adicionales para combatirlos y contribuir así a reducir la pobreza y a fomentar el desarrollo.

⁴⁷ En el Informe de 1997, la OMS precisa que las enfermedades no transmisibles se propagan rápidamente entre las poblaciones más pobres, de ahí que señale que tales enfermedades combinadas con las infecciosas imponen a los países en desarrollo una doble carga de morbilidad. Para combatir la si-

y los logros conseguidos (1998 y 1999⁴⁸), las aclaraciones conceptuales sobre el funcionamiento de los sistemas de salud (2000⁴⁹), la salud mental (2001⁵⁰), los riesgos de morbilidad, discapacidad y mortalidad para la salud humana (2002⁵¹), la situación sanitaria mundial (2003⁵²), la estrategia global contra el VIH/SIDA (2004⁵³), la mortalidad materno infantil (2005⁵⁴) y la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo (2006⁵⁵).

Pero que sea la OMS el Organismo Especializado de la ONU en materia de salud no significa que otros organismos no se vengan ocupando de esta materia en el área de sus respectivas actividades. A tales efectos cabe mencionar: OIT⁵⁶; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)⁵⁷, Orga-

tuación apuesta por una actuación integrada y global que tenga en cuenta todos los determinantes de la mala salud.

⁴⁸ El Informe de 1998 (coincide con el cincuentenario de la OMS), hace un repaso a las tendencias sanitarias registradas durante los cinco decenios anteriores y las enseñanzas extraídas en ese período. Incluye previsiones de la esperanza de vida hasta el año 2025, las condiciones sanitarias y la esperanza para mejorarla. Y en el Informe de 1999, tras hacer una descripción de los logros alcanzados en el siglo XX y los desafíos para el siglo XXI, afirma que la salud debe ocupar un lugar central dentro del programa mundial del desarrollo, subrayando además la adhesión de la OMS a ese objetivo.

⁴⁹ La OMS realiza una serie de consejos prácticos relativos a cómo evaluar y lograr mejoras con los recursos disponibles.

⁵⁰ La salud mental (desatendida durante demasiado tiempo) es considerada por la OMS como fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países, por lo que propugna una serie de medidas para acabar con la discriminación y la estigmatización, así como para asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamientos eficaces.

⁵¹ El Informe de 2002 precisa que la carga se podría reducir en los próximos 20 años mediante la atenuación de los factores de riesgo.

⁵² Conseguir mejoras sanitarias, afirma la OMS, es un objetivo alcanzable con la colaboración de los gobiernos, las instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil a fin de crear sistemas de salud más robustos.

⁵³ La OMS se ocupa de la estrategia global contra el VIH/SIDA que combine prevención, tratamiento, atención y apoyo a largo plazo. Afirma que la comunidad internacional tiene la oportunidad sin precedentes para cambiar el rumbo de la pandemia y fortalecer al mismo tiempo los sistemas de salud, lo que reportaría beneficios duraderos para todos.

⁵⁴ El Informe de 2005 señala que en dicho año casi 11 millones de niños menores de cinco años fallecerán (de ellos 4 millones no vivirán más de un mes) por causas en gran medida previsibles y que más de medio millón de mujeres morirán durante el embarazo o el parto, o poco después. Advierte que si se desea reducir ese enorme tributo en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es necesario garantizar a cada madre y a cada niño el derecho a acceder a la atención sanitaria desde el embarazo, pasando por el parto y período neonatal, hasta la niñez.

⁵⁵ El Informe de 2006 presenta una evaluación realizada por expertos acerca de la crisis de personal sanitario que atraviesa el mundo, así como varias propuestas ambiciosas para abordar ese problema a lo largo de los próximos diez años, empezando a actuar de inmediato. Además revela que, según las estimaciones, existe un déficit de casi 4,3 millones de médicos, parteras, enfermeras y trabajadores auxiliares en todo el mundo. Donde mayor gravedad reviste esa escasez es en los países más pobres, sobre todo en el África subsahariana, precisamente donde mayor es la necesidad de trabajadores sanitarios. El Informe traza un plan de acción a diez años en cuyo marco los países pueden conformar su fuerza laboral sanitaria con el apoyo de los asociados mundiales.

⁵⁶ Creada en 1919 en el Tratado de Paz de Versalles y que en 1946 se convirtió en Organismo Especializado de la ONU: <http://www.oit.org>. La OIT se ocupa del tema relacionado con la salud, no sólo adoptando tratados internacionales a los que se ha hecho referencia, sino que la Conferencia General (órgano plenario de dicha Organización) desde 1953 viene adoptando resoluciones relacionadas con la salud de los trabajadores:

<http://www.oit.org/ilolex/spanish/recdisp1.htm>

⁵⁷ Fue creada en 1945. Su lema es la paz, que no es simplemente la ausencia de conflictos: <http://www.unesco.org/>. Desde hace años la UNESCO se viene ocupando de temas relacionados con

nización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)⁵⁸. Y en este contexto resulta oportuno destacar a la Organización Mundial del Comercio (OMC)⁵⁹ que en el año 2001 consideró la necesidad de flexibilizar el mercado farmacéutico (VIT/MAIN(01)DEC/2)⁶⁰. Por su parte, el Banco Mundial (BM)⁶¹, en el marco de su competencia (reducir la pobreza), también se viene ocupando de la salud⁶². En relación con América Latina y Caribe (abril de 2004), el BM puso de manifiesto que dicha región había hecho avances notables en el campo de la salud en los últimos años, pero que la desigualdad y la exclusión seguían siendo grandes desafíos para mejorar aún más los resultados y ayudar a la región a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁶³. Lo cierto es que el BM canalizó el 27% de sus créditos en el ejercicio fiscal 2003 para dar apoyo al sector de la salud y de los servicios sociales que son críticos para tales países⁶⁴.

Por último señalar que los Objetivos del Desarrollo del Milenio han centrado un Informe preparado conjuntamente por el BM y el Fondo Monetario Internacional⁶⁵ destinado al seguimiento de tales Objetivos. En dicho Informe se hace notar que es probable que ninguna de las regiones del mundo logre alcanzar la meta internacional de reducir en un tercio la cantidad de muertes infantiles de aquí al año 2015⁶⁶. Quizás por ello ha sido presentada una nueva alianza (marzo de 2006) para

la salud, entre otros, la nutrición saludable, la política farmacéutica al servicio de los intereses de la salud, la salud escolar efectiva, salud e higiene, agua y salud. Y ello sin perjuicio de la acción especial que ha emprendido contra el VIH/SIDA:

http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=3898&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html.

⁵⁸ Desde que fue creada en 1945 conduce las actividades internacionales encaminadas a erradicar el hambre y ha prestado especial atención al desarrollo de las zonas rurales, donde vive el 70% de la población mundial pobre y que pasa hambre: <http://www.fao.org>. También se viene ocupando de temas relacionados con la salud en el área de sus competencias, consecuentemente, de la incidencia que en la salud tienen los alimentos tanto de origen animal como vegetal: <http://search.fao.org/open-search?query=salud&hitsPerPage=10&start=0&rss=false&lang=es&printFriendly=false>.

⁵⁹ Creada en 1995: <http://www.wto.org/>

⁶⁰ Lo llevó a efecto mediante Decisión del Consejo General el 30 de agosto de 2003 a fin de que los países productores de copias genéricas de medicamentos patentados con licencia obligatoria pudieran exportar medicamentos a los países con escasa o ninguna capacidad de fabricación; flexibilización que se ha transformado en permanente en el año 2005 (PRESS/426 de 6 de diciembre). Tales actuaciones tienen por finalidad hacer frente a los problemas de salud, sobre todo en relación con los países en desarrollo, como se puso de manifiesto en la Conferencia Ministerial de Hong-Kong (2005) de la OMS: http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min05_s/min05_s.htm.

⁶¹ <http://www.bancomundial.org/>

⁶² El BM considera que proporcionar servicios básicos de salud y nutrición a los pobres es un elemento decisivo en la lucha contra la pobreza y fomenta el crecimiento económico. Y aunque señala que en muchos países se han conseguido logros importantes, aún quedan muchos problemas por resolver. La mejora de las políticas y las instituciones –dentro y más allá del sector salud– resulta crucial para acelerar el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Asimismo, el gasto en salud requiere de una mejor selección de los objetivos respecto a los pobres y grupos marginados si se quiere reducir las desigualdades extremas en la prestación de salud: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20191754-menuPK:34465-pagePK:34370-piPK:34424-theSitePK:4607,00.html>.

⁶³ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20191754-menuPK:34465-pagePK:34370-piPK:34424-theSitePK:4607,00.html>.

⁶⁴ <http://Inweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid2ndLanguage/DD6A8830F05B97EA85256C60005D8B75?Opendocument>.

⁶⁵ Global Monitoring Report, 2004: <http://siteresources.worldbank.org/GLOBALMONITORINGEXT/Resources/DC2004-0006.pdf>.

⁶⁶ <http://www.bancomundial.org/temas/omd/camino.htm>.

mejorar la salud infantil⁶⁷, toda vez que uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es reducir la mortalidad infantil (objetivo 4º).

1.2.4 Además de los organismos especializados aludidos, dos fondos de la ONU son del mayor interés a los efectos que nos ocupa: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF⁶⁸) y Fondo relativo al Desarrollo de la Mujer (UNIFEM⁶⁹). Y ello sin perjuicio de las actividades del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR⁷⁰) y del Foro Permanente de las Naciones Unidas para cuestiones indígenas (UNPFII⁷¹).

El UNICEF, desde su creación en 1946, se ocupa por mejorar la salud infantil en todo el mundo⁷², constituyendo esto uno de sus principales objetivos⁷³. La inmunización, la rehidratación por vía oral como medio para salvar la vida de lactantes afectados de diarrea grave, la promoción y protección de la lactancia materna, la lucha contra el VIH/SIDA⁷⁴, el suministro de suplementos de micro-nutrientes y la educación sanitaria, han constituido sus tareas fundamentales en el campo de la salud. Y desde el año 2000 viene prestando especial atención a la reducción de la mortalidad infantil en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (4º objetivo)⁷⁵.

Por su parte, todas las áreas de trabajo del UNIFEM tienen relación con el derecho a la salud (pobreza, violencia, género); sin embargo, y de forma particular, cabe destacar su lucha por contrarrestar la propagación del VIH/SIDA entre las mujeres (tanto adultas como adolescentes)⁷⁶. Y ello sin perjuicio de que en los últimos años se venga ocupando asimismo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relaciona-

⁶⁷Alianza en la que participa la Red Global de Aprendizaje para el Desarrollo (GDLN), Medical Missions for Children (MMC) y el BM. La finalidad es reducir la creciente brecha de conocimientos entre el Norte y el Sur en un esfuerzo en pos de satisfacer de la mejor manera posible las necesidades médicas de niños que sufren de enfermedades catastróficas en América Latina y el Caribe. Se hace notar que gracias a la ampliación de la nueva Red Mundial de Enseñanza y Telemedicina (GTTN), plataforma de comunicaciones satelital y basada en Internet, la GDLN y la MMC podrán mejorar el tratamiento entregado en tiempo real a niños enfermos graves ubicados en lugares remotos: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/NEWSPANISH/0,contentMDK:20857421-menuPK:51191012-pagePK:34370-piPK:34424-theSitePK:1074568,00.html>.

⁶⁸ Cada año publica un informe anual: http://www.unicef.org/spanish/publications/index_27262.html.

⁶⁹ Fue creado en 1976 (Resolución 39/135 de la Asamblea General), como respuesta de las organizaciones de mujeres y de los gobiernos presente en la Primera Conferencia sobre la Mujer, celebrada en ciudad de México en dicho año: <http://www.unifem.org/>

⁷⁰ El ACNUR en las *Directrices sobre protección y cuidado de los niños refugiados* de 1995 (Capítulo 10) se ocupa de la salud y la nutrición (<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0098.pdf>), como también lo hace en la *Guía para las mujeres refugiadas* (<http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0248.pdf>). Y ello sin perjuicio del *Manual para las situaciones de emergencia relacionado con la salud* (Capítulo 14) relativo a los refugiados: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1663.pdf>.

⁷¹ <http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/es/index.html>.

⁷² http://www.unicef.org/spanish/publications/index_pubs_health.html.

⁷³ Unos niños y niñas sanos, afirma el UNICEF, serán adultos sanos, personas capaces de labrar un futuro mejor para ellos mismos, su comunidad y su país: <http://www.unicef.org/spanish/health/index.html>.

⁷⁴ <http://www.unicef.org/spanish/search.php?q=VIH%2FSIDA>.

⁷⁵ El UNICEF dedica sus esfuerzos diarios a ofrecer soluciones prácticas a aquellas mujeres, niños y niñas que se hallan en situación de máximo riesgo, toda vez que es consciente de lo que supone garantizar la supervivencia y la salud de las mujeres y la infancia. También mantiene una amplia presencia sanitaria y alianzas con gobiernos y organizaciones no gubernamentales, tanto a escala nacional como local, conociendo las causas de la mortalidad infantil.

⁷⁶ http://www.unifem.org/gender_issues/hiv_aids/

dos con sus actividades⁷⁷. El Instituto Internacional de Investigación y Capacitación de la Mujer (INSTRAW)⁷⁸ también dedica atención especial a temas relacionados con la salud de la mujer⁷⁹.

1.3 El CDESC se ha referido a los planes nacionales de salud y en este contexto ha observado que «deberán respetarse, entre otros, los principios relativos a la no discriminación y la participación del pueblo», y «los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los Derechos Humanos, incluido el derecho a la salud» (OG-24, § 54). Y ha considerado que los Estados deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a una estrategia nacional de salud⁸⁰ que establezca «mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud»⁸¹.

Al margen de las recomendaciones del CDESC en lo que a los planes nacionales de salud respecta, hay que hacer notar que la OMS lanzó un Plan de Acción para proteger la salud en las zonas de África occidental golpeadas por la guerra (febrero de 2003)⁸², y otro Plan para reactivar el sistema de salud iraquí (mayo de 2003)⁸³. En el año 2003, la OMS lanzó la estrategia «3 por 5» a los efectos de combatir el SIDA⁸⁴. En marzo de 2005 presentó el Plan mundial de preparación para una pandemia de influenza (gripe aviar)⁸⁵ y en septiembre de 2005 (junto a otros asociados⁸⁶) lanzó un nuevo Plan de inmunización de emergencia para proteger al cuerno de África tras la confirmación de un caso de poliomielitis en Somalia⁸⁷. Por último señalar que en el Informe sobre la Salud en el Mundo (2006) se incluye un Plan de Acción para el decenio 2006-2015 a fin de hacer frente a la crisis del personal sanitario a nivel mundial y sobre todo en los países pobres⁸⁸.

⁷⁷ http://www.unifem.org/gender_issues/millennium_development_goals/

⁷⁸ <http://www.un-instraw.org/es/>

⁷⁹ <http://www.un-instraw.org/en/index.php?option=content&task=view&id=896>.

⁸⁰ El CDESC ha precisado que las estrategias nacionales de salud «deben identificar los pertinentes indicadores y bases de referencia del derecho a la salud» y que los Estados «podrán obtener una orientación respecto de los indicadores pertinentes del derecho a la salud —que permitirán abordar los distintos aspectos de ese derecho— de la labor que realiza al respecto la OMS» (OG-24, § 57).

⁸¹ Dichas estrategias y planes, ha precisado el CDESC, deben contener «disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación». (OG-14, § 56). Y en este contexto hay que tener presente que en el Capítulo VII del Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), la OMS señala que es necesario mejorar los sistemas de información sanitaria a nivel local, nacional e internacional.

⁸² El Plan se basa en tres pilares: la mejora de la coordinación, las evaluaciones de salud con vigilancia de la morbilidad, y una respuesta de salud pública de emergencia. Los actuales mecanismos de coordinación de las intervenciones de salud son muy débiles: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr10/es/>

⁸³ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr36/es/>

⁸⁴ <http://www.who.int/whr/2004/chapter2/es/index3.html>.

⁸⁵ WHO/CDS/CSR/GIP/2005.5: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/vir-flu-plan-mundial-oms.pdf>.

⁸⁶ Asociación Rotaria Internacional, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos de América y UNICEF.

⁸⁷ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr42/es/>

⁸⁸ http://www.who.int/whr/2006/whr06_overview_es.pdf.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 En el capítulo VII del Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), la OMS analiza a nivel mundial los problemas que plantea el sistema sanitario⁸⁹. Lo hace desde el punto de vista de los principios para una atención integrada, las medidas financieras y el principio pro equidad, a los efectos de determinar unos objetivos.

a) *Principios para una atención integrada.* Si se quieren afrontar los retos para la salud mundial, afirma la OMS, «es necesario reforzar los sistemas de salud» que abarcan, «todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud»⁹⁰. Afirma que pese a las reformas sanitarias de las últimas décadas, «no se ha progresado lo suficiente en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas». Y en este contexto señala que la atención primaria se convirtió en la política central de la OMS en 1978 con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000», y que veinticinco años más tarde, los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional. Afirma que conviene entender la atención primaria como «un concepto que implica tanto principios fundamentales como un conjunto variable de actividades básicas». Considerando que los principios más importante se cifran en: «acceso universal a la atención y cobertura en función de las necesidades; adhesión a la equidad sanitaria como parte de un desarrollo orientado a la justicia social; participación de la comunidad en la definición y aplicación de las agendas de salud; enfoques intersectoriales de la salud».

Los progresos de la tecnología sanitaria, sostiene la OMS, «han transformado muchos aspectos de la práctica médica y han generado expectativas respecto al tipo de funciones y servicios que deberían proporcionar los sistemas de salud»⁹¹. También ha cambiado el contexto institucional de la planificación de las políticas de salud y de la prestación de atención sanitaria⁹². Las propias ideas y actividades asociadas a la atención primaria también se han transformado⁹³.

⁸⁹ <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html>.

⁹⁰ Por sistema de atención sanitaria, entiende la OMS a «las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos».

⁹¹ En los últimos 25 años se han producido grandes cambios, a nivel mundial, nacional y local, en los entornos en cuyo marco los valores de la atención primaria deben traducirse en medidas. Afirma la OMS que entre las transiciones demográficas y epidemiológicas más importantes cabe citar «el envejecimiento de las poblaciones, la explosión de VIH/SIDA y la creciente doble carga de morbilidad que arrastran los países de ingresos bajos y medios».

⁹² Afirma la OMS que se han redefinido «las responsabilidades y los objetivos de los gobiernos en el sector de la salud, de tal manera que muchas entidades del sector privado, lucrativas y no lucrativas, están desempeñando un papel cada vez más notorio en la prestación de atención sanitaria. Las fórmulas de colaboración responden a diversas razones, pero la falta crónica de financiación suficiente de los servicios de salud públicos es a menudo un importante factor».

⁹³ En los años ochenta encontró aceptación el enfoque conocido como «atención primara selectiva». Y centrándose en los retos técnicos inherentes a la ejecución de intervenciones básicas limitadas en las zonas pobres, afirma la OMS, esta estrategia alentó las estructuras de programas «verticales» que hicieron posible importantes progresos, por ejemplo en lo relativo a la cobertura de inmunización y la reducción de la mortalidad en la niñez, pero no encajaban con la perspectiva integrada de la atención primaria desarrollada en Alma-Ata, en particular con su énfasis en la necesidad de abordar los determinantes socioeconómicos de la mala salud». En los años noventa el BM recomendó «un conjunto de intervenciones básicas de salud pública y un paquete de servicios médicos esenciales influido por los

En el precitado Informe de 2003, la OMS reafirma un desplazamiento conceptual importante hacia el modelo de sistemas de salud basados en la atención primaria⁹⁴, el cual debe estar articulado en los principios de Alma-Ata⁹⁵. Reconoce además que la extensión masiva de los sistemas de salud basados en la atención primaria sigue tropezando con enormes obstáculos⁹⁶ pues los mismos se ven socavados por muchas formas de ineficiencia⁹⁷, siendo la falta de recursos financieros «un problema fundamental». Por ello señala que el gasto sanitario total «es aún inferior a US \$15 por habitante en casi el 20% de los Estados miembros de la OMS». En muchos países, especialmente en los más pobres, las personas que necesitan tratamiento para sí mismas o para sus «familias pagan de su bolsillo el grueso de los servicios de salud que necesitan».

b) *Financiación de los sistemas de salud.* Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas, afirma la OMS, «al logro previo de una financiación suficiente»⁹⁸. A nivel mundial, el gasto sanitario ha crecido sustancialmente durante los últimos 25 años, impulsado sobre todo por los rápidos cambios experimentados por la tecnología y por unas instituciones de financiación y prestación de atención crecientemente complejas. «Sin embargo, en los países más pobres del mundo, el crecimiento del gasto sanitario ha sido lento, si no nulo. En consecuencia, se observan hoy grandes desigualdades en el gasto sanitario mundial»⁹⁹. Precisa que mientras que el nivel de gasto ha cambiado, los mecanismos de financiación de los sistemas de salud no lo han hecho¹⁰⁰. Los principios para mejorar la financiación sanitaria son esencialmente los mismos en todas partes: «reducir

modelos de atención primaria». Pero la OMS hace notar que «hubo voces críticas que pusieron en tela de juicio que esas estrategias respondieran adecuadamente a los mensajes de equidad y participación de la comunidad emanados de Alma-Ata». La OMS señala que originalmente, «la atención primaria y el movimiento en pro de la salud para todos representaba un esfuerzo destinado a cambiar las prácticas y las estructuras en el sector de la salud sobre la base de criterios de salud de la población. Las actividades posteriores de reforma del sector de la salud se han visto orientadas a menudo por criterios en gran medida ajenos a la salud» (por ejemplo, promesas generales de descentralización o de reforma de la administración pública, o la necesidad de reducir los gastos del Estado).

⁹⁴ Un enfoque sistémico, señala la OMS, «permite resolver el conflicto potencial entre la atención primaria entendida como nivel diferenciado de asistencia y su acepción como enfoque general de la prestación de servicios de salud responsables y equitativos. Este desplazamiento pone de relieve que la atención primaria está integrada en un todo más amplio, y que sus principios informarán y orientarán el funcionamiento del conjunto del sistema».

⁹⁵ Principios de «equidad, acceso universal, participación de la comunidad y acción intersectorial».

⁹⁶ En algunos países, señala la OMS, violentos conflictos y otras emergencias han dañado seriamente a los sistemas de salud.

⁹⁷ Cita como ejemplo la OMS «la dedicación por parte de los poderes públicos de una parte desproporcionada del gasto sanitario a atención terciaria y a programas que no cubren de forma significativa la carga de morbilidad real».

⁹⁸ Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria, afirma la OMS, no generarán resultado alguno.

⁹⁹ Los países de la «Organización de Cooperación y Desarrollo Económico representaban menos del 20% de la población mundial en el año 2000, pero concentraban casi el 90% del gasto sanitario mundial. A la Región de África le corresponde aproximadamente un 25% de la carga mundial de morbilidad, pero sólo en torno a un 2% del gasto sanitario mundial».

¹⁰⁰ Las decisiones de política sobre los mecanismos de financiación, afirma la OMS, tienen muchas repercusiones. «Influyen en aspectos tales como la cantidad de dinero eventualmente movilizable, la mayor o menor equidad con que se recauden y apliquen los recursos, y la eficiencia de los servicios e intervenciones resultantes».

las ocasiones en que las personas se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio; aumentar el rendimiento de cuentas de las instituciones responsables de gestionar los seguros y la provisión de atención sanitaria; mejorar la distribución entre ricos y pobres, sanos y enfermos, de las cuotas abonadas para los fondos de salud; y recaudar dinero mediante mecanismos administrativos eficientes». Por el contrario, «las cuestiones de política más importantes relacionadas con la financiación de la salud son muy diferentes en los países ricos y los pobres»¹⁰¹.

También afirma la OMS que «las políticas públicas deben impedir que los honorarios percibidos en el punto de servicio se conviertan en un obstáculo para obtener la atención necesaria, o en una catástrofe financiera para los hogares»¹⁰². Para sostener el sistema de salud sin depender estrechamente de los honorarios, «es necesario movilizar otras fuentes, incluidos impuestos generales para fines específicos, cuotas de la seguridad social, primas de seguros privados, o mecanismos de pre-pago de seguros comunitarios». En los países de ingresos bajos, «los impuestos generales son una opción muy atractiva para cimentar un sistema público robusto de prestación de servicios de salud, por cuanto desde el punto de vista administrativo son más fáciles de gestionar que los más complejos sistemas de seguro o regulación»¹⁰³.

Además, la OMS hace notar que es necesario velar por que «los fondos externos se añadan a los nacionales, en lugar de reemplazarlos, pero también por que la financiación procedente de fuentes externas no ocasione una (mayor) fragmentación del sistema nacional de salud». Así, es necesario también que «las instituciones beneficiarias de esos fondos adicionales, gubernamentales o no gubernamentales, introduzcan mejoras en la aplicación de los programas».

¹⁰¹ En los países de ingresos altos, «con rentas per cápita superiores a US \$ 8000, los recursos para la salud son relativamente abundantes pero no siempre están distribuidos de forma equitativa. Una media del 8% de la renta nacional se dedica a la salud». Entre esos países, «el gasto sanitario anual va de US \$ 1000 a más de US \$ 4000 per cápita». Las cuestiones que dominan los debates sobre la financiación de la salud guardan relación sobre todo con «la eficacia del gasto, la contención de los costos y la equidad». En los países de ingresos medios, «con una renta per cápita situada entre US \$ 1000 y US \$ 8000, los recursos son más limitados y el acceso a los servicios de salud es menor». Los países de esta categoría invierten «entre el 3% y el 7% de la renta nacional en salud, lo que representa un gasto anual de entre US \$ 75 y US \$ 550 per cápita. En estos casos el sistema de financiación sanitaria suele ser un serio obstáculo para lograr que las intervenciones sanitarias sean accesibles para todo el mundo». Con frecuencia la población «está segmentada entre aquellos que poseen un empleo en la administración o el sector formal, las personas que se benefician de unos sistemas de seguro médico relativamente bien financiados, y las personas que dependen de servicios dirigidos por el ministerio y escasamente financiados o que se ven obligadas a pagar de su bolsillo la atención privada». Y en los países de ingresos bajos, «con una renta anual per cápita de menos de US \$ 1000, los debates sobre la financiación sanitaria están dominados por la limitación fundamental que constituye la escasez de recursos». En la mayoría de esos países, «sólo un 1%-3% del producto nacional bruto se dedica a la salud y, al ser tan baja la renta per cápita, eso se traduce en un gasto sanitario por habitante de entre US \$ 2 y US \$ 50». Aunque estos países «invirtieran el 10% de su renta en servicios de salud, esa inversión, repartida equitativamente en toda la población, sólo permitiría ofrecer una atención sanitaria muy precaria».

¹⁰² Reconoce la OMS que las políticas sobre los honorarios «dependen de la capacidad de pago de la población, de su impacto en la utilización, del tipo de servicios proporcionados, y del impacto de esos honorarios en la calidad y disponibilidad de los servicios». La política pública relativa a los honorarios «debe ser pragmática, y ha de basarse en una detenida consideración del contexto y del impacto neto en el acceso de la población a unos servicios de salud de buena calidad».

¹⁰³ Sin embargo, los impuestos generales sólo funcionan, afirma la OMS, cuando coinciden una base impositiva amplia, una administración fiscal eficaz y unos mecanismos adecuados de asignación de los fondos a los servicios de salud y de uso de los mismos.

c) *Sistemas de salud pro equidad: función central de los gobiernos.* La OMS considera que «si una responsabilidad crucial del sistema de salud consiste en estrechar las brechas de equidad sanitaria (principio fundamental de la atención primaria), un criterio para evaluar las estrategias de formación de personal, la información sanitaria, las estrategias de financiación y otros aspectos debe ser la consideración de hasta qué punto esas estrategias favorecen la equidad». Las políticas que mejoran los indicadores sanitarios agregados de un país «no siempre son justas o favorables a la equidad»¹⁰⁴, pero las estrategias de atención sanitaria pro equidad, sostiene la OMS, dependerán del contexto¹⁰⁵, aunque no habrá progreso alguno sin la intervención del Gobierno, ya consista ésta en «la provisión o el pago de servicios o en la implantación de incentivos apropiados para el sector no gubernamental».

La OMS señala que se han usado comúnmente tres tipos de estrategias de focalización: «directas¹⁰⁶, basadas en características¹⁰⁷ y autofocalizadoras»¹⁰⁸. No se excluyen mutuamente, y de hecho se emplean a menudo de forma conjunta. Lo cierto es que los países con «problemas de privación masiva representan el mayor reto de todos»; en esos países la mayoría de la población «está privada de atención sanitaria, que sólo los muy ricos pueden comprar», por lo que hablar de «focalización», no sirve de mucho. «El término que mejor define el principal esfuerzo requerido en esos casos es el de «extensión masiva», entendiendo como tal la ampliación y el refuerzo generalizados del sistema de salud»¹⁰⁹.

d) *Objetivo: el acceso universal.* La perspectiva de desarrollar sistemas sanitarios impulsados por la atención primaria, afirma la OMS, «debe apuntar a asegurar el acceso universal a servicios de atención sanitaria de calidad». Ese objetivo tropieza

¹⁰⁴ Si se desea conseguir resultados pro equidad, sostiene la OMS, «es fundamental que el Gobierno instaure una rectoría eficaz de todo el sector de la salud, incluidas las funciones de supervisión, monitoreo y ejecución de las políticas de salud».

¹⁰⁵ En los países más pobres, la inequidad señala la OMS «se resume en una situación de privación masiva: la mayoría de la población ve limitado considerablemente y en parecida medida su acceso a los servicios de atención de salud, mientras que una pequeña clase privilegiada encuentra la manera de obtener la atención que necesita». En otros países con una situación económica algo mejor, «esas inequidades adoptan la forma de «colas»: el acceso general a los servicios de salud es mejor, pero los grupos de ingresos medios y altos son los que más se benefician, mientras que los más pobres tienen que esperar a beneficiarse de un efecto de «goteo». En algunos países «las inequidades adoptan la forma de exclusión, de tal modo que la mayoría de la población tiene un acceso razonable a los servicios, pero una minoría pobre se ve privada de ellos». En los países caracterizados por la exclusión, «probablemente se necesitarán iniciativas focalizadas para combatir la desigualdad social y la desigualdad en el acceso a los servicios de salud».

¹⁰⁶ «La focalización directa aspira a beneficiar sólo a los pobres», método que consiste en eximir del pago de la atención a las personas que no pueden permitirse ese desembolso. Para aplicar esta estrategia, afirma la OMS, «hay que emplear la llamada prueba de necesidad, esto es, la evaluación de la capacidad financiera del paciente. Esa función de exoneración basada en la prueba de necesidad exige una capacidad administrativa considerable».

¹⁰⁷ El objetivo de la focalización basado en características es beneficiar a grupos de personas pobres atendiendo a rasgos específicos que acentúan el estado de privación. Posibles criterios para ello son «la ubicación geográfica, el género, la etnia, determinadas enfermedades (por ejemplo el VIH/SIDA), etc.».

¹⁰⁸ La autofocalización remite al hecho de que «los mejor situados económicamente renuncian a los servicios que consideran de baja calidad. Tales servicios pueden caracterizarse por un mayor tiempo de espera o por un entorno de dispensación más deficiente».

¹⁰⁹ Los países de esta categoría necesitan rápidamente una expansión de «los servicios periféricos y una extensión de los servicios de atención primaria y los hospitales, así como un aumento de las inversiones en otros sectores tales como la educación, el abastecimiento de agua y el saneamiento». La corrección de los desequilibrios «geográficos y rural-urbano puede suponer a menudo un gran paso para acelerar los progresos en esos países».

con numerosos obstáculos, «en particular la falta de recursos financieros, educación y personal cualificado». De ahí que afirme que los objetivos de salud descritos en el Informe (2003) no se alcanzarán, «si antes no se refuerzan considerablemente los sistemas sanitarios de los países de ingresos bajos y medios». Y esto es válido tanto para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como para extender masivamente la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, manejar la doble carga de morbilidad o alcanzar los restantes objetivos fundamentales de salud. Precisa que hay numerosas alternativas para reforzar los sistemas de salud y establecer prioridades de desarrollo de esos sistemas.

Considera la OMS que el futuro depara retos aún mayores para los sistemas de salud. En los próximos años, «los cambios ambientales afectarán a la salud de la población por mecanismos aún no bien comprendidos». Los sistemas de salud están «lidiando ya con los efectos de la globalización económica, incluidas las migraciones y el impacto de las pautas y prácticas comerciales en la salud de la población»¹¹⁰.

Por encima de todo, la adhesión de la OMS a los sistemas de atención de salud basados en la atención primaria se concreta «en desplazar el interés prioritario de la Organización lo más rápidamente posible de la defensa de los principios correspondiente al apoyo a aplicaciones prácticas mediante la cooperación técnica con los Estados Miembros». La Organización «está reforzando su colaboración técnica y su apoyo a todos aquellos que desde los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil están contribuyendo a la acción sanitaria». En opinión de la OMS, lo mejor que puede hacer el sector de la salud para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio «es fortalecer los sistemas de atención sanitaria».

2.2 En lo que al derecho de participación respecta, hay que tener presente que el CDESC, tras afirmar que el derecho a la salud es un derecho inclusivo, ha precisado que un aspecto importante del mismo «es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional» (OG-14, § 11), esto es, todo lo relativo a los «servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional» (*Ibid.*, § 17). También ha precisado que «la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud. Sólo podrá asegurarse la prestación efectiva de servicios de salud si los Estados garantizan la participación del pueblo» (*Ibid.*, § 54)¹¹¹.

¹¹⁰ Dice la OMS que mientras en los foros internacionales proseguirán los debates sobre cuestiones como los derechos de propiedad intelectual y el comercio de servicios, «los sistemas de salud deberán hacer frente a nuevas presiones». Las prioridades en ese sentido son las siguientes: «fortalecer la calidad de las investigaciones sobre políticas y mejorar el acceso internacional a la evidencia ya disponible sobre la eficacia de los modelos y las intervenciones de atención primaria; crear nuevas redes que faciliten el intercambio de las prácticas y experiencias más adecuadas; desarrollar un «programa de trabajo» coherente para la atención primaria que integre a todos los niveles de la OMS; mejorar la comunicación y colaboración con otros organismos internacionales para evitar que se difundan mensajes contradictorios sobre el desarrollo de los sistemas de salud; desarrollar un marco de evaluación y un proceso de revisión que ayude a los Estados Miembros a analizar las políticas existentes de atención primaria y a planificar los cambios eventualmente necesarios».

¹¹¹ Participación que corresponde asimismo, ha sostenido el CDESC, a los adolescentes «en la adopción de decisiones que afectan a su salud» (OG-14, § 23), lo que ha sido reafirmado por el CDN

Resulta asimismo oportuno mencionar el Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), en cuyo capítulo VII en el apartado titulado «Rectoría pública, participación de la comunidad», la OMS hace notar que la participación de la comunidad es un componente clave del sistema sanitario en el lado de la demanda, necesario para fomentar la eficacia y una gestión responsable¹¹². Sin embargo, la OMS precisa que no fue fácil llevar a la práctica el concepto de participación de la comunidad, pues con demasiada frecuencia la «participación comunitaria» se ha limitado «a la creación de comités de salud que han actuado como vehículos de recuperación de costos». En los últimos años, las definiciones restringidas de comunidad y participación comunitaria a través de comités de salud, precisa la OMS, han dado paso a una perspectiva más amplia basada en la participación de organizaciones de la sociedad civil. Una de las funciones clave de las organizaciones de la sociedad civil «es hacer que tanto los proveedores de atención sanitaria como los gobiernos rindan cuentas de lo que hagan y de la manera de hacerlo»¹¹³. A fin de ejercer una presión eficaz para exigir el rendimiento de cuentas, «es necesario que toda la sociedad civil disponga de información precisa sobre la salud y sobre el desempeño de los sistemas sanitarios». Los gobiernos deben hacer dicha información pública y accesible. Los propios grupos de la sociedad civil, mediante su función fiscalizadora, «también generan e intercambian información de utilidad para el rendimiento de cuentas»¹¹⁴.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En el ámbito internacional, los condicionantes de la salud aunque pueden reconducirse a la seguridad e higiene laboral, a las cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al consumo (alimentación), también tienen una consideración es-

(OG-4, § 40). El CDN ha hecho extensible la participación a los niños más pequeños ya que considera que los mismos «son también capaces de contribuir ellos mismos a velar por su salud personal y alentar estilos de vida saludables entre sus compañeros, por ejemplo mediante la participación en programas adecuados de educación sanitaria centrada en el niño» (OG-7, § 27). Por su parte el CEDAW ha afirmado el derecho de participación de la mujer «en la planificación, la ejecución y la vigilancia de (...) políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer» (RG-24, § 31).

¹¹² En la Declaración de Alma-Ata de 1978 ya se reconocía la importancia de la participación de la comunidad en la definición de los objetivos de salud y en la aplicación de las estrategias. Se afirma en la misma que «las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria».

¹¹³ En su calidad de custodios del sistema sanitario, los Ministerios de Salud, sostiene la OMS, «son responsables de proteger la salud de los ciudadanos y de asegurar que se preste una atención sanitaria de calidad a todos los que la necesiten. Para ello es necesario tomar las decisiones más acertadas a la luz de la evidencia disponible, y privilegiar sistemáticamente el interés público frente a otras prioridades rivales».

¹¹⁴ Para conseguir una auténtica participación comunitaria, la OMS pone de manifiesto que es necesario superar numerosos obstáculos, dos de los cuales son especialmente problemáticos: «El primero es que las comunidades, en especial las comunidades rurales pobres, desconocen a veces los mecanismos de participación». El segundo es que «puede ocurrir que grupos sociales relativamente ricos y con mayor influencia dominen la vida política a nivel de la comunidad, lo cual es más frecuente también en el ámbito rural. Si se permite que los más acomodados «representen» a toda la comunidad en las discusiones sobre la planificación y la ejecución, el resultado puede ser que los grupos relativamente prósperos sean los realmente beneficiados a expensas de los grupos pobres». Esas dos situaciones «restringen la capacidad de las personas pobres de participar plenamente en los mecanismos diseñados para fomentar la participación de la comunidad en el sistema sanitario». La aplicación de políticas que permitan superar esos obstáculos, afirma la OMS, «es un aspecto clave de la rectoría pública en el campo de la salud».

pecial el agua¹¹⁵, el tabaco¹¹⁶, el alcohol¹¹⁷, las drogas¹¹⁸, etc. condicionantes de los que viene ocupándose la OMS. En todo caso, uno de los condicionantes más importantes es la pobreza a la que se hace referencia en primer lugar.

3.1.1 En Derecho internacional no ha sido adoptado ningún instrumento convencional relacionado con la pobreza; sin embargo, la mayoría de los tratados de Derechos Humanos de forma directa o indirecta constituyen referentes para la lucha contra la pobreza, y a tales efectos el PIDESC tiene un lugar primordial¹¹⁹.

Además, en la Cumbre del Milenio (2000) la pobreza ocupó un lugar fundamental, y así quedó reflejado en el capítulo III del Informe fruto de la misma titulado «Un mundo sin miserias»¹²⁰, y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 1º). Si se tiene presente que tres de los ocho objetivos que contiene, como ha sido señalado, están relacionados con la salud, pobreza y salud están interrelacionados.

Y en este contexto es oportuno hacer notar que en el Informe sobre la Salud en el Mundo (2005), la OMS considera que el énfasis puesto en la salud refleja un consenso mundial respecto a que la mala salud es por sí sola una dimensión importante de la pobreza¹²¹ pues la mala salud contribuye a la pobreza¹²². Mejorar la salud es una condición previa para la mitigación de la pobreza y el desarrollo. El mejoramiento sostenible de la salud depende de que se logre aliviar la pobreza y reducir las desigualdades (Cap. I).

De ahí que el BM en el ámbito de sus competencias desde hace años preste atención a contribuir a mejorar las condiciones de salud en los Estados con problemas de recursos económicos. Así lo ha hecho en relación con determinados países de América Latina: Bolivia¹²³, Argentina¹²⁴ y Perú¹²⁵. En el año 2005, el BM señaló que

¹¹⁵ http://search.who.int/search?q=agua&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3A%3Ad1&site=default_collection&ie=utf8&lr=lang_es&oe=utf8&client=WHO&proxystylesheet=spanish.

¹¹⁶ http://search.who.int/search?ie=utf8&lr=lang_es&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=spanish&output=xml_no_dtd&oe=utf8&q=tabaco.

¹¹⁷ http://search.who.int/search?q=alcohol&output=xml_no_dtd&sort=date%3AD%3A%3Ad1&site=default_collection&ie=utf8&lr=lang_es&oe=utf8&client=WHO&proxystylesheet=spanish.

¹¹⁸ http://search.who.int/search?q=drogas&sort=date%3AD%3A%3Ad1&output=xml_no_dtd&site=default_collection&ie=utf8&lr=lang_es&client=WHO&oe=utf8&proxystylesheet=spanish.

¹¹⁹ De ahí que el CDESC en el contexto del derecho a la salud haya afirmado que «es consciente de que para millones de personas en todo el mundo el pleno disfrute del derecho a la salud continúa siendo un objetivo remoto. Es más, en muchos casos, sobre todo por lo que respecta a las personas que viven en la pobreza, ese objetivo es cada vez más remoto» (OG-14, § 5).

¹²⁰ <http://www.un.org/spanish/milenio/sg/report/full.htm>.

¹²¹ Vid. Informes del Experto independiente de la Comisión de Derechos Humanos sobre extrema pobreza: <http://www.ohchr.org/english/issues/poverty/expert/index.htm>.

¹²² En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2003) la OMS precisó que la pobreza no sólo era sinónimo de bajo nivel de ingresos, sino también de debilitamiento de toda una serie de capacidades humanas fundamentales, incluidas las relacionadas con la salud (Cap. II).

¹²³ El BM aprobó un préstamo para Bolivia por 25 millones de dólares, cuya prioridad era reducir las altas tasas de mortalidad infantil y materna. En vista de los buenos resultados, en junio de 2001 el BM aprobó 35 millones de dólares para la segunda fase del proyecto, cuyo objetivo general era la reducción de la mortalidad infantil. El programa además amplió la cobertura de salud a un 25% adicional de la población (unos 2 millones de personas), gracias a la asignación de nuevos grupos de atención de salud respaldados por agentes de la comunidad indígena para las regiones más pobres del país.

¹²⁴ En octubre de 2003 el BM aprobó un préstamo por 750 millones de dólares para apoyar un programa de reestructuración integral del sistema de salud de Argentina, con especial énfasis en la atención de

en América Latina y el Caribe se habían realizado avances significativos hacia la salud materno-infantil, pero que aún existían numerosos retos¹²⁶, por lo que concedió préstamos a diversos países: Nicaragua, El Salvador y Paraguay¹²⁷. Los últimos datos registrados señalan que el BM aprobó (enero de 2006) un préstamo para Guatemala¹²⁸. Y para asistencia sanitaria en América Latina, en general, el BM ha concedido préstamos a México¹²⁹, Colombia¹³⁰ y Ecuador¹³¹.

la salud de madres y niños pobres. En abril de 2004 aprobó un nuevo préstamo de 135,8 millones de dólares para Argentina en apoyo a la implementación del «Programa de Seguro de Salud Materno-Infantil»: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/EXTLACREGTOPHEANUTPOPINSPA/0,contentMDK:20192846-menuPK:782989-pagePK:34004173-piPK:34003707-theSitePK:782904,00.html>.

¹²⁵ En noviembre de 2003 fue aprobado por el BM un préstamo de 150 millones de dólares para Perú destinado a fortalecer una amplia gama de programas de asistencia. Entre las metas específicas del préstamo para la «Reforma Social Programática III» se encontraba la de ampliar el acceso a servicios vitales. Y entre los objetivos actuales se cuentan, mejorar la forma de designar a los destinatarios del programa de «Seguro Integral de Salud», que garantiza el acceso gratuito a un paquete de servicios de salud diseñado especialmente para madres y niños de los departamentos más pobres del país:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20137570-isCURL:Y-menuPK:34467-pagePK:64003015-piPK:64003012-theSitePK:4607,00.html>.

¹²⁶ <http://lnweb18.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid2ndLanguage/5BAF4F7FF067437185256E400064E2B8?Opendocument>.

¹²⁷ En abril de 2005 aprobó un crédito de 11 millones de dólares sin intereses destinado a mejorar la atención de la salud materno infantil en las comunidades rurales de los municipios más pobres de Nicaragua:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20435510-menuPK:34465-pagePK:34370-piPK:34424-theSitePK:4607,00.html>. En octubre del mismo año aprobó dos préstamos con la misma finalidad, uno de 21 millones de dólares para El Salvador. El objetivo del préstamo era apoyar la «Red Solidaria», el principal programa de reducción de la pobreza en el país que tiene entre otras finalidades respaldar la expansión del paquete básico de servicios de salud existente para madres y niños:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20700912-menuPK:34467-pagePK:34370-piPK:34424-theSitePK:4607,00.html>. El BM también aprobó otro préstamo de 22 millones de dólares para Paraguay cuya finalidad era apoyar la estrategia del país destinada a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20691345-pagePK:64257043-piPK:437376-theSitePK:4607,00.html>.

¹²⁸ El préstamo fue de 49 millones de dólares y estuvo destinado a mejorar la salud materno-infantil y reducir la malnutrición infantil crónica entre niños menores de 2 años de las áreas rurales, especialmente entre la población indígena. El «Préstamo para inversión específica en salud materno-infantil y nutrición» hace notar el BM, ayudará al gobierno de Guatemala en la puesta en marcha de un programa nacional para mejorar la salud materno-infantil. Se trata del primer proyecto de inversión en salud o nutrición ejecutado por el BM en dicho país:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/EXTLACREGTOPHEANUTPOPINSPA/0,contentMDK:20790676-menuPK:784018-pagePK:34004173-piPK:34003707-theSitePK:782904,00.html>.

¹²⁹ El «Programa Ampliado de Cobertura de los Servicios Básicos de Salud» de México ha contado con el respaldo del BM con el préstamo concedido por dicha entidad en julio de 2002 por 660 millones de dólares:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTPPSPANISH/0,contentMDK:20068853-pagePK:64130965-piPK:64130262-theSitePK:384979,00.html>.

¹³⁰ En noviembre de 2005 el BM aprobó un préstamo para Colombia de 86,4 millones de dólares que tiene entre otras finalidades, contribuir a mejorar el sistema de Seguridad Social:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/COLUMBIAINSPANISHEXTN/0,contentMDK:20706845-menuPK:458437-pagePK:141137-piPK:141127-theSitePK:455460,00.html>.

¹³¹ En febrero de 2006 el BM ha aprobado un préstamo de 90 millones de dólares para Ecuador destinado a apoyar la puesta en marcha de un programa de seguro de salud para los pobres. El Pro-

Sin perjuicio de lo anterior, hay que tener presente que la pobreza tiene incidencias negativas en la no efectividad de otros derechos, distintos del derecho a la salud pero interrelacionado con éste¹³², así como en el éxodo de los profesionales de salud de los países en desarrollo a los países desarrollados y en relación con las denominadas «enfermedades descuidadas».

a) *El éxodo de los profesionales de la salud de los países en desarrollo a los países desarrollados.* El Relator sobre el derecho a la salud ha puesto de manifiesto que los profesionales de la salud desempeñan una función indispensable en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud¹³³. Y en este contexto sostiene que en los países en desarrollo pocas veces hay repercusión en el disfrute del derecho a la salud porque no reciben la atención debida¹³⁴, pues en algunos países pobres el éxodo intelectual contribuye a convertir una crisis de salud en una catástrofe sanitaria¹³⁵, de ahí que realice varias recomendaciones¹³⁶. Del éxodo de los profesionales de salud se ha ocupado la OMS en su Informe de 2003 (Cap. VII rubricado «La crisis mundial del personal sanitario»)¹³⁷. A fin de remediar el problema, en la medida de lo posible, propone no sólo el aumento de sueldos a los profesionales de la salud, sino que considera que es posible mejorar la productividad ofreciendo prestaciones no económicas¹³⁸. Cuestión que ha abordado de forma ex-

yecto de apoyo a la estrategia de seguro de salud para los pobres asistirá al Gobierno en la puesta en marcha de su Estrategia con lo cual se busca llegar al 40% de los ecuatorianos más pobres en el transcurso de tres años. Para respaldar la estrategia, el proyecto pretende reducir la diferencia en los indicadores de salud entre los más pobres y los más ricos (en especial en materia de mortalidad materna e infantil) y apoyar importantes cambios en cuanto al financiamiento y la gestión de los servicios de salud a nivel local y regional:

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACINSPANISHEXT/EXTLACREGTOPHEANUTPOPINSPA/0,,contentMDK:20824525-menupK:784018~pagePK:34004173~piPK:34003707~theSitePK:782904,00.html>.

¹³² No sólo la nutrición y el agua, sino también la vivienda adecuada.

¹³³ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 29.

¹³⁴ ONU, Doc. A/60/348, de 12 de septiembre de 2005, § 21 y § 22.

¹³⁵ De ahí que el Relator sobre el derecho a la salud considere que en neciten mecanismos de rendición de cuentas nacionales e internacionales que debería analizar las consecuencias del éxodo intelectual para los sistemas de salud correspondientes. *Ibid.*, §§ 55, 68 y 69.

¹³⁶ Las recomendaciones realizadas por el Relator son las siguientes: Integrar el derecho a la salud en la formulación de todas las políticas nacionales e internacionales pertinentes, incluido en las políticas relativas a éxodos de intelectuales; fortalecer los sistemas de salud en los países de origen a fin de frenar el éxodo intelectual; y establecer un código de contratación ética por los países de destinos, *Ibid.*, §§ 76-82.

¹³⁷ La OMS pone de manifiesto que los planificadores de políticas de todos los países están preocupados por la «fuga de cerebros» registrada entre el personal sanitario. Aunque los médicos y enfermeras constituyen sólo una pequeña proporción de los emigrantes profesionales, su pérdida debilita a los sistemas de salud. En todo caso la «fuga de cerebros» más polémica es la emigración internacional de profesionales de los países pobres a los países ricos. Hace notar que si bien lo que más acapara la atención es la fuga de médicos, lo que puede colapsar fácilmente el sistema de salud es la fuga de enfermeras y de otros profesionales sanitarios. En los países desarrollados hay una alta demanda de enfermeras, como consecuencia sobre todo del envejecimiento de la población. Se han dado algunos pasos para promover prácticas éticas de contratación internacional, pero aún no se han evaluado sus resultados.

¹³⁸ Como la vivienda, la electricidad y el teléfono, la formación en el servicio con supervisión profesional y las oportunidades de rotación y promoción. Otra alternativa propuesta por la OMS es que los gobiernos estudien la posibilidad de formar alianzas en las que el sector público proporcione ayuda financiera y las organizaciones no gubernamentales gestionen y suministren los servicios directos. A tales efectos cita un ejemplo, el de Guatemala, cuyo gobierno a mediados de los años noventa se vio obligado a ampliar los servicios de atención sanitaria prestados a poblaciones subatendidas como parte de los acuerdos de paz negociados en esa ocasión, contratando así a más de 100 organizaciones

tensiva en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2006) titulado «Colaboremos por la salud»¹³⁹.

b) *Las enfermedades descuidadas*¹⁴⁰. La Asamblea General de la ONU ha calificado a las «enfermedades descuidadas», como aquellas que «imponen una pesada carga a los países en desarrollo»¹⁴¹. El Relator sobre el derecho a la salud ha puesto de manifiesto que no existe ninguna investigación en los países ricos y los pobres no reciben apoyo a tales efectos¹⁴², de ahí que considere que la cooperación internacional es necesaria para encontrar nuevos medicamentos, vacunas o instrumentos de diagnóstico para las enfermedades que imponen una carga tan pesada a los países en desarrollo y también es necesario que los medicamentos existentes para las enfermedades descuidadas sean más accesibles a las poblaciones empobrecidas que los necesitan. Y finaliza diciendo que el problema no consiste sólo en las enfermedades descuidadas, pues «las poblaciones también están descuidadas»¹⁴³.

La OMS, refiriéndose a las enfermedades descuidadas, señala que «pueden medirse por las incapacidades y deformidades graves y permanentes», y forman un grupo porque «afectan casi exclusivamente a las poblaciones pobres y sin poder que viven en las regiones rurales de los países de bajos ingresos». Aunque dichas enfermedades son causa de numerosos sufrimientos y de incapacidades a veces incurables, es poco frecuente que «causen la muerte y, por lo tanto, no reciben la atención ni la financiación de otras enfermedades de mortalidad elevada, como el SIDA, la tuberculosis y el paludismo». Además, las enfermedades descuidadas, «imponen un enorme costo económico en términos de productividad y costos elevados de cuidado a largo plazo» y pueden contribuir «a que la próxima generación siga estancada en la pobreza»¹⁴⁴.

3.1.2 Entre las medidas que los Estados Partes en el PIDESC tienen que adoptar para la efectividad del derecho a la salud está: «El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente» (art. 12.2.b)¹⁴⁵. El CDESC, al exa-

no gubernamentales para que prestaran servicios básicos de atención de salud a unos tres millones de ciudadanos del país, predominantemente poblaciones indígenas y rurales, que hasta entonces no habían tenido acceso a esos servicios.

¹³⁹ En los años 2004 y 2005 la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó las Resoluciones WHA57.19 y WHA58.17, en las que reconocía que la migración y la contratación de personal de la salud de los países en desarrollo en los países desarrollados significaba un gran reto para los sistemas de salud en los países en desarrollo. Y en la Cumbre del G.8 (Glenagles-Escocia, julio de 2005), los líderes se comprometieron a invertir en la mejora de los sistemas de salud en colaboración con los Gobiernos africanos, en particular, ayudando a los países de África a capacitar y retener a profesionales de salud.

¹⁴⁰ La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas (art. 12.2.c del PIDESC), ha sido objeto de atención por el CDESC (OG-14, §16), sin embargo, no se ha ocupado de las «enfermedades descuidadas».

¹⁴¹ Resolución 58/173, de 10 de marzo de 2004, de la Asamblea General de la ONU.

¹⁴² ONU, Doc. E/CN.4/2003/58, de 13 de febrero de 2003, §§ 76-78.

¹⁴³ ONU, Doc. E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, § 79.

¹⁴⁴ OMS, *Global Defence against the Infectious Disease Threat* (2002), pp. iv y 96:

<http://www.who.int/infectious-disease-news/cds2002>.

¹⁴⁵ El CDESC considera que las medidas están referidas al mejoramiento de «todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial» y que las mismas entrañan, en particular, «la adopción de medidas preventivas en lo que respecta a los accidentes laborales y enfermedades profesionales». Precisa que la higiene industrial aspira «a reducir al mínimo, en la medida en que ello sea razonablemente viable, las causas de los peligros para la salud resultantes del medio ambiente laboral» y abarca «la cuestión relativa a (...) las condiciones de trabajo higiénicas y seguras, el suministro adecuado de alimentos y una nutrición apropiada, y disuade el uso indebido de alcohol y tabaco y el consumo de estupefacientes y otras sustancias nocivas» (OG-14, § 16).

minar los informes que los Estados están obligados a presentar, de conformidad con el PIDESC (art. 16), ha instado, mostrado sus preocupaciones o realizado recomendaciones a diversos Estados cuando constata la no efectividad del derecho reconocido en las condiciones de seguridad e higiene laboral¹⁴⁶.

La Convención para la eliminación de la discriminación contra la mujer reconoce el derecho «a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo» (art. 5.1.f); estableciendo el Convenio (183) de la OIT de 2000, normas destinadas a proteger la salud de las trabajadoras gestantes. Asimismo hay que mencionar en el contexto de la seguridad e higiene en el trabajo otros tratados adoptados en la OIT: Convenio (155) de 1981 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores que exige la reducción al mínimo, «en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo» (art. 4.2); y Convenio (161) sobre los Servicios de Salud en el Trabajo de 1985, que establece: «Todo Miembro se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos que prevalecen en las empresas» (art. 3.1).

Una atención especial se está prestando desde hace años a la exposición a productos químicos por parte de los trabajadores, a partir de la primera Conferencia Internacional sobre Seguridad Química convocada por el Programa de la ONU para el Medio Ambiente y los Ejecutivos de la OIT y la OMS¹⁴⁷.

¹⁴⁶ Los comentarios del CDESC que serán citados en relación con los países de América Latina están disponibles en la web del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos. No obstante, recientemente se ha procedido a una «Compilación de las Observaciones Finales (1989-2004)» del CDESC respecto de los países de América Latina y el Caribe: [http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion\(1989-2004\).pdf](http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion(1989-2004).pdf). A continuación se hará referencia a diversos países y las páginas y párrafos citados son los de la Compilación. En este contexto cabe mencionar los siguientes Estados: Argentina, Colombia, Ecuador, El Salvador, Perú y Venezuela. El CDESC instó a Argentina a «mejorar la eficacia de las medidas que ha tomado en la esfera de la seguridad y la higiene en el trabajo, en particular en la construcción, a hacer más para mejorar todos los aspectos de la higiene y la seguridad ambientales e industriales, y a asegurar que la autoridad pública vigile e inspeccione las condiciones de higiene y seguridad industriales» (Observaciones Finales al examinar el tercer informe periódico, diciembre de 1999), p. 34, § 37. El CDESC mostró su preocupación en relación con Colombia porque «la aplicación y vigilancia de las medidas de salud y seguridad en el trabajo no ha llegado al nivel conveniente debido, entre otras cosas, a la insuficiencia de inspectores laborales» (Observaciones Finales al examinar el tercer informe periódico, noviembre de 1995), p. 88, § 18. También mostró su preocupación el CDESC respecto de Ecuador por «la insuficiente tasa de aplicación de las normas de higiene y seguridad de los trabajadores en el Estado Parte, en particular en las pequeñas minas y en las plantaciones de banano, y el gran número de accidentes de trabajo» (Conclusiones Finales al examinar el segundo informe periódico, mayo de 2004), p. 125, § 18. El CDESC recomendó a El Salvador que hiciera los esfuerzos necesarios para asegurar el cumplimiento de la legislación salvadoreña en materia «seguridad e higiene en el trabajo» (Observaciones Finales al examinar el Informe inicial, mayo de 1996), p. 148, § 31. Realizó tal recomendación al Gobierno salvadoreño tras observar que «las condiciones de trabajo en las zonas francas se han deteriorado y que la falta de medios ha entorpecido la labor de los servicios de inspección laboral de vigilar (...) las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo», p. 146, § 16. Recomendó al Estado peruano que tomara «las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento de la legislación sobre (...) seguridad e higiene del trabajo» (Conclusiones Finales al examinar el Informe inicial, mayo de 1997), p. 227, § 32. Las mismas recomendaciones que a Perú fueron realizadas por el CDESC a Venezuela (Conclusiones Finales al examinar el segundo informe periódico, mayo de 2001), p. 273, § 32.

¹⁴⁷ La Conferencia tuvo como anfitrión el Estado de Suecia. En la misma se creó un «Foro Intergubernamental de Seguridad Química» (Resolución IFCS/94/Res. 1, de 29 de abril de 1994). En noviembre de 2003 en la reunión de Bangkok, el Foro hizo notar que los trabajadores y los consumi-

3.1.3 Los Estados Partes en el PIDESC se comprometen a adoptar medidas para hacer efectivo el derecho a la salud en relación con el «medio ambiente» (art. 12.2.b)¹⁴⁸. Y en este contexto el CDESC ha afirmado que los Estados deben de abstenerse «de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario» (OG-14, § 34).

Asimismo hay que tener presente, por un lado, que entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio está «garantizar la sostenibilidad del medio ambiente» (objetivo 7º)¹⁴⁹, y por otro, que la ONU trabaja desde hace años para resolver los problemas del medio ambiente con incidencias en la salud en diversas áreas¹⁵⁰. También cabe mencionar la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002) que se ocupó de cuestiones relacionadas con la salud y el medio ambiente, cumbre en la que la OMS tuvo una participación importante¹⁵¹. Lo cierto es que las implicaciones del medio ambiente en la salud vienen siendo objeto de atención por la OMS desde hace años respecto de todas las personas en general y de los niños en particular¹⁵².

3.1.4 El CDESC interpreta el derecho a la salud reconocido en el artículo 12.1 del PIDCP como un derecho inclusivo que abarca los principales factores determinantes de la salud, como «el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada...» (OG-14, § 11)¹⁵³.

dores están en peligro si no se les informa adecuadamente sobre los riesgos de productos químicos. Y en el año 2004 el Foro ha realizado recomendaciones y ha establecido prioridades para la salud y la seguridad en el trabajo en el contexto de la protección de los trabajadores contra las exposiciones nocivas a productos químicos en el lugar de trabajo:

http://www.who.int/ifcs/champions/ohs_brochure_sp.pdf.

¹⁴⁸ El CDESC ha afirmado que los Estados están obligados a «adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina» (OG-14, § 36).

¹⁴⁹ <http://cyberschoolbus.un.org/mdgs/spanish/goal7.asp>.

¹⁵⁰ A los efectos que nos ocupa cabe hacer notar que en el marco de las cuestiones medioambientales la salud ha estado presente como, por ejemplo, abastecimiento de agua potable (la finalidad que se persigue es reducir a la mitad, para el decenio 2005-2015, el porcentaje de personas que todavía no tienen acceso al agua sin impurezas); protección de la capa de ozono habiéndose adoptado el Protocolo de Montreal de 1987 (tiene por finalidad eliminar gradualmente los productos químicos que han causado el agotamiento de la capa de ozono. Este esfuerzo evitará que millones de personas corran más riesgo de contraer cáncer de piel debido a una sobreexposición a la radiación ultravioleta); prohibición de productos químicos peligrosos a cuyos efectos ha sido adoptado el Convenio de Estocolmo de 2001 (prohíbe plaguicidas y productos químicos industriales peligrosos que pueden matar a las personas, dañar los sistemas nervioso e inmunológico, causar cáncer y trastornos del sistema reproductivo e interferir en el desarrollo del niño); y cambio climático habiendo sido adoptada la Convención Marco de la ONU sobre el cambio climático de 1992 (contiene una disposición destinada a reducir al mínimo los efectos adversos del cambio climático en la salud pública (art. 4.f): <http://www.un.org/spanish/un60/60ways/envir.html>).

¹⁵¹ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB111/seb11131.pdf.

¹⁵² http://www.who.int/topics/environmental_health/es/

¹⁵³ Refiriéndose a la estrategia nacional relacionada con la alimentación y nutrición el CDESC ha señalado que: «La estrategia se ocupará de todas las cuestiones y medidas críticas relativas a *todos*

La Asamblea General de la ONU en 2001 se ocupó de la «Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño»¹⁵⁴, que fue lanzada por la OMS en 2003¹⁵⁵. En el mismo año, la OMS y la OPS publicaron «Los principios de alimentación complementaria del niño amamantado»¹⁵⁶. Y el 22 de mayo de 2004, la Asamblea Mundial de la Salud ha aprobado la «Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud» (2006-2015), que tiene por finalidad combatir los principales factores de riesgo que afectan a la salud¹⁵⁷.

En 2002, la OMS y la OMC emprendieron un estudio conjunto para examinar las relaciones entre las políticas comerciales y las sanitarias. El informe publicado a tales efectos examina los principales acuerdos de la OMC relacionados con la salud y las políticas sanitarias¹⁵⁸.

La OMS y la FAO anunciaron (noviembre de 2003) un enfoque unificado para promover el consumo de determinados alimentos (frutas y hortalizas) como método de prevención de enfermedades no transmisibles, con el fin de concienciar a la población, incrementar el consumo, fomentar y apoyar la elaboración y puesta en práctica de programas nacionales de promoción de consumo, respaldar las investigaciones y ejecutar programas de promoción del consumo¹⁵⁹. Por su parte, la FAO en el Informe sobre «El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo» (2005) hace notar que «la mejora de la nutrición se traduce en mejores condiciones de salud»¹⁶⁰. Asimismo resulta del mayor interés el estudio publicado por la FAO sobre «Nutrición humana en el mundo en desarrollo»¹⁶¹.

los aspectos del sistema alimentario, en particular la producción, elaboración, distribución, comercialización y consumo de alimentos sanos, así como las medidas paralelas en materia de salud» (OG-14, § 25). Reiterado por el Relator sobre el derecho a la salud. ONU, Doc. A/60/348, de 12 de septiembre de 2005, 5.

¹⁵⁴ ONU, Doc. A/54/7, de 9 de abril de 2001:

http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/sa547.pdf.

¹⁵⁵ http://www.who.int/nutrition/publications/ga_infant_feeding_text_spa.pdf.

¹⁵⁶ http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles_sp.pdf.

¹⁵⁷ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/wha3/es/>

¹⁵⁸ Centra la atención en ocho cuestiones relacionadas con la salud: lucha contra las enfermedades infecciosas; inocuidad de los alimentos; lucha contra el tabaquismo; medio ambiente; acceso a medicamentos; servicios de salud; seguridad alimentaria y nutrición; y nuevas cuestiones (como la de la biotecnología). Indican esferas fundamentales en las que las normas comerciales pueden complementar las políticas nacionales de salud pública o entrar en conflicto con ellas. En la conclusión señalan oportunidades de promover una mayor coherencia de esas políticas en apoyo de los objetivos de salud y de desarrollo:

<http://www.who.int/bookorders/espagnol/detart3.jsp?sesslan=3&codlan=3&codcol=15&codcch=507>.

¹⁵⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr84/es/print.html>.

¹⁶⁰ <http://www.fao.org/newsroom/es/news/2005/1000151/index.html>.

¹⁶¹ El autor es Michael C. Latham y el estudio ha sido publicado en *Colección FAO: Alimentación y nutrición n.º 19*, 2002. En el marco conceptual del capítulo 1 de dicho estudio se sugiere que «una alimentación adecuada, un cuidado apropiado y una buena salud, son elementos esenciales para un buen estado nutricional». Señala además el estudio que «cientos de millones de personas padecen enfermedades transmisibles y no transmisibles causadas por los alimentos y agua contaminados», y que la malnutrición no es sólo un problema alimentario, «ha sido considerado por muchos años, pero el concepto de la importancia de considerar los alimentos, la salud, la educación y el cuidado de las personas, es de origen más reciente. Es vital que este principio se continúe desarrollando y que se pueda avanzar firmemente en esta línea, en vez de dar pasos erráticos en la búsqueda de enfoques de moda o de financiamiento».

3.2 El 23 de mayo de 2005, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el nuevo Reglamento Sanitario Internacional¹⁶², que contiene un conjunto de normas sanitarias para hacer frente a las emergencias de salud pública de interés internacional¹⁶³. Las disposiciones reglamentarias determinan el papel que los Estados y la OMS deben desempeñar para detectar las emergencias de salud pública y responder a ellas, así como para compartir información al respecto. Las normas del nuevo Reglamento¹⁶⁴ abarcan una gama importante de emergencias de salud pública¹⁶⁵, e imponen a los países obligaciones mucho más amplias tanto para adoptar medidas preventivas sistemáticas como para detectar y afrontar emergencias de salud pública de interés internacional¹⁶⁶.

Por otro lado, hay que tener presente que si bien las actividades de la OMS en materia de salud pública son numerosas, se considera oportuno citar: la gripe aviar¹⁶⁷ (de la que se ha ocupado asimismo el BM¹⁶⁸), la violencia contra la mujer por los efectos negativos que tiene en la salud (a tales efectos cabe mencionar el «Informe Mundial sobre Violencia y Salud» de la OMS, 2002¹⁶⁹), y la inmunización¹⁷⁰.

Respecto de la inmunización contra enfermedades de importancia para la salud pública, la OMS¹⁷¹ hace notar que las vacunas que protegen contra las enfermedades mediante la inducción de inmunidad se administran de forma generalizada y sistemática en todo el mundo, de acuerdo con el principio de sentido común de que es preferible que las personas no caigan enfermas a tener que tratarlas una vez que lo están¹⁷².

¹⁶² http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_who03/es/. Muchas de las disposiciones del nuevo Reglamento (cuya vigencia se pospone dos años después de su adopción) se basan en la experiencia obtenida y las enseñanzas extraídas por la OMS y la comunidad mundial durante los 30 últimos años.

¹⁶³ El nuevo Reglamento tiene por objeto «prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública» y ofrecer «la máxima protección a las personas frente a la propagación de enfermedades a escala internacional interfiriendo lo menos posible en los viajes y el comercio mundiales».

¹⁶⁴ El Reglamento Sanitario Internacional original, que se aprobó en 1969, tuvo por objeto contribuir a la vigilancia y el control de cuatro enfermedades infecciosas graves: el cólera, la peste, la fiebre amarilla y la viruela.

¹⁶⁵ En el Reglamento actual figura una lista de enfermedades, como la viruela, la poliomielitis y el síndrome respiratorio agudo (SRAS) cuya aparición debe notificarse a la OMS.

¹⁶⁶ Entre las medidas sistemáticas, cabe citar las relacionadas con la salud pública en fronteras, puertos y aeropuertos, y en los medios de transporte internacional que pasan por ellos. También prevé un código de conducta sobre la manera de notificar los eventos de salud pública de interés internacional y responder a ellos, y subraya las esferas que deben fortalecerse, incluso en la OMS.

¹⁶⁷ En octubre de 2005 la OMS procedió a realizar orientaciones sobre las medidas de salud pública en países que sufran sus primeros brotes de gripe aviar (H5N1), toda vez que ocasionalmente los virus de la gripe aviar han franqueado la barrera entre las especies e infectando al ser humano: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/firstoutbreak/es/print.html y http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/es/

¹⁶⁸ El 13 de enero de 2006 la Junta de Directores del BM aprobó un programa de financiación para combatir la gripe aviar en los animales a fin de reducir al mínimo la amenaza para la población, al igual que responder a una posible pandemia de gripe humana.

¹⁶⁹ http://www.who.int/violence_injury_prevention/world_report/en/

¹⁷⁰ <http://www.who.int/topics/vaccines/es/>

¹⁷¹ Nota informativa (nº 288, marzo de 2005):

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs288/es/print.html>.

¹⁷² En la campaña de inmunización realizada por la OMS entre 1967 y 1977 se erradicó de forma natural la viruela (cuando se inició el programa, la enfermedad aún amenazaba al 60% de la población mundial y mataba a una de cada cuatro víctimas). La erradicación de la poliomielitis, dice la

Precisa la OMS que en todos los países en desarrollo se practica hoy en día la vacunación sistemática contra el sarampión, la polio, la difteria, el tétanos, la tos ferina y la tuberculosis. Y recomienda la inmunización contra la hepatitis B en todos los países (que actualmente se administra a los lactantes en 147 de los 192 Estados miembros de la OMS). La vacuna contra la fiebre amarilla se ofrece en unas dos terceras partes de los países en los que hay riesgo de brotes de la enfermedad. La inmunización sistemática contra la rubéola se practica en 111 países¹⁷³.

La cobertura ha aumentado enormemente desde 1974, año en que se puso en marcha el Programa Ampliado de Inmunización de la OMS. En 2003, la cobertura mundial de la DTP3 (tres dosis de la vacuna combinada contra difteria, tétanos y tos ferina) fue del 78%, un 20% más que en 1980. Con todo, en 2003 quedaron sin inmunizar con esta vacuna 27 millones de niños en todo el mundo, de ellos 9,9 millones en Asia meridional y 9,6 millones en el África subsahariana¹⁷⁴. Se calcula que en 2002 murieron en todo el mundo 2,1 millones de personas por enfermedades que pueden evitarse mediante vacunas de uso generalizado. En esa cifra están incluidos 1,4 millones de niños menores de cinco años.

Señala asimismo la OMS que son muchas las vacunas nuevas en fase de investigación y desarrollo que podrían mejorar considerablemente la situación sanitaria en los países más pobres¹⁷⁵. Y que la inmunización se considera una de las inversiones en salud más eficaces en relación con el costo.

Reconoce la OMS que muchos países en desarrollo tienen dificultades para adquirir vacunas, pero que el impulso, los fondos y el apoyo técnico que han proporcionado iniciativas internacionales como el Programa Ampliado de Inmunización y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI¹⁷⁶) han contribuido a aumentar la cobertura de inmunización y el número de vacunas proporcionadas. Y que la «Perspectiva y Estrategias Mundiales de la Inmunización OMS-UNICEF» (2006-

OMS, está ya a nuestro alcance (desde el lanzamiento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltitis en 1988 por la OMS y sus asociados, las infecciones han disminuido en un 99% y alrededor de cinco millones de personas se han librado de una parálisis). Entre 1999 y 2003, las muertes por sarampión disminuyeron en todo el mundo en casi un 40%, y algunas regiones se han fijado el objetivo de eliminar la enfermedad. Pronto se eliminará el tétanos materno y neonatal en 14 de 57 países de alto riesgo. También se han introducido nuevas vacunas con resultados interesantes, entre ellas, la primera que ayuda a prevenir el cáncer de hígado y la vacuna contra la hepatitis B (actualmente esta vacuna se administra de forma sistemática a los lactantes en el 77% de los Estados miembros de la OMS. Los rápidos avances en la obtención de nuevas vacunas permiten esperar que en un futuro próximo se pueda dispensar protección contra una gama más amplia de enfermedades infecciosas graves).

¹⁷³ En los países industrializados típicamente se ofrece un espectro más amplio de protección que en los países en desarrollo, pues a menudo se incluyen vacunas contra la gripe, las cepas predominantes de enfermedad neumocócica, y la parotiditis (normalmente en combinación con las vacunas contra el sarampión y la rubéola). Los programas de inmunización a veces se dirigen a los adolescentes o los adultos, según la enfermedad de que se trate, además de a los lactantes y los niños.

¹⁷⁴ En general, las personas que quedan al margen de los programas de vacunación sistemática, sostiene la OMS, son las que viven en lugares aislados, barriadas pobres en las ciudades y zonas fronterizas. También incluyen a grupos indígenas, poblaciones desplazadas, personas sin acceso a la vacunación a causa de distintas barreras sociales, personas que carecen de información o de motivación y personas que se niegan a vacunarse.

¹⁷⁵ Entre ellas cabe citar las vacunas contra enfermedades como la diarrea por rotavirus, responsable de entre 300 mil y 600 mil muertes anuales de niños menores de cinco años; el papilomavirus humano, una de las principales causas de cáncer cérvico-uterino, que afecta a unas 500 mil mujeres todos los años, el 80% de ellas en los países en desarrollo; y la enfermedad neumocócica, responsable de gran parte de los casi 2 millones de muertes anuales en el mundo por neumonía infantil.

¹⁷⁶ http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5510.pdf.

2015) impulsará esta coordinación, ampliará la cobertura de inmunización y favorecerá los sistemas logísticos establecidos con ese fin para prestar además otros servicios de atención de salud¹⁷⁷, estrategia que ha sido aplaudida por los Estados miembros de la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud¹⁷⁸.

En la esfera de la inmunización, la OMS trabaja con distintos asociados¹⁷⁹ y entre sus responsabilidades específicas figuran: apoyar y facilitar la investigación y el desarrollo; garantizar la calidad y la inocuidad de las vacunas; elaborar políticas y estrategias para maximizar el uso de las vacunas; reducir las barreras técnicas y financieras que se oponen a la introducción de vacunas y tecnologías; y apoyar a los países en la adquisición de las capacidades y las infraestructuras necesarias para conseguir el control y la erradicación de las enfermedades.

Por su parte, la Asamblea General de la ONU, en la Resolución 60/35, de 8 de febrero de 2006¹⁸⁰, ha reconocido la necesidad de que aumente la cooperación internacional y regional para ayudar a los países en desarrollo a obtener vacunas contra las enfermedades infecciosas que pueden prevenirse y para apoyar el desarrollo de nuevas vacunas.

4. DERECHOS Y OBLIGACIONES INTERNACIONALES

4.1.1 La Declaración de Alma-Ata (1978) afirma que la atención primaria de salud es «la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación» (§ VI).

¹⁷⁷ También reconoce la OMS que las vacunas son mucho menos rentables que los medicamentos, y no es de extrañar que las empresas farmacéuticas se hayan resistido a hacer las grandes inversiones que se necesitan para investigar y obtener vacunas contra enfermedades infecciosas, conscientes de que la mayoría de los clientes potenciales son gobiernos que probablemente no se puedan permitir pagar por estos productos un precio suficiente como para obtener beneficios. Por el mismo motivo, las vacunas nuevas que se han obtenido se han fabricado en cantidades limitadas, lo que aumenta su costo por dosis. Parte de la dificultad para los fabricantes yace en la previsión de la demanda y en asumir la incertidumbre de distintos factores del mercado. Sin embargo, se han adoptado medidas para hacer frente a esos retos. Por ejemplo, desde 1977 el «Fondo Rotatorio de las Américas para la Adquisición de Vacunas» viene actuando como comprador a granel para los países que se incorporan al programa. El Fondo garantiza a los fabricantes un mercado grande y predecible para sus vacunas, y a más de 30 países participantes precios hasta un 80% más bajos que los que se proponen a los países por separado. La Iniciativa para la «Independencia Vacunal del UNICEF», lanzada en 1991, establece un fondo rotatorio para cada país participante, permite a esos países comprar vacunas por conducto del sistema de adquisición del UNICEF. Otro sistema más reciente consiste en garantizar un mercado de gran tamaño y un precio razonable por adelantado a aquellas empresas farmacéuticas que desarrollen vacunas que supongan grandes beneficios sanitarios para los países pobres. Este método de «incitación-disuasión» está siendo financiado y progresivamente ajustado por una coalición de donantes internacionales, programas bilaterales de ayuda, donantes privados y algunos gobiernos.

¹⁷⁸ http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr_wah04/es/

¹⁷⁹ Gobiernos, organismos de la ONU y otras organizaciones internacionales, organismos bilaterales de salud y desarrollo de gobiernos, organizaciones no gubernamentales, grupos profesionales y el sector privado.

¹⁸⁰ Señala con preocupación los efectos perniciosos que tienen para la Humanidad el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras enfermedades infecciosas y epidemias graves, así como la pesada carga que suponen las enfermedades para los pobres, en especial en los países en desarrollo.

En el marco convencional, entre las medidas que los Estados Partes en el PIDESC deben adoptar figuran las necesarias para la «creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad» (art. 12.2.d)¹⁸¹. Y la Convención sobre Derechos del Niño establece que los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas apropiadas para asegurar «la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud» (art. 24.2.b).

El CDESC se refiere a los elementos que integra la asistencia sanitaria (OG-14, § 12). Los elementos determinados son los siguientes:

a) *Disponibilidad*. «Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte»¹⁸².

b) *Accesibilidad*. Los establecimientos, bienes y servicios de salud «deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte». La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) no discriminación¹⁸³; ii) accesibilidad física¹⁸⁴; iii) accesibilidad económica (asequibilidad)¹⁸⁵; y iv) acceso a la información¹⁸⁶.

c) *Aceptabilidad*. En el sentido de que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida,

¹⁸¹ Aunque el PIDCP sólo se refiere a la asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad, el CDESC considera que dicho compromiso «incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental» (OG-14, § 17).

¹⁸² Afirma el CDESC que esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

¹⁸³ En el sentido de que los establecimientos, bienes y servicios de salud tienen que ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos (art. 2 del PIDESC).

¹⁸⁴ Estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

¹⁸⁵ Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios (sean públicos o privados), estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

¹⁸⁶ Comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) *Calidad.* Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas.

e) *Universalidad.* El CDESC se refiere al acceso universal a la asistencia sanitaria (servicios médicos y asistencia médica), ya que reconoce la misma a favor de «toda persona»¹⁸⁷, acceso universal al que se ha referido la OMS como objetivo, aunque reconociendo que ello tropieza con numerosos obstáculos, entre los que cita «la falta de recursos financieros»¹⁸⁸.

La Convención Internacional sobre la protección de los derechos de los trabajadores migratorios y de sus familias establece que los trabajadores migratorios y sus familias «gozarán de igualdad de trato respecto de los nacionales del Estado de empleo» en relación con «el acceso a los servicios (...) de salud» (arts. 43.1.e y 45.1.c), reconocimiento que realiza a favor de los trabajadores migratorios que sean «documentados o regulares» (art. 5). Pero la universalidad está reconocida a los trabajadores migratorios (y a sus familias) respecto de la atención médica de urgencia cuando «resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate», toda vez que la atención médica de urgencia «no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo» (art. 28).

4.1.2 El PIDESC determina que entre las medidas que los Estados Partes tienen que adoptar para hacer efectivo el derecho a la salud está «la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad» (art. 12.2.b). Sobre la base de dicha disposición, el CDESC ha afirmado que ello incluye «el suministro de medicamentos esenciales»¹⁸⁹ y que es una obligación fundamental de los Estados «suministrar medicamentos esenciales», reafirmando en el contexto del elemento de *disponibilidad* de los establecimientos, bienes y servicios de salud. Refiriéndose a la obligación de respetar, ha precisado el CDESC

¹⁸⁷ Acceso universal al que ha hecho implícitamente referencia el CDESC en el contexto de la no discriminación al afirmar que los artículos 2.2 y 3 del PIDESC «prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud» (OG-14, 18). Afirma además el CDESC que los Estados tienen la obligación especial de «proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud» (*Ibid.*, 19).

¹⁸⁸ Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), Capítulo VI (objetivo: el acceso universal).

¹⁸⁹ El CDESC alude a los medicamentos esenciales definidos en el «Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS (1999)», cuya información ha sido actualizada en el año 2004: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.3_spa.pdf.

que ello incluye la obligación del Estado de abstenerse «de comercializar medicamentos peligrosos» y de «imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos». Y en cuanto a la obligación de proteger considera el CDESC que la misma comporta «controlar la comercialización de (...) medicamentos por terceros» (OG-14, §§ 12, 17, 35 y 41).

El Relator sobre el derecho a la salud ha abordado el problema que plantea la adquisición de los medicamentos como consecuencia de la carencia de recursos económicos, de ahí que haya hecho notar que es consciente que uno de los problemas de la accesibilidad a los medicamentos es la económica¹⁹⁰.

El problema ha sido abordado por la OMS en los Informes sobre la Salud en el Mundo (2002¹⁹¹ y 2003). En éste, al referirse a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la OMS precisó que si los objetivos 1 a 7 incumben a los países en desarrollo, el objetivo 8 incumbe a los países desarrollados, toda vez que el mismo establece las medidas que éstos «pueden adoptar para crear un entorno más propicio en las esferas de... los medicamentos esenciales» (Cap. II). Lo cierto es que el costo de los medicamentos para el VIH/SIDA ha sido objeto de atención por la Asamblea General de la ONU¹⁹², la OMS¹⁹³ y el CDN¹⁹⁴.

Refiriéndose a las enfermedades descuidadas, la OMS ha puesto de manifiesto que todas estas enfermedades han sufrido de la falta de incentivos para fabricar medicamentos y vacunas para mercados que no pueden pagarlos¹⁹⁵. De ahí que el Relator sobre el derecho a la salud haya considerado que la cooperación internacional es necesaria para encontrar nuevos medicamentos, vacunas o instrumentos de diagnóstico para las enfermedades que imponen una carga tan pesada a los países en desarrollo. Ha señalado asimismo que también es necesario que los medicamentos existentes para las enfermedades descuidadas sean más accesibles a las poblaciones empobrecidas que los necesitan¹⁹⁶.

En relación con los medicamentos falsificados, hay que hacer notar que el 19 de marzo de 2003 la OMS presentó una nueva edición de la Farmacopea Internacional, que tiene una amplia finalidad aunque presta especial atención para detectar los

¹⁹⁰ ONU, Doc. E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, § 61 y § 65.

¹⁹¹ En el que se ocupó de «Medicamentos esenciales y políticas farmacéuticas: Ayuda a los países para acordar las diferencias de acceso a los medicamentos».
http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EDM_2003.1_spa.pdf.

¹⁹² La Asamblea General de la ONU ha reconocido que es preciso reducir el costo de esos medicamentos y que la falta de productos farmacéuticos de precio asequible, de estructuras de suministro y sistemas de salud viables sigue obstaculizando una respuesta eficaz al VIH/SIDA en muchos países, especialmente para las personas más pobres, por lo que recuerda los esfuerzos por proporcionar medicamentos a bajo precio a los necesitados, Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Resolución S-26/2, de 2 de agosto de 2001.

¹⁹³ En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2004), la OMS señala que desde el año 2002 los precios de los medicamentos han descendido más de un 50%, aunque afirma que la gestión del suministro de medicamentos es un desafío de envergadura en muchas regiones duramente castigadas (Cap. II). Hace asimismo notar que las organizaciones no gubernamentales y las agrupaciones de la sociedad civil han dirigido la aplicación de los principios de derechos humanos hacia el problema del acceso a los medicamentos para los pobres (Cap. III).

¹⁹⁴ El CDN ha considerado que los Estados Partes «deben negociar con la industria farmacéutica para que los medicamentos necesarios estén disponibles en el ámbito local al menor costo posible» (OG-3, § 26 y § 28).

¹⁹⁵ OMS, *Global Defence against the Infectious Disease Threat* (2002), pp. IV y 96:
<http://www.who.int/infectious-disease-news/cds2002/>

¹⁹⁶ ONU, Doc. E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, § 79.

medicamentos de calidad insuficiente o falsificados, que son motivo de creciente preocupación en todo el mundo, si bien afectan especialmente a los países en desarrollo¹⁹⁷. A final de dicho año, la OMS intensificó su lucha contra los medicamentos falsificados¹⁹⁸, por lo que el pasado 25 de mayo de 2006 la Asamblea Mundial de la Salud se ocupó de esta cuestión¹⁹⁹.

4.1.3 El derecho a la salud, ha sostenido el CDESC, «está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros Derechos Humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos Humanos»²⁰⁰.

a) *Derecho a la información*. Entre los derechos citados por el CDESC está el derecho a la información, que lo considera como uno de «los componentes integrales del derecho a la salud», tanto en lo que respecta a la «salud física y mental», como a «la salud sexual y reproductiva», especificando que el acceso a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (OG-14, §§ 11, 12 y 21). De forma particular, el CDESC ha afirmado el derecho al acceso a la información para los adolescentes²⁰¹, lo que ha sido reafirmado por el CDN²⁰². En relación con las mujeres, el acceso a la información ha sido objeto de atención por el CEDAW con carácter general y respecto de la salud sexual y reproductiva en particular (RG-24, §§ 13, 18, 20 y 23). Por su parte, el Relator sobre el derecho a la salud ha hecho notar que entre los factores que incrementan la vulnerabilidad de la mujer ante la mala salud están la falta de acceso a la información²⁰³.

La OMS ha hecho notar que es necesario que toda la sociedad civil disponga de información precisa sobre la salud y sobre el desempeño de los sistemas sanitarios²⁰⁴.

b) *Consentimiento*. El CDESC ha afirmado que el derecho a la salud entraña libertades; entre ellas, el no someterse a experimentos médicos no consentidos (OG-14, § 8). A este respecto resulta pertinente citar el artículo 7 del PIDCP que prohíbe los experimentos médicos o científicos realizados sin el libre consentimiento de la persona interesada²⁰⁵.

¹⁹⁷ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr24/es/>

¹⁹⁸ <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr85/es/>

¹⁹⁹ <http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2006/wha01/es/>

²⁰⁰ El CDESC cita en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud» (OG-14, 3).

²⁰¹ El CDESC ha afirmado el derecho a la información de los adolescente con respecto a numerosas situaciones relacionadas con la salud (OG-24, § 10).

²⁰² El CDN ha precisado que la información tiene que ser «adecuada y apropiada para su edad y la elección de comportamientos de salud adecuados». Además ha hecho notar que el acceso a la información de los adolescente incluye la «información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual» (OG-7, § 26, § 28 y § 39).

²⁰³ El Relator sobre el derecho a la salud se refiere al «Programa de Acción de El Cairo» de 1994 en cuyo apartado 7.3 al determinar las garantías del derecho a la salud reproductiva, alude al derecho a la información para que las parejas decidan libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre éstos. ONU, Doc. E/CN.4/2003/58, de 13 de febrero de 2003, § 65.

²⁰⁴ ONU, Doc. E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, § 79.

²⁰⁵ El CDH ha observado que «se necesita una protección especial en relación con esos experimentos en el caso de las personas que no están en condiciones de dar un consentimiento válido, en

Al referirse a la obligación de respetar, el CDESC ha precisado que incluye la obligación del Estado de abstenerse de «aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas» (OG-14, 34). También se había referido al consentimiento de forma expresa en relación con las personas con discapacidad (OG-5, § 31), como lo ha hecho el CDN respecto de los adolescentes en las cuestiones que afecten al derecho a su salud (OG-4, § 39). Por su parte, el Relator sobre el derecho a la salud ha sostenido que el consentimiento está estrechamente relacionado con un elemento fundamental del derecho a la salud: el control de la salud y la libre disposición del cuerpo²⁰⁶.

4.2 Para la realización efectiva del derecho a la salud, los Estados asumen en Derecho internacional obligaciones jurídicas respecto de toda persona bajo su jurisdicción (en tanto que parte en un tratado internacional, sin perjuicio de las obligaciones que dimanen del Derecho internacional general), pero también pueden asumirlas respecto a la comunidad internacional en su conjunto (ya sea como Parte en un tratado internacional o en calidad de Miembro de una organización internacional). Si en el primer supuesto los Estados se comprometen a adoptar *medidas* para la efectividad del derecho a la salud respecto de toda persona bajo su jurisdicción, en el segundo a lo que se comprometen es a *cooperar* para que el derecho a la salud sea efectivo en otros países.

4.2.1 El CDESC ha hecho notar que, al igual que todos los Derechos Humanos, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones a los Estados Partes: *respetar, proteger y cumplir*. La obligación de *respetar* exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud. La obligación de *proteger* requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el artículo 12 del PIDESC. Por último, la obligación de *cumplir* también requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (OB-14, § 33). En definitiva, el CDESC está haciendo referencia a las obligaciones de efecto inmediato, así como a las obligaciones de realización progresiva:

A) En virtud del PIDESC, los Estados Partes tienen *obligaciones inmediatas* por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho sea ejercido sin discriminación alguna (art. 2.2) y la obligación de adoptar medidas (art. 2.1) en aras de la plena realización del artículo 12. Precisando el CDESC que las medidas «deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud» (OG-14, § 30). Las medidas que los Estados Partes están obligados a adoptar son las siguientes:

particular de las sometidas a cualquier forma de detención o prisión». Precisando además que estas personas «no deben ser objeto de experimentos médicos o científicos que puedan ser perjudiciales para su salud» (OG-20, § 7).

²⁰⁶ Y como quiera que tal exigencia no se respeta ni se aplica, el Relator ha recomendado a los Estados que «reexamine urgentemente esta importante cuestión relativa al derecho a la salud con miras a proteger mejor, a nivel internacional y nacional, el derecho del consentimiento informado». ONU, Doc. E/CN.4/2005/51, de 14 de febrero de 2005, § 87 y § 90.

a) *Respetar*. La obligación de respetar, en su vertiente de no discriminación, implica obligaciones de abstención, esto es, obligaciones negativas. Una de las obligaciones de abstención determinada por el CDESC está relacionada con el derecho a la salud de la mujer, cuestión de la que también se ha ocupado el CEDAW (RG-24, §§ 14 y 22).

b) *Proteger*. La obligación de proteger incluye, ha afirmado el CDESC, las obligaciones de: i) «adoptar leyes²⁰⁷ u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros (...) y para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género»; ii) «velar porque la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; iii) controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología»; iv) velar porque las prácticas sociales o tradicionales nocivas «no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia»; v) impedir que terceros «induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos²⁰⁸»; y vi) porque terceros «no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud» (OG-14, § 35).

B) El PIDESC, ha precisado el CDESC, establece la aplicación progresiva del derecho a la salud y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles. En todo caso, el derecho a la salud, en tanto que *derecho de realización progresiva*, conlleva diversas obligaciones para los Estados, que incluyen una asistencia sanitaria disponible, accesible, aceptable y de calidad, así como programas para la realización efectiva del derecho en todas sus dimensiones. A este respecto, el CDESC ha puesto de manifiesto que la realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, «la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12» del PIDESC (OG-14, §§ 30 y 31).

La realización progresiva del derecho a la salud conlleva una obligación de comportamiento, lo que implica una obligación positiva: *cumplir*, que tiene implícito, precisa el CDESC, dos obligaciones: facilitar y promover. La obligación de *cumplir (facilitar)* requiere en particular que los Estados «adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y a las comunidades a disfrutar del derecho a la salud». Por su parte, la obligación de *cumplir (promover)* el derecho a la salud re-

²⁰⁷ En este contexto ha señalado el CDESC que los Estados Partes en el PIDESC deben considerar la posibilidad de adoptar una ley marco para dar efectividad a su derecho a una estrategia nacional de salud. La ley marco debe establecer mecanismos nacionales de vigilancia de la aplicación de las estrategias y planes de acción nacionales de salud. Esa ley deberá contener disposiciones sobre los objetivos que deban alcanzarse y los plazos necesarios para ello; los medios que permitan establecer las cotas de referencia del derecho a la salud; la proyectada cooperación con la sociedad civil, incluidos los expertos en salud, el sector privado y las organizaciones internacionales; la responsabilidad institucional por la ejecución de la estrategia y el plan de acción nacionales del derecho a la salud; y los posibles procedimientos de apelación (OG-14, § 56).

²⁰⁸ En este sentido se ha expresado también el CEDAW (RG-14).

quiere que los Estados «emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población» (OG-14, § 37).

Aunque las obligaciones a las que hace referencia el CDESC vinculan a los Estados respecto de toda persona bajo su jurisdicción, el CEDAW y el CDN han afirmado una serie de obligaciones de los Estados en relación con la mujer y los niños respectivamente, a las que se hará referencias en un momento posterior.

4.2.2 Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se centra en la cooperación internacional de los países desarrollados a favor de los países en desarrollo (objetivo 8). Y como quiera que tres de los mencionados objetivos (4, 5 y 6) están relacionados con el derecho a la salud, la cooperación internacional es esencial en esta materia. En todo caso, en virtud del PIDESC los Estados Partes asumen la obligación de cooperar para la efectividad de los derechos reconocidos (art. 2)²⁰⁹. El cumplimiento de la obligación de cooperar, ha afirmado el CDESC, comporta obligaciones negativas²¹⁰ y positivas²¹¹. Si bien esta última obligación es predicable en toda circunstancia, el CDESC precisa la obligación especial de cooperar de forma individual y solidaria ante determinadas situaciones de forma especial²¹².

La obligación de cooperar implica, además, ha afirmado el CDESC, «velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud, y, con tal fin, deben considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos legales». Análogamente, «los Estados Partes tienen la obligación de velar por que sus acciones en cuanto miembros de organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta el derecho a la salud. Por consiguiente, los Estados Partes que sean miembros de instituciones financieras internacionales, sobre todo del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y los Bancos regionales de desarrollo, deben prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud influyendo en las políticas y acuerdos crediticios y las medidas internacionales adoptadas por esas instituciones». Pero como quiera que algunas enfermedades son fácilmente transmisibles más allá de las fronteras de un Estado, es por lo que el CDESC ha afir-

²⁰⁹ El CDESC recuerda lo dispuesto en el artículo 56 de la Carta de la ONU, en las disposiciones específicas del PIDESC (arts. 12, 22 y 23) y en la Declaración sobre atención primaria de la salud de Alma-Ata (OG-14, § 38).

²¹⁰ En relación con las obligaciones negativas, el CDESC las ha determinado en las siguientes: a) «respetar el disfrute del derecho a la salud en otros países»; y b) «abstenerse en todo momento de imponer embargos o medidas análogas que restrinjan el suministro a otro Estado de medicamentos y equipo médico adecuados. En ningún momento deberá utilizarse la restricción de esos bienes como medio de ejercer presión política o económica» (OG-14, § 39, § 41).

²¹¹ Y las obligaciones positivas comportan, ha precisado el CDESC: a) impedir que terceros conculquen el derecho a la salud «en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de la ONU y el Derecho internacional aplicable»; b) cooperar para la efectividad del derecho a la salud, pues de acuerdo con los recursos de que dispongan, «los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda».

²¹² En este contexto el CDESC se refiere a la prestación de ayuda en casos de desastre y de asistencia humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación asistencia a los refugiados y los desplazados internos. Afirma que cada Estado debe contribuir a esta misión hasta el máximo de su capacidad. Al proporcionar ayuda médica internacional y al distribuir y administrar recursos tales como el agua limpia potable, los alimentos, los suministros médicos y la ayuda financiera, hay que otorgar prioridad, precisa el CDESC, a los grupos más vulnerables o marginados de la población». A tales efectos invoca la Carta de la ONU, las resoluciones pertinentes de la Asamblea General de la ONU y de la Asamblea Mundial de la Salud (OG-14, § 39 y § 41).

mado que «recae en la comunidad internacional la responsabilidad solidaria por solucionar este problema» y en concreto en los Estados Partes «económicamente desarrollados», los cuales «tienen una responsabilidad y un interés especiales en ayudar a los Estados en desarrollo más pobres a este respecto» (OG-14, §§ 39 y 40).

4.2.3 Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a un incumplimiento de las obligaciones internacionales asumidas por los Estados Partes en el PIDESC y, consecuentemente, una violación del derecho a la salud, el CDESC ha afirmado que «es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído (...) y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones». Precisa que ello se desprende del artículo 12.1 que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del artículo 2.1 en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga²¹³. Y aunque la efectividad del derecho a la salud depende de la capacidad económica del Estado, el CDESC ha afirmado que un Estado «no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra²¹⁴ que son inderogables» (OG-14, § 47). El incumplimiento de las obligaciones relacionadas con el derecho a la salud puede traer causa en conductas por acción y por omisión²¹⁵. Para mayor abundamiento, el CDESC precisa cuándo se producen violaciones de las obligaciones de respetar, proteger y cumplir (OG-14 §§ 50, 51 y 52).

4.2.4 El CDESC señala que conforme a lo dispuesto en los artículos 22 y 23 del PIDESC, la OMS, la OIT, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo,

²¹³ «Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud» viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 (OG-14, § 47).

²¹⁴ Las obligaciones básicas determinadas por el CDESC son las siguientes: a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre; c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; d) Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados (OG-14, § 43).

²¹⁵ El CDESC califica de conducta constitutiva de violación del derecho a la salud por acción: a) «La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud»; b) «revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud; y c) «promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud». Y de violación por omisión: a) «no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental»; b) «no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo»; y c) «no hacer cumplir las leyes pertinentes» (OG-14, § 48, § 49).

el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el BM, los Bancos Regionales de Desarrollo, el Fondo Monetario Internacional, la OMC y otros órganos pertinentes del sistema de la ONU «deberán cooperar eficazmente con los Estados Partes, aprovechando sus respectivos conocimientos especializados y respetando debidamente sus distintos mandatos, para dar efectividad al derecho a la salud en el plano nacional. En particular, las instituciones financieras internacionales, especialmente el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deberán prestar mayor atención a la protección del derecho a la salud en sus políticas de concesión de préstamos, acuerdos crediticios y programas de ajuste estructural» (OG-14, § 61).

Hace asimismo notar que el papel de la OMS, del ACNUR, del Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y del UNICEF, así como también de las organizaciones no gubernamentales y las asociaciones médicas nacionales «reviste especial importancia en relación con la prestación de socorros en casos de desastre y la ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, en particular la asistencia prestada a los refugiados y los desplazados dentro del país. En la prestación de ayuda médica internacional y la distribución y gestión de recursos tales como el agua potable, los alimentos y los suministros médicos, así como de ayuda financiera, debe concederse prioridad a los grupos más vulnerables o marginados de la población» (OG-14, § 65).

5. GARANTÍAS

5.1 En Derecho internacional, las violaciones del derecho a la salud pueden ser perseguidas penalmente si constituyen un crimen internacional, ya sea por un tribunal internacional o por tribunales nacionales.

5.1.1 El Estatuto de la Corte Penal Internacional²¹⁶ (1998) tipifica como *crimen de lesa humanidad* los ataques generalizados contra la población civil u otros actos inhumanos que atenten gravemente contra la salud mental o física (art. 7.1.k), y como *crimen de guerra* las mutilaciones físicas y los experimentos médicos o científicos que no estén justificados en razón de un tratamiento médico, dental u hospitalario, ni se lleven a cabo en su interés y que pongan gravemente en peligro la salud (art. 8.2.iii). Consecuentemente, violaciones graves del derecho a la salud pueden ser perseguibles penalmente por la Corte Penal Internacional, siempre y cuando un Estado Parte en el Estatuto remita al Fiscal una situación (arts. 13.a y 14) o el Fiscal haya iniciado de oficio una investigación (arts. 13.c y 15). En ambos casos el presunto autor del crimen tiene que ser de la nacionalidad o haberlo cometido en el territorio o bajo la jurisdicción de un Estado Parte en el Estatuto (art. 12.2), sin perjuicio de que un Estado pueda aceptar la jurisdicción de la Corte para un caso concreto (art. 12.3). Pero además de los Estados, también puede ser remitida una situación al Fiscal por el Consejo de Seguridad de la ONU (art. 13.b), con independencia del lugar de la comisión del crimen internacional y de la nacionalidad del presunto autor del mismo²¹⁷.

²¹⁶ [http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute\(s\).pdf](http://www.un.org/spanish/law/icc/statute/spanish/rome_statute(s).pdf).

²¹⁷ Las víctimas de los crímenes internacionales de la competencia de la Corte Penal Internacional, aunque no tienen reconocida legitimación activa, sí son titulares de las reparaciones que puedan llegar a ser decididas por la Corte tras una sentencia condenatoria (art. 75 del Estatuto).

5.1.2 Determinados tratados internacionales califican ciertas violaciones como crímenes internacionales, asumiendo los Estados Partes la obligación de enjuiciar penalmente a sus responsables. A los efectos que nos ocupa cabe mencionar dos tratados adoptados en la ONU: Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (1948)²¹⁸ y Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1948)²¹⁹.

Al margen de la ONU existen tratados aplicables en tiempo de conflicto armado que prevén sanciones penales en caso de violaciones del derecho a la salud cuando las mismas sean considerada como infracciones graves: Convenio de Ginebra relativo al trato debido al prisionero de guerra de 1949 (III Convenio)²²⁰ y Convenio de Ginebra destinado a la protección de las personas civiles en tiempo de guerra de 1949 (IV Convenio)²²¹.

5.1.3 La Convención contra la Tortura dispone que con independencia del lugar de la comisión del hecho delictivo y de la nacionalidad del presunto delincuente,

²¹⁸ De conformidad con la Convención del Genocidio, constituye crimen de genocidio, entre otros, «la lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo», así como las «medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo», siempre que sean «perpetrados con la intención de destruir total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso». Respecto de tales actos (como de otros), los Estados Partes «se comprometen a (...) establecer sanciones penales eficaces para castigar a las personas culpables de genocidio o de cualquier otro de los actos enumerados en el artículo III» (art. V).

²¹⁹ La Convención contra la Tortura define la tortura como «todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales» (art. 1.1), siempre y cuando tenga por objeto algunas de las finalidades prevista (obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación) y el acto sea cometido por un sujeto activo cualificado (funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia). Consecuentemente, violaciones graves del derecho a la salud pueden ser sancionadas penalmente bajo el tipo penal de la tortura. En la mencionada Convención los Estados asumen el compromiso de velar «por que todos los actos de tortura constituyan delitos conforme a su legislación interna. Lo mismo se aplicará a toda tentativa de cometer tortura y a todo acto de cualquier persona que constituya complicidad o participación en la tortura. Todo Estado Parte castigará esos delitos con penas adecuadas en las que se tenga en cuenta su gravedad» (art. 4). La jurisdicción penal será ejercida por el Estado en cuyo territorio bajo su jurisdicción haya sido cometido el delito de tortura; cuando el presunto delincuente sea nacional de dicho Estado; y cuando la víctima sea de su nacionalidad (art. 5).

²²⁰ El III Convenio tipifica como infracción grave «todo acto ilícito o toda omisión ilícita por parte de la Potencia detenedora, que comporte la muerte o ponga en grave peligro la salud de un prisionero de guerra en su poder». Y añade que en particular, «ningún prisionero de guerra podrá ser sometido a mutilaciones físicas o a experimentos médicos o científicos, sea cual fuere su índole, que no se justifiquen por el tratamiento médico del prisionero concernido, y que no sean por su bien» (art. 13).

²²¹ Los Convenios III y IV tipifican como infracción grave «atentar gravemente contra la integridad física o la salud» de las personas protegidas (arts. 130 y 147 respectivamente). Comprometiéndose las Altas Partes Contratantes «a tomar todas las oportunas medidas legislativas para determinar las adecuadas sanciones penales que se han de aplicar a las personas que hayan cometido, o dado orden de cometer, una cualquiera de las infracciones graves contra el presente Convenio». Cada una de las Altas Partes Contratantes «tendrá la obligación de buscar a las personas acusadas de haber cometido, u ordenado cometer, una cualquiera de las infracciones graves y deberá hacerlas comparecer ante los propios tribunales, sea cual fuere su nacionalidad», sin perjuicio de que puedan proceder a conceder la extradición para que los presuntos autores sean juzgados «por otra Parte Contratante» (art. 129 del III Convenio y art. 146 del IV Convenio).

un Estado Parte en la Convención contra la Tortura puede juzgar y sancionar penalmente a los autores del delito de tortura²²².

En los convenios de Ginebra de 1949 (III y IV) también se afirma la jurisdicción universal en tanto que dichos convenios no exigen el requisito de la nacionalidad del presunto autor para que el Estado pueda juzgarlo (incluso lo excluyen expresamente), ni tampoco que los actos hayan sido cometidos en su territorio.

5.2 El PIDESC no instituye un procedimiento de quejas individuales para que las personas que se consideren víctimas de una violación de los derechos reconocidos en el mismo, como el derecho a la salud, puedan presentar la correspondiente reclamación ante el CDESC²²³. Sin embargo, las personas víctimas de una violación del derecho a la salud no están totalmente desamparadas, ya que pueden presentar una queja ante diversos órganos convencionales, por ejemplo ante el CDH, siempre y cuando cuestiones relacionadas con su derecho a la salud hayan motivado la violación de un derecho reconocido en el PIDCP; lo que no pueden invocar directamente es violación del derecho a la salud²²⁴, como lo confirma el caso *Eugene Linder c. Finlandia*²²⁵. La práctica pone de manifiesto que el CDH ha declarado en diversas ocasiones violación del PIDCP por cuestiones relacionadas con el derecho a la salud. A título de ejemplo, en el caso *Toonen c. Austria* declaró violación por considerar que «la penalización de prácticas homosexuales iría en contra de la ejecución de programas de educación eficaces en materia de prevención de la infección por el VIH/SIDA»²²⁶; en el caso *Marcel Mulezi c. República Democrática del Congo*, el CDH declaró violación del PIDCP por la negativa de las autoridades congoleñas de prestar o autorizar asistencia médica a las víctimas, tras haber sido objeto de torturas²²⁷; y en el caso *Bozena Fijalkowska c. Polonia* también declaró violación por el internamiento arbitrario de la víctima en un hospital psiquiátrico²²⁸.

²²² A tales efectos establece que todo Estado Parte adoptará «las medidas necesarias para establecer su jurisdicción sobre estos delitos (tortura) en los casos en que el presunto delincuente se halle en cualquier territorio bajo su jurisdicción y dicho Estado no conceda la extradición» (art. 5.2) y añade que la presente Convención «no excluye ninguna jurisdicción penal ejercida de conformidad con las leyes nacionales» (art. 5.3).

²²³ En la actualidad (por tanto, 40 años después de su adopción) está en proceso de elaboración un posible Protocolo Facultativo del PIDESC en el que se prevé instituir el procedimiento de quejas individuales.

²²⁴ Ante el Comité contra la Tortura las víctimas de tortura de forma indirecta también pueden invocar violación del derecho a la salud siempre que tales violaciones sean consecuencia de actos de torturas.

²²⁵ El CDH sostuvo que «el derecho a la salud, como tal, no está protegido por las disposiciones del PIDCP», por lo que declaró la comunicación inadmisibles *ratione materiae*. Comunicación 1420/2005, CPR/C/85/D/1420/2005, de 23 de noviembre de 2005, § 4.3.

²²⁶ ONU, Doc. CCPR/C/50/D/488/1992, de 4 de abril de 1994, § 8.5.

²²⁷ Se da la circunstancia de que el autor de la comunicación y su esposa fueron víctimas de malos tratos y le fue denegada a ambos asistencia médica, lo que para la esposa tuvo consecuencias fatales ya que falleció tres días después. El CDH consideró que el autor fue víctima de violación del artículo 7 (derecho a la integridad personal) como consecuencia de los actos de torturas y malos tratos tras su detención y del artículo 10.1 (derecho de toda persona privada de libertad a ser tratada humanamente y con el debido respecto a su dignidad inherente de ser humano), como consecuencia de las condiciones materiales de detención, esto es, por la falta de asistencia médica. Y en relación con el autor y su esposa, que fueron víctimas de violaciones del artículo 6 (derecho a la vida) y del artículo 23.1 (derecho a la protección familiar), justificando ambas declaraciones en la negativa de conceder asistencia médica a la esposa del autor de la comunicación. Comunicación 962/2001, Doc. CCPR/C/81/D/962/2001, de 23 de julio de 2004, § 5.3 y § 5.4

²²⁸ La autora de la comunicación (presunta víctima) había sido internada en un hospital psiquiátrico al parecer motivado por su estado de salud mental. Ante el CDH la autora invocó violación del ar-

Lo cierto es que si bien ante el CDH o el Comité contra la Tortura no se puede invocar directamente una violación del derecho a la salud en tanto que dicho derecho no está reconocido por los tratados sobre los cuales dichos comités ejercen sus competencias, la situación es distinta en relación con otros comités de la ONU ante los cuales sí puede ser invocada la violación del derecho a la salud, toda vez que dicho derecho está reconocido. En este contexto cabe hacer notar que se puede invocar directamente la violación del derecho a la salud ante el CEDR²²⁹, el CEDAW²³⁰ y el Comité sobre los Derechos de los Trabajadores Migratorios²³¹.

5.3 En la ONU existen varias garantías o, por ser más precisa, varios mecanismos de control no contencioso, a cuyos efectos resulta oportuno mencionar: los Procedimientos Públicos Especiales de la Comisión de Derechos Humanos, el Examen Periódico Universal y el Sistema de Informes Periódicos (convencional).

Desde que en 1965 el Consejo Económico y Social ratificó la competencia de protección de la Comisión de Derechos Humanos, ésta ha instituido Procedimientos Públicos Especiales²³² para investigar las violaciones de Derechos Humanos en un país en concreto, o bien para investigar las violaciones de un derecho en cualquier Estado miembro de la ONU. El Relator sobre el derecho a la salud, al que se han hecho referencias reiteradas, está integrado en la categoría de los procedimientos

título 9.1 del PIDCP como consecuencia del internamiento arbitrario de la que fue objeto. En relación con el posible carácter arbitrario del internamiento, el CDH consideró «difícil conciliar la opinión del Estado Parte de que, aunque se reconocía de conformidad con la ley el empeoramiento de la salud mental de la autora y su incapacidad para satisfacer sus necesidades elementales, se la consideraba al mismo tiempo legalmente capaz de actuar en su propio nombre». En cuanto al argumento del Estado Parte de «la enfermedad mental no se puede equiparar a una incapacidad legal», el CDH consideró que «el internamiento de una persona en una institución psiquiátrica equivale a reconocer la disminución de la capacidad, legal o de otra clase, de esa persona», precisó que el Estado «tiene la obligación especial de proteger a las personas vulnerables dentro de su jurisdicción, incluidos los enfermos mentales. Como la autora tenía una capacidad reducida que podría haber afectado su capacidad de participar efectivamente en las actuaciones, el Tribunal debía haber estado en condiciones de velar por que tuviese una asistencia o representación suficientes para salvaguardar sus derechos durante la totalidad de las actuaciones». El CDH sostuvo que «pueden darse circunstancias en las que la salud mental de una persona esté tan perturbada que, para evitar que se dañe a sí misma o dañe a otras personas, sea inevitable dar la orden de internamiento sin que disponga de asistencia o representación suficientes para salvaguardar sus derechos. En el presente caso no se han mencionado circunstancias especiales de esta clase. Por todas estas razones, el Comité considera que el internamiento de la autora fue arbitrario a tenor del párrafo 1 del artículo 9 del Pacto». Comunicación 1061/2002, Doc. CCPR/C/84/D/1061/2002, de 4 de agosto de 2005, § 8.3.

²²⁹ Ante el CEDR se puede presentar una queja invocando violación del derecho a la salud cuando la conculcación del mismo tenga su origen en un acto de discriminación, toda vez que el artículo 5.e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial que prohíbe la discriminación en el goce del derecho a la salud y a la asistencia sanitaria.

²³⁰ Ante el CEDAW puede ser presentada una queja invocando violación del derecho a la salud por una mujer o una adolescente en relación con las condiciones de trabajo o de la función reproductiva (art. 11.1.f) y por trabas para acceder a los servicios de atención médica en relación con cualquier problema de salud, así como para acceder a los servicios de salud apropiados durante el embarazo, el parto y con posterioridad al mismo, de conformidad con el artículo 12 de la Convención para la eliminación de la discriminación contra la mujer.

²³¹ Ante el Comité sobre los Derechos de los Trabajadores Migratorios puede ser presentada una queja invocando violación del derecho a la salud por un trabajador migratorio y/o su familia si se hallan en situación regular (arts. 43.1.e y 45.1.c), incluso puede ser invocada violación por los que no estén en situación regular en el supuesto que se le haya denegado la asistencia de urgencia, de conformidad con la Convención sobre los derechos de los trabajadores migratorios y de sus familias (art. 28).

²³² <http://www.ohchr.org/english/bodies/chr/special/index.htm>.

temáticos, y al mismo le compete examinar los problemas relacionados con la salud respecto de cualquier Estado miembro de la ONU, incluso realizar visitas *in loco* a los Estados a fin de proceder a un examen más exhaustivo.

El 15 de marzo de 2006 la Asamblea General de la ONU crea un Consejo de Derechos Humanos²³³ que tiene atribuidas competencias para realizar «un examen periódico universal, basado en información objetiva y fidedigna, sobre el cumplimiento por cada Estado de sus obligaciones y compromisos en materia de Derechos Humanos de una forma que garantice la universalidad del examen y la igualdad de trato respecto de todos los Estados»²³⁴. Como quiera que el Consejo de Derechos Humanos tiene competencia tanto en materia de derechos civiles y políticos como de derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a la salud podrá someterlo al examen periódico universal en relación con cualquier Estado miembro de la ONU, con independencia de que el Estado en cuestión esté vinculado o no a un tratado de Derechos Humanos que reconozca dicho derecho²³⁵.

El Sistema de Informes Periódicos (convencional)²³⁶ no tiene por finalidad que los Comités declaren violación; sin embargo, en las preocupaciones mostradas por los mismos en sus «observaciones finales» (tras examinar los informes que los Estados están obligados a presentar) se evidencia la no efectividad de los derechos reconocidos en el país cuyo informe examinan, de ahí que realicen las recomendaciones que consideran pertinentes. El CDESC es el órgano competente para examinar los informes que tienen que ser presentados por los Estados Partes en el PIDESC (art. 16), por lo que el derecho a la salud ocupa su atención en tanto que derecho reconocido. Recientemente se ha realizado una *Compilación de las Observaciones Finales (1989-2004)* del CDESC respecto de los países de América Latina y el Caribe²³⁷, las cuales reflejan datos importantes en relación con el derecho a la salud en los diferentes países²³⁸.

²³³ Reemplaza a la Comisión de Derechos Humanos que ha sido disuelta el 16 de junio de 2006.

²³⁴ Dicho mecanismo complementará y no duplicará la labor de los órganos creados en virtud de tratados». ONU, Doc. A/RES/60/251, de 3 de abril de 2006, § 5.e).

²³⁵ El fundamento jurídico para el ejercicio de dicha competencia son los artículos 55 y 56 de la Carta de la ONU y el marco jurídico de referencia la DUDH y demás instrumentos internacionales.

²³⁶ Se trata de un mecanismo de control internacional (rendición de cuentas) en virtud del cual el CDESC (como otros Comités de la ONU) conoce la situación del país cuyo informe examina (ya sea inicial o periódico) y, en concreto, cómo se aplica los compromisos jurídicos asumidos en virtud del PIDESC en Derecho interno. En sus Observaciones Finales (emitidas al concluir el examen del informe), el CDESC suele destacar los aspectos positivos y negativos (si los hubiera) y realiza sugerencias y recomendaciones en pro de la efectividad de los derechos reconocidos en el PIDESC cuando constata la falta de efectividad de los mismos.

²³⁷ [http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion\(1989-2004\).pdf](http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion(1989-2004).pdf).

²³⁸ A los efectos que nos ocupa sólo serán mencionados los Estados de la nacionalidad de la Federación Iberoamericana de Ombudsmán. Las páginas y párrafos serán las de la *Compilación* a la que se ha hecho referencia, salvo en el caso de España y Portugal que por razones obvias no están incluidos en dicho documento, por lo que se procederá a reseñar la signatura pertinente: *Argentina* (segundo informe periódico, 1999), pp. 30 (§ 18), 32 (§ 23, § 24 y § 27) y 34 (§ 38). Según los datos que figuran en la web, Argentina hasta la fecha no ha presentado el tercer informe periódico; *Bolivia* (informe inicial, 2001), pp. 49 (§ 14), 50 (§ 23) y 52 (§ 43); *Colombia* (cuarto informe periódico, 2001), p. 84 (§ 45); *Costa Rica* (informe inicial, 1990), pp. 112 (§ 162) y 133 (§ 163). Hasta la fecha, según los datos que aparecen en la web, Costa Rica no ha presentado un nuevo informe ante el CDESC; *Ecuador* (segundo informe periódico, 2004), pp. 124 (§ 11), 125 (§ 12) y 127 (§ 29 y § 30), 127 (§ 34), 128 (§ 36) y 130 (§ 54 y § 55); *El Salvador* (informe inicial, 1996), p. 146 (§ 20). El Salvador ha pre-

También reflejan datos importantes sobre el derecho a la salud algunas «observaciones finales» del CEDR (en relación con los problemas de discriminación en materia de salud respecto de determinadas personas)²³⁹, del CEDAW (respecto del derecho a la salud de la mujer)²⁴⁰ y del CDN (por algunos aspectos de la salud de los niños)²⁴¹. Por su parte, el Comité para la protección de los derechos de los trabaja-

sentado el año pasado el segundo informe periódico que está pendiente de ser examinado por el CDESC. De hecho éste ya ha remitido la «lista de cuestiones» a tales efectos, que contiene varias relacionadas con el derecho a la salud (Doc. E/C.12/Q/SLV/2, 30 de junio de 2005, §§ 20-33); *España* (cuarto informe periódico, 2004). ONU, Doc. E/C.12/1/Add.9, 7 de junio de 2004, § 10 y § 40; *Guatemala* (segundo informe periódico, 2003), pp. 150 (§ 11), 152 (§ 21, § 25 y § 29) y 154 (§ 43); *Honduras* (informe inicial, 2001), pp. 162 (§ 5) y 165 (§ 24, § 26 y § 27), 166 (§ 33), 167 (§ 68) y 168 (§ 46 y § 48); *México* (tercer informe periódico, 1999), pp. 170 (5), 171 (§ 18) y 175 (§ 42 y § 43). México ya ha presentado su cuarto informe periódico (E/C.12/4/Add.16) y el CDESC le ha remitido la lista de cuestiones, en la que solicita aclaraciones en relación con el derecho a la salud (Doc. E/C.12/MEX/Q/4, de 2 de marzo de 2006; *Panamá* (segundo informe periódico, 2001); pp. 194 (§ 12), 195 (§ 20 y § 21) y 198 (§ 37); *Paraguay* (informe inicial, 1996), pp. 218 (§ 16) y 220 (§ 28); *Perú* (informe inicial, 1997), pp. 225 (§ 16) y 226 (§ 23 y § 30); *Portugal* (tercer informe periódico, 2000). ONU, Doc. E/C.12/1/Add.53, de 1 de diciembre de 2000, § 14; y *Venezuela* (segundo informe periódico, 2001), pp. 225 (§ 26) y 226 (§ 23 y § 30).

²³⁹ *Bolivia*: Doc. CERD/C/63/CO/2, de 10 de diciembre de 2003, § 15; *Costa Rica*: Doc. CERD/C/60/CO/3, de 20 de marzo de 2002, § 11; *Ecuador*: Doc. CERD/C/62/CO/2, de 2 de junio de 2003, § 13; *Guatemala*: Doc. A/50/18, de 22 de septiembre de 1995; *México*: Doc. CERD/C/MEX/CO/5, de 4 de abril de 2006, § 17; *Perú*: Doc. CERD/C/304/Add.69, de 13 de abril de 1999, § 12 y § 19; y *Venezuela*: Doc. CERD/C/VEN/CO/18, de 1 de noviembre de 2005, § 17.

²⁴⁰ *Andorra* (informe inicial, 2001), Doc. A/56/38, de 31 de julio de 2001, § 48; *Argentina* (informes periódicos segundo y tercero, 1997), Doc. A/52/38/Rev.1, de 12 de agosto de 1997. Argentina ha presentado sus informes periódicos cuarto y quinto (CEDAW/C/ARG/5, de 11 de febrero de 2002) que según la web no aparecen como examinados; *Bolivia* (informe inicial, 1995), Doc. A/50/38, de 31 de mayo de 1995, § 82; *Colombia* (cuarto informe periódico, 1999), Doc. A/54/48, de 4 de febrero de 1999; *Ecuador* (informes periódicos segundo y tercero, 1994), Doc. A/49/38, de 12 de abril de 1994, § 534; *España* (informes periódicos segundo y tercero, 1999), Doc. A/54/48, de 1 de julio de 1999, § 10, § 14, § 15 y § 19; *Guatemala* (informe inicial y segundo informe periódico, 1994), Doc. A/49/38, de 12 de abril de 1994, § 45, § 46, § 51 y § 67; *Honduras* (informe inicial e informes periódicos segundo y tercero, 1992), Doc. A/47/38, de 24 de enero de 1992, § 120 y § 121; *México* (informes periódicos tercero y cuarto, 1998), Doc. A/53/38, de 14 de mayo de 1998, § 364, § 389, § 403, § 410 y § 412; *Panamá* (informes periódicos segundo y tercero, 1998), Doc. A/53/38/Rev.1, de 2 de julio de 1998; *Paraguay* (informe inicial y segundo informe periódico, 1996), Doc. A/51/38, de 9 de mayo de 1996; *Perú* (informes periódicos tercero y cuarto, 1998), Doc. 53/38/Rev.1, de 8 de julio de 1998; *Portugal* (informes periódicos cuarto y quinto, 2002), Doc. A/57/38 (Part I), de 7 de mayo de 2002, § 235, § 346 y § 348; y *Venezuela* (tercer informe periódico, 1997), Doc. A/52/38/Rev.1, de 12 de agosto de 1997.

²⁴¹ *Andorra* (informe inicial), Doc. CRC/C/15/Add.176, de 11 de marzo de 2002, § 41 y § 42; *Argentina* (segundo informe periódico) Doc. CRC/C/15/Add.187, de 9 de octubre de 2002, §§ 46-51; *Bolivia* (tercer informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.256, de 11 de febrero de 2005, §§ 47-50; *Colombia* (segundo informe periódico), CRC/C/15/Add.137, de 16 de octubre de 2000, §§ 47-49. Colombia ya ha presentado el tercer informe periódico y el CDN le ha remitido la lista de cuestiones (CRC/C/129/Add.6) en la que le solicita determinadas aclaraciones en relación con el derecho a la salud, Doc. CRC/C/COL/Q/3, de 15 de febrero de 2006); *Costa Rica* (tercer informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.266, de 21 de septiembre de 2005, §§ 39-44; *Ecuador* (informes periódicos segundo y tercero), Doc. CRC/C/15/Add.262, de 13 de septiembre de 2005, §§ 49-56; *El Salvador* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.232, 30 de junio de 2004, §§ 45-54; *España* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.185, de 13 de junio de 2002, § 27, § 38 y § 39; *Guatemala* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.154, de 9 de julio de 2001, § 26, § 40 y § 41; *Honduras* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/17/Add.105, de 24 de agosto de 1999, § 26 y § 27; *México* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.112, de 10 de noviembre de 1999, § 12. México ya ha presentado el tercer informe periódico (CRC/C/125/Add.7) y el CDN le ha remitido la lista de cuestiones solicitándole determinadas aclaraciones en relación con el derecho a la sa-

dores migratorios, que también tiene competencias para examinar cuestiones de salud en relación con los trabajadores migratorios, aún no ha examinado ningún informe.²⁴²

Incluso dos Comités que en principio no tienen competencias para examinar problemas relacionados con el derecho a la salud ya que el tratado que los instituye no reconoce dicho derecho, en sus «observaciones finales» (tras examinar los informes de los Estados) expresan su preocupación y hacen recomendaciones a determinados Estados en cuestiones relacionadas con la salud cuando inciden en algunos de los derechos sobre los que ejercen sus competencias de control. En este contexto cabe mencionar al CDH²⁴³ y al Comité contra la Tortura²⁴⁴.

5.4 En el PIDCP, los Estados Partes se comprometen a garantizar que toda persona «cuyos derechos o libertades reconocidos en el presente Pacto hayan sido violados, podrá interponer un recurso efectivo», ante la autoridad judicial o cualquier otra autoridad (art. 2.3). Semejante compromiso no es asumido por los Estados Partes en el PIDESC; sin embargo, el CDESC ha hecho notar que «toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados» y que las víctimas de esas violaciones «deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos». Precisa que «los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud» (OG-24, § 59).

Señala asimismo el CDESC que la «incorporación en el ordenamiento jurídico interno de los instrumentos internacionales en los que se reconoce el de-

lud (CRC/C/MEX/Q/3, de 15 de febrero de 2006); *Panamá* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.233, de 30 de junio de 2004, §§ 43-48; *Paraguay* (segundo informe periódico), Doc. CRC/C/15/Add.166, de 6 de noviembre de 2001, §§ 37-42; *Perú* (tercer informe periódico), Doc. CRC/C/PER/CO/3, de 14 de marzo de 2006, §§ 44-57; *Portugal* (segundo informe), Doc. CRC/C/15/Add.162, de 6 de noviembre de 2001, § 34 y § 35; y *Venezuela* (informe inicial), Doc. CRC/C/15/Add.109, de 2 de noviembre de 1999, 26-27.

²⁴² *México* ha presentado su informe inicial, Doc. CMW/C/MEX/1, de 18 de enero de 2005, pero en la web no consta que el Comité le haya remitido hasta la fecha la lista de cuestiones previa al examen del informe.

²⁴³ *Argentina* (tercer informe periódico, 2000), Doc. CCPR/CO/70/ARG, de 3 de noviembre de 2000, § 14; *Ecuador* (cuarto informe periódico, 1998), Doc. CCPR/C/79/Add.92, de 18 de agosto de 1998, § 11; *El Salvador* (informes periódicos tercero, cuarto y quinto, 2003), Doc. CCPR/C/CO/78/SLV, de 22 de agosto de 2003, §14; *Paraguay* (segundo informe periódico, 2005), Doc. CCPR/C/PRY/CO/2, de 31 de octubre de 2005, § 10; *Perú* (cuarto informe periódico, 2000), Doc. CCPR/CO/70/PER, de 15 de noviembre de 2000, § 15; *Portugal* (tercer informe periódico, 2003), Doc. CCPR/CO/PRT, de 17 de septiembre de 2003, § 11; y *Venezuela* (tercer informe periódico, 2001), Doc. CCPR/CO/71/VEN, de 26 de abril de 2001, § 19.

²⁴⁴ *Argentina* (cuarto informe periódico, 2004), Doc. CAT/C/CR/33/1, de 1º de diciembre de 2004, § 6; *Ecuador* (tercer informe periódico, 2006), Doc. CAT/C/ECU/CO/3, de 8 de febrero de 2006, § 22; *Paraguay* (tercer informe periódico, 2000), Doc. A/55/44, de 10 de mayo de 2000, §150. Otros Estados han presentado sus informes que están pendientes de ser examinados y en la lista de cuestiones remitidas por el Comité contra la Tortura previa al examen existen solicitud de aclaraciones sobre determinadas cuestiones relacionadas con el derecho a la salud: *Guatemala* ha presentado el cuarto informe periódico (CAT/C/74/Add.1), Doc. CAT/C/PER/Q/4, de 24 de febrero de 2006-04-23, § 30 y § 43; y *Perú* ha presentado el cuarto informe periódico (CAT/C/61/Add.2), Doc. CAT/C/PER/Q/4, de 21 de febrero de 2006, § 15 y § 16.

recho a la salud puede ampliar considerablemente el alcance y la eficacia de las medidas», pues la incorporación «permite que los tribunales juzguen los casos de violaciones del derecho a la salud, o por lo menos de sus obligaciones fundamentales, haciendo referencia directa al Pacto». Indica además que los Estados Partes «deben alentar a los magistrados y demás jurisperitos a que, en el desempeño de sus funciones, presten mayor atención a la violación al derecho a la salud». Y concluye diciendo que los Estados Partes «deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud» (*Ibid.*, § 60, § 61 y § 62).

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

Determinadas personas, por distintos motivos, necesitan una protección especial, de ahí la respuesta del Derecho internacional en relación con los derechos reconocidos, entre ellos, el derecho a la salud.

6.1 El PIDESC reconoce en el artículo 12 el derecho a la salud a toda persona, aunque no se refiere de forma expresa a la mujer²⁴⁵; no obstante, sí está reconocido con carácter particular en el artículo 12 de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Uno de los problemas que se consideran que tienen incidencias negativas en el derecho a la salud de la mujer es la mutilación genital femenina, cuestión a la que ha prestado atención particular el CEDAW²⁴⁶, aunque también constituye objeto de preocupación para los demás comités de la ONU y para la OMS²⁴⁷.

a) *Salud sexual y reproductiva*²⁴⁸. La salud sexual y reproductiva no está incluida entre los Objetivos del Desarrollo del Milenio; sin embargo, el Relator sobre el derecho a la salud señala que como quiera que tres de los ocho objetivos están relacionados con la salud (salud materna, salud infantil y VIH/SIDA)²⁴⁹, una estrategia de desarrollo que no contemple estas cuestiones «no sería digna de crédito»²⁵⁰.

²⁴⁵ No obstante, el CDESC al referirse a las medidas que los Estados Partes deben adoptar para hacer efectivo el «disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» (art. 12.1) y, en concreto, las medidas relativas a la «reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil» (art. 12.2.a), ha considerado que dicha disposición «se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información». Y ha afirmado la obligación de los Estados Partes de «velar por que las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia» (OG-14, §§ 14 y 35).

²⁴⁶ El CEDAW, como ha sido señalado, tiene adoptado una Recomendación General en relación con este problema. Vid. RG-4, de 2 de febrero de 1990, titulada «circuncisión femenina».

²⁴⁷ http://www.who.int/topics/maternal_health/es/

²⁴⁸ Entre los derechos afirmados por el CDESC en relación con la mujer está la salud sexual y reproductiva.

²⁴⁹ ONU, Doc. E/CN.4/2004/49, de 16 de febrero de 2004, § 8.

²⁵⁰ La Cumbre Mundial (2005) de la ONU ha resuelto asegurar «la igualdad al acceso a la salud reproductiva». ONU, Doc. A/RES/60/1, § 57.g).

De la salud sexual y reproductiva se viene ocupando el CEDAW, así como otros comités de la ONU y la OMS²⁵¹

b) *Salud materna*. La salud materna constituye uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En todo caso hay que tener presente que el derecho a la planificación familiar, así como los servicios adecuados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, están reconocidos en el artículo 12 de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer²⁵². Asimismo, la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho a la «atención sanitaria prenatal y posnatal apropiada a las madres» (art. 24.2.d). Por su parte, la OIT tiene adoptado el Convenio (183) sobre la Protección de la Maternidad de 2000 (destinado a proteger la salud de las trabajadoras gestantes, así como de madres de lactantes).

En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2005), la OMS se refiere a los progresos que se han realizado en relación con la atención al parto, aunque pone de manifiesto los problemas que siguen subsistiendo²⁵³. Y en este contexto, el CEDAW hace notar que muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo, cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o de acceder a ellos, como los servicios previo y posterior al parto, y los servicios de maternidad²⁵⁴.

c) *No discriminación en el acceso a los servicios de salud*. El CEDAW ha hecho notar que la discriminación tiene su origen en factores biológicos, socioeconómicos y psicosociales y que los Estados deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida (RG-24, § 29). Y el Relator sobre el derecho a la salud considera que cuando la discriminación se produce de forma sistemática por motivos de género, impide el acceso de la mujer a la salud y limita su capacidad de responder a las consecuencias de la falta de salud propia y de su familia²⁵⁵. A fin de eliminar la discriminación en el derecho a la sa-

²⁵¹ Salud sexual: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/; y salud reproductiva: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

²⁵² Por ello el CEDAW ha afirmado la obligación de los Estados Partes de eliminar «la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto» (RG-24, § 2).

²⁵³ Dos terceras partes de las mujeres de los países poco desarrollados y sólo una tercera parte de las de los países menos adelantados, señala la OMS, son atendidas en el parto por un profesional competente. A pesar de las mejoras registradas recientemente en algunos países, en muchos lugares del mundo el desarrollo de servicios de salud materna eficaces se ha visto dificultado por la escasez de recursos, la falta de voluntad política y el diseño de estrategias inadecuadas. Incluso cuando existen servicios, a menudo son de mala calidad, o hay barreras sociales y económicas que impiden que las mujeres accedan a ellos. Además, el número de camas disponibles en las salas de maternidad de los establecimientos de salud de muchos países es muy inferior a las necesidades, y las que hay están repartidas de forma desigual. No obstante, el principal problema es la escasez de personal especializado (Cap. V). Vid. asimismo http://www.who.int/topics/maternal_health/es/

²⁵⁴ A este respecto observa el CEDAW que «es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles» (RG-24, § 27). Por su parte el CDESC señala que un objetivo importante consiste «en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna» (OG-14, § 21), reducción que está entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (objetivo 5º).

²⁵⁵ ONU, Doc. E/CN.4/2003/58, de 13 de febrero de 2003, § 65.

lud de la mujer, el CEDAW ha realizado diversas recomendaciones²⁵⁶, como también las ha realizado el CDESC²⁵⁷.

d) *Obligaciones de los Estados.* Asegurar, respetar y proteger el derecho a la salud de la mujer son obligaciones asumidas por los Estados Partes en la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, habiendo precisado el CEDAW el contenido de estas tres obligaciones (RG-25, §§ 13-15, 17 y 21). Y aunque el PIDESC no se refiere de forma expresa al derecho a la salud de la mujer, el CDESC se ha pronunciado acerca de las obligaciones específicas de los Estados respecto de las mujeres en lo que al derecho a la salud respecta (OG-14, §§ 21 y 35).

6.2 El derecho a la salud del niño, en tanto que persona, está reconocido en el PIDESC; sin embargo, con carácter particular lo está en la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24.1), entendiéndose por niños a los menores de 18 años (art. 1).

a) *No discriminación.* El CDN recuerda que el artículo 2 de la Convención sobre Derechos del Niño prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión pública o de otra índole, origen nacional, étnico o social, posición económica, impedimentos físicos, nacimiento o cualquier otra condición

²⁵⁶ Entre otras, el CEDAW ha recomendado que los Estados Partes asignen suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud (RG-24, § 2). En particular el CEDAW recomienda: a) situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer; b) garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el VIH/SIDA; c) exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa; d) velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género (RG-24, § 12, § 14, § 30 y § 31).

²⁵⁷ El CDESC ha recomendado que «es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida», así como dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, «debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos» (OG-14 §§ 21 y 31).

En relación con la prevención del embarazo no deseado en el Informe sobre la Salud en el Mundo (2005), la OMS señala que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenir la totalidad de los embarazos no deseados, en cambio, sí es posible evitar todas y cada una de las 68.000 defunciones y también las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos (Cap. III). Precisa que no se trata sólo de cómo un país defina lo que es legal y lo que no lo es, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades. Las leyes, políticas y reglamentaciones existentes que limitan el acceso a los servicios de salud para las solteras o para las menores de determinada edad en la práctica dejan en la cuneta a muchas mujeres que precisan ayuda. Esto ocurre también con los servicios que exigen pagos por adelantado, excluyendo así a quienes son demasiado pobres para afrontar ese gasto. La OMS pone de manifiesto que cada año muchos millones de mujeres viven la angustiante experiencia de un embarazo no deseado. La realización de inversiones sostenidas en educación, información y prestación pública de servicios de anticoncepción puede suponer grandes avances hacia la meta de reducir el número de casos al mínimo (Cap. III).

del niño. Y afirma que deben añadirse también la orientación sexual y el estado de salud del niño, con inclusión del VIH/SIDA y la salud mental (OG-4, § 6)²⁵⁸.

La aplicación del principio de no discriminación, ha sostenido el CDESC, «requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños²⁵⁹, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente, y participar en las actividades de su comunidad» (OG-14, § 22)²⁶⁰.

b) *Primera infancia*²⁶¹. Entre las medidas que los Estados Partes en el PIDESC se comprometen a adoptar para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud está «la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños»²⁶² (art. 12.2.a), compromiso que también asumen los Estados Partes en la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual se refiere a la reducción de la mortalidad infantil, así como a la mortalidad «en la niñez» (art. 24.2.a)²⁶³.

²⁵⁸ Del problema relacionado con el VIH/SIDA se había ocupado el CDN en su Observación General 3, en la que afirmó que la discriminación es la causante del aumento de la vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA, así como de los graves efectos que tiene la epidemia en la vida de los niños afectados. Los hijos e hijas de padres que viven con el VIH/SIDA a menudo son víctimas de la estigmatización y la discriminación, pues con harta frecuencia también se les considera infectados. La discriminación hace que se deniegue a los niños el acceso a los servicios de salud. La discriminación también agrava la epidemia al acentuar la vulnerabilidad de los niños, en particular los que pertenecen a determinados grupos, los que viven en zonas apartadas o rurales, donde el acceso a los servicios es menor. Por ello, esos niños son víctimas por partida doble (OG-4, § 7).

²⁵⁹ En la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados se comprometen a adoptar todas «las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños» (art. 24.3).

²⁶⁰ La discriminación basada en el sexo, unida a los tabúes o las actitudes negativas o críticas respecto de la actividad sexual de las muchachas, lo que a menudo limita su acceso a medidas preventivas y otros servicios, es asimismo objeto de preocupación para el CDN, como también lo es la discriminación basada en las preferencias sexuales. Considera además que las leyes, las políticas, las estrategias y las prácticas deben tener en cuenta todas las formas de discriminación que contribuyan a agudizar los efectos de la epidemia del VIH/SIDA. Y que las estrategias también deben promover programas de educación y formación concebidos explícitamente para cambiar las actitudes discriminatorias y el estigma que acarrea el VIH/SIDA (OG-4, §§ 8 y 9).

²⁶¹ El CDN propone que una definición de trabajo adecuada de la primera infancia sería el período comprendido desde el nacimiento hasta los 8 años de edad; los Estados Partes deberán reconsiderar sus obligaciones hacia los niños pequeños a la luz de esta definición (OG-5, § 4).

²⁶² En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2003) la OMS puso de manifiesto que en la Región de las Américas había habido una disminución general de las tasas de mortalidad en la niñez. Señala que las reducciones más destacadas en términos proporcionales se habían registrado en Chile, Costa Rica y Cuba, donde las tasas disminuyeron desde 1970 en más de un 80%. En términos absolutos, también se han experimentado reducciones importantes en Bolivia, Nicaragua y el Perú. En cambio, en Haití la tasa de mortalidad en la niñez sigue siendo de 133 por mil nacidos vivos, una proporción que prácticamente duplica la correspondiente a Bolivia, que ocupa el segundo lugar en esa Región. Pero a pesar de tal reducción, la brecha de mortalidad entre los grupos pobres y los más acomodados se ha ido ampliando, lo que indica que en muchas regiones las mejoras en materia de supervivencia han beneficiado a los no pobres. La reducción de la mortalidad en la niñez ha sido más lenta en las zonas rurales, donde se concentra la población pobre, que en las zonas urbanas (Cap. I).

²⁶³ En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2005) la OMS ha puesto de manifiesto que la salud y supervivencia de un recién nacido está estrechamente ligada a la de su madre: en primer lugar, porque las madres más sanas tienen bebés más sanos; en segundo lugar, porque cuando una ma-

El compromiso ha sido incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que determina la reducción de la mortalidad infantil (refiriéndose a los menores de cinco años) en 2/3 partes para el año 2015²⁶⁴ (objetivo 4)²⁶⁵.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2005), la OMS pone de manifiesto que a menudo se afirma que no se puede reducir drásticamente el número de muertes neonatales sin un importante gasto en salud que permita realizar grandes inversiones en sofisticadas tecnologías. Considera que, en realidad, las enfermeras y los médicos pueden adquirir fácilmente la formación necesaria sin tener que hacerse especialistas. Las unidades de cuidados intensivos neonatales, los especialistas y los equipos caros sólo contribuyen a reducir aún más la mortalidad neonatal cuando ésta se encuentra ya en niveles muy bajos. La cuestión no es emplear instrumentos de alta tecnología, sino encontrar la manera más adecuada para que el sistema de salud garantice una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia especializada durante el parto y la atención que se presta a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido (Cap. V).

c) *Adolescentes*²⁶⁶. Uno de los problemas a los que se enfrentan los adolescentes está relacionado con la salud sexual y reproductiva. El CDESC considera que «el ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva» (OG-14, § 23). Por su parte, el CEDAW se ha ocupado de la salud sexual y reproductiva de los adolescente y ha afirmado el derecho de éstos a recibir «educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad» (RG-24, § 26). Y el CDN ha mostrado su preocupación por «los matrimonios y embarazos precoces» que constituyen un importante factor en «los problemas sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva, con inclusión del VIH/SIDA», por lo que ha instado a los Estados a «elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia» (OG-4, § 20 y § 31).

d) *Obligaciones de los Estados*. A los efectos de garantizar la efectividad del derecho a la salud de los niños, los Estados Partes en la Convención sobre los Dere-

dre recibe una asistencia insuficiente o nula durante el embarazo, el parto y el puerperio, ése suele ser también el caso de su hijo recién nacido (Cap. I).

²⁶⁴ La OMS hace notar que en términos mundiales, estamos realizando avances hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud de la madre y el niño. Ese logro se ve ensombrecido, sin embargo, por la persistencia de una mortalidad inaceptablemente alta y por la creciente desigualdad en lo que respecta a la salud materno-infantil y el acceso a la atención sanitaria en el mundo entero.

²⁶⁵ El Relator sobre el derecho a la salud ha puesto de manifiesto que, por varias razones, sobre todo por la consecución de tal objetivo, la supervivencia del niño recibe cada vez más atención de los Estados, las Organizaciones intergubernamentales y la sociedad civil. ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 63.

²⁶⁶ El CDH ha hecho notar que a pesar de que los adolescentes constituyen un grupo de población sano, la adolescencia plantea también nuevos retos a la salud y al desarrollo debido a su relativa vulnerabilidad y a la presión ejercida por la sociedad, incluso por los propios adolescentes para adoptar comportamientos arriesgados para la salud. Entre éstos figura la adquisición de una identidad personal y la gestión de su propia sexualidad» (OG-4, 2).

chos del Niño se comprometen a adoptar diversas medidas, entre las que cabe mencionar: asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños²⁶⁷; combatir las enfermedades y la malnutrición; y desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (art. 24.2), medidas que son aplicables a los niños (menores de 18 años). Sin embargo, el CDN ha determinado el contenido de las obligaciones distinguiendo entre las que deben ser proporcionadas a la primera infancia y a los adolescentes.

En relación con la primera infancia, el CDN ha hecho notar que los Estados Partes deben garantizar que «las instituciones, servicios e instalaciones responsables de la primera infancia se ajusten a criterios de calidad, especialmente en las esferas de la salud» (OG-7, § 23); garantizar que «todos los niños tienen acceso al más alto nivel posible de salud y nutrición durante sus primeros años, a fin de reducir la mortalidad infantil y permitir al niño disfrutar de un inicio saludable en la vida (art. 24)». Y ha precisado que los Estados Partes tienen la responsabilidad de garantizar «el acceso a agua potable salubre, a saneamiento e inmunización adecuados, a una buena nutrición y a servicios médicos, que son esenciales para la salud del niño pequeño, así como a un entorno sin tensiones»²⁶⁸; alentar «sobre las ventajas de la lactancia materna, la nutrición, la higiene y el saneamiento»²⁶⁹. Señala además, a la atención de los Estados Partes, los retos que plantea el VIH/SIDA para la primera infancia, por lo que afirma la obligación de los Estados de adoptar «las medidas necesarias a tales efectos» (*Ibid.*, § 28)²⁷⁰.

Y en lo que a los adolescentes respecta, el CDN ha señalado que en el cumplimiento de sus obligaciones en relación con la salud los Estados Partes tendrán siempre plenamente en cuenta los cuatro principios de la Convención²⁷¹. Ha afirmado que los Estados tienen que adoptar «todo tipo de medidas adecuadas de orden legislativo, administrativo o de otra índole para dar cumplimiento y supervisar los derechos de los adolescentes a la salud y el desarrollo, como se reconoce en la Convención». Y, con este fin, deben cumplir en especial una serie de obligaciones en relación con los adolescentes²⁷² (Observación General-4,

²⁶⁷ Haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud.

²⁶⁸ Aclara el CDN que la malnutrición y la enfermedad tienen una repercusión de largo plazo en la salud y el desarrollo físicos del niño. Afectan al estado mental del niño, inhiben su participación en el aprendizaje y social y reducen sus perspectivas de realizar todo su potencial. Lo mismo se aplica a la obesidad y a los estilos de vida poco saludables.

²⁶⁹ Vid. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*, Organización Mundial de la Salud, 2003.

²⁷⁰ Las medidas a las que hace referencia el CDN son las siguientes: i) prevenir la infección de padres y niños pequeños, especialmente interviniendo en las cadenas de transmisión, concretamente entre padre y madre y de madre a hijo; ii) ofrecer diagnosis adecuadas, tratamientos efectivos y otras formas de apoyo tanto a los padres como a los niños pequeños que están infectados por el virus (inclusive terapias antirretrovirales); iii) garantizar atención alternativa adecuada para los niños que han perdido a sus padres u otros tutores debido al VIH/SIDA, en particular los huérfanos sanos e infectados (OG-7, § 28).

²⁷¹ Los principios son los siguientes: vida, supervivencia y desarrollo del niño; no discriminación; interés superior del niño; y tener en cuenta las opiniones del niño en todo asunto que le afecte.

²⁷² Las obligaciones determinadas por el CDN son las siguientes: «crear un entorno seguro y propicio»; garantizar el acceso a «la información que sea esencial para su salud y desarrollo y la posibilidad de que participen en las decisiones que afectan a su salud (en especial mediante un consentimiento fundamentado y el derecho a la confidencialidad), la adquisición de experiencia, la obtención de información adecuada y apropiada para su edad, y la elección de comportamientos de

§ 39)²⁷³. Recuerda el CDN que «los Estados Partes deben proporcionar servicios de salud que estén adecuados a las especiales necesidades y derechos humanos de todos los adolescentes»²⁷⁴, y que deben «adoptar, siempre que sea factible, un enfoque multisectorial para promover y proteger la salud y el desarrollo de los adolescentes, facilitando las vinculaciones y las asociaciones efectivas y sostenibles entre todos los actores importantes. A nivel nacional, el enfoque impone una colaboración y una coordinación estrechas y sistemáticas dentro del gobierno, así como la necesaria participación de todas las entidades gubernamentales pertinentes» (OG-4, §§ 41 y 42).

Asimismo, hay que hacer notar que tras poner de manifiesto que los adolescentes sin hogar son especialmente vulnerables (a la violencia, los abusos y la explotación sexual de los demás, a los comportamientos de autodestrucción, al consumo indebido de sustancias tóxicas y a las perturbaciones mentales), el CDN pide a los Estados Partes que elaboren estrategias para proporcionar el acceso a la atención de salud²⁷⁵. Recuerda además el CDN que es obligación de los Estados Partes proporcionar servicios adecuados de salud y asesoramiento a los adolescentes que han sido sexualmente explotados²⁷⁶. Afirmado además que los Estados deben proporcionar servicios de salud adecuados a las especiales necesidades y Derechos Humanos de

salud adecuados»; garantizar que puedan disponer de «instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de cualidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes»; garantizar que tengan «la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo»; protegerlos contra toda forma de trabajo que pueda poner en peligro el ejercicio de sus derechos; protegerlos contra «toda forma de lesiones deliberadas o no, con inclusión de las producidas por la violencia y los accidentes del tráfico por carretera»; protegerlos contra las prácticas tradicionales perjudiciales, como son los matrimonios precoces, las muertes por cuestiones de honor y la mutilación genital femenina; y asegurar que «se tienen plenamente en cuenta a los adolescentes pertenecientes a grupos especialmente vulnerables en el cumplimiento de todas las obligaciones antes mencionadas» (OG-4, § 39).

²⁷³ Señala el CDN a la atención de los Estados Partes la Observación General 14 del CDESC que dice que «los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva» (OG-4, § 40).

²⁷⁴ Afirma el CDN que tales servicios deben ser prestados atención a las siguientes características: a) *Disponibilidad*. La atención primaria de salud debe incluir servicios adecuados a las necesidades de los adolescentes, concediendo especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental. b) *Accesibilidad*. Deben conocerse las instalaciones, bienes y servicios de salud y ser de fácil acceso (económica, física y socialmente) a todos los adolescentes sin distinción alguna. Debe garantizarse la confidencialidad cuando sea necesaria. c) *Aceptabilidad*. Además de respetar plenamente las disposiciones y principios de la Convención, todas las instalaciones, bienes y servicios sanitarios deben respetar los valores culturales, las diferencias entre los géneros, la ética médica y ser aceptables tanto para los adolescentes como para las comunidades en que viven. d) *Calidad*. Los servicios y los bienes de salud deben ser científica y médicamente adecuados para lo cual es necesario personal capacitado para cuidar de los adolescentes, instalaciones adecuadas y métodos científicamente aceptados (OG-4, § 41).

²⁷⁵ Justifica tal petición porque los adolescentes se encuentran expuestos a importantes riesgos de salud como son las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, los embarazos no deseados, los abortos peligrosos, la violencia y los agotamientos psicológicos.

²⁷⁶ Precisa que pueden ser especialmente vulnerables los adolescentes que padecen pobreza, son víctimas de los conflictos armados, de cualquier forma de injusticia, crisis familiar, inestabilidad política, social y económica y de toda clase de migraciones y que esas situaciones, pueden constituir un grave obstáculo a su salud y desarrollo.

todos los adolescentes, prestando atención a las siguientes características: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (OG-4, §§ 36-38 y 41).

6.3 Muchas personas no tienen acceso a los servicios de salud por residir en un Estado que tiene grandes dificultades para atender a las demandas de salud por la falta de recursos económicos. Para solventar el problema, la cooperación internacional resulta esencial. Pero a veces los problemas económicos de un país se deterioran o agravan como consecuencia de las sanciones económicas, como ha puesto de manifiesto el CDESC²⁷⁷ (OG-14, §§ 3-5).

Pero la situación de pobreza en determinadas personas puede incrementarse a consecuencia de la pertenencia a un grupo social, como, por ejemplo, por pertenecer a una minoría²⁷⁸ en el sentido del artículo 27 del PIDCP (étnica, religiosa o lingüística)²⁷⁹.

Entre los grupos vulnerables, el CDESC incluye a los pueblos indígenas, a los que ha prestado especial atención²⁸⁰. En todo caso, el derecho a la salud de los pueblos indígenas está reconocido en el Convenio (169) de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1989 (arts. 7, 20 y 25).

²⁷⁷ El CDESC hace notar que si bien los efectos de las sanciones varían de un caso a otro, «casi siempre producen consecuencias dramáticas en los derechos reconocidos en el Pacto. Así, por ejemplo, con frecuencia originan perturbaciones en la distribución de suministros alimentarios, farmacéuticos y sanitarios» y en «el funcionamiento de los sistemas básicos de salud». Tiene asimismo presente que «los regímenes de sanciones establecidos por el Consejo de Seguridad incluyen en la actualidad exenciones de carácter humanitario destinadas a permitir el flujo de bienes y servicios esenciales». Sin embargo, ha señalado que «diversos estudios recientes de las Naciones Unidas y de otras fuentes que han analizado las consecuencias de las sanciones han llegado a la conclusión de que esas exenciones no producen el efecto deseado», pues no prevén «la reparación de las infraestructuras esenciales para proporcionar agua potable, atención médica adecuada, etc». Por ello el CDESC tiene especialmente presente las palabras del Secretario General cuando en 1995 señaló «que era necesario evaluar las consecuencias potenciales de las sanciones antes de imponerlas y garantizar la prestación de asistencia humanitaria a los grupos vulnerables». ONU, Suplemento de «Un programa de paz», Doc. A/50/60-S/1995/1, § 66.

²⁷⁸ En relación con el derecho de las minorías Vid. Experta independiente de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU: <http://www.ohchr.org/english/issues/minorities/expert/index.htm>.

²⁷⁹ Refiriéndose a los romaníes, el CEDR ha afirmado la obligación de los Estados de «evitar ponerlos en campamentos fuera de zonas pobladas, aislados y sin atención de la salud» (RG-XXVII, § 31). Y refiriéndose a la ascendencia ha hecho notar el derecho a la igualdad «de acceso a los servicios de atención de la salud y de seguridad social de los miembros de las comunidades cuya condición se basa en consideraciones de ascendencia», con el fin de lograr que «las comunidades afectadas participen en el diseño y puesta en práctica de los programas y proyectos de salud» (RG-XXIX, § 40 y § 41).

²⁸⁰ A pesar del reconocimiento convencional específico, resultan del mayor interés las palabras del CDESC en relación con el derecho a la salud de los pueblos indígenas. Respecto de los mismos ha considerado que «tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud. Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales. Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. También deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas». Observa además que, «en las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva», por lo que considera que el «desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones» (OG-14, § 27).

La salud de los pueblos indígenas también ha sido objeto de atención por diversos órganos, conferencias²⁸¹, foros internacionales²⁸² y por el Relator sobre el derecho a la salud²⁸³, quien recuerda que de conformidad con el Derecho internacional de los Derechos Humanos, «las personas indígenas tienen derecho a gozar de medidas concretas para mejorar su acceso a los servicios y cuidados de salud y a los factores condicionantes de la salud», por lo que realiza una serie de recomendaciones: insta a los gobiernos y a otros interesados directos a que hagan todo lo posible para velar por: a) el desglose de la información relativa a la salud por grupo étnico, género, condición socioeconómica, afiliación cultural o tribal e idioma; b) la participación activa e informada de los pueblos indígenas en la formulación, la aplicación y la supervisión de las políticas y los programas en materia de salud; c) en la medida de lo posible, la disponibilidad de servicios, programas y proyectos en materia de salud y de información relacionada con la salud en los idiomas que hablan los pueblos indígenas; d) el fortalecimiento de los programas de salud en las comunidades indígenas, incluida la formación de trabajadores de la salud indígenas para que presten servicios de extensión a las comunidades indígenas y cuidados en el hogar; e) la formación de profesionales de la salud para asegurarse de que sean conscientes de las cuestiones relativas a la pertenencia a un grupo étnico y a una cultura indígena, y de que sean sensibles a las mismas; f) la elaboración y aplicación de estrategias que alienten a las personas indígenas a convertirse en profesionales de la salud; y g) la creación de mecanismos de supervisión y rendición de cuentas en las comunidades indígenas en relación con casos de abuso y negligencia en el sistema de salud²⁸⁴.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 El CDESC recuerda que según las Normas Uniformes de la ONU²⁸⁵, los Estados deben velar por que las personas con discapacidad, en particular lactantes y niños, reciban atención médica de igual calidad y dentro del mismo sistema que los demás miembros de la sociedad. Ha precisado que el derecho a la salud física de las personas con discapacidad implica también el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales (incluidos los aparatos ortopédicos) y a beneficiarse de dichos servicios, para que puedan ser autónomas, evitar otras discapacidades y promover su integración social. De manera análoga, esas personas deben tener a su disposición

²⁸¹ A este respecto resulta pertinente citar el «Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo» (El Cairo, 1995), que representó un avance en el empeño de mejorar la calidad de vida y el bienestar de todos los seres humanos.

²⁸² Vid. Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas, ONU, Docs. E/2004/43 y E/C.19/2004/23; Doc. E/CN.4/2002/2/Add.9, de 9 de abril de 2002.

²⁸³ El Relator muestra su preocupación por la discriminación de la que son objeto los pueblos indígenas en su derecho a la salud. Se refiere a las denuncias de discriminación sistemática contra indígenas en el acceso a los servicios médicos y en la calidad de esos servicios; a la marginación de la medicina tradicional de los pueblos indígenas; las tasas elevadas de enfermedades como la diabetes; y, a las tasas alarmantes de suicidios, en particular entre los jóvenes indígenas. Por ello ha solicitado que se adopten medidas urgentes y concertadas en los planos local, nacional e internacional para invertir esas tendencias.

²⁸⁴ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 58.

²⁸⁵ Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, anexa a la Resolución 48/96 de la Asamblea General, de 20 de diciembre de 1993.

servicios de rehabilitación a fin de que logren «alcanzar y mantener un nivel óptimo de autonomía y movilidad». Todos los servicios mencionados deben prestarse de forma que las personas de que se trate puedan conservar el pleno respeto de sus derechos y de su dignidad (OG-5, § 34).

Por su parte, en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2003), la OMS sostiene que «la discapacidad tiende a presentar una mayor prevalencia en las regiones en desarrollo», puesto que la carga de «morbilidad suele recaer sobre todo en las subpoblaciones más vulnerables» (Cap. I). Y en estudio publicado por la ONU sobre Derechos Humanos y discapacidad (2002) se pone de manifiesto que más de 600 millones de personas, esto es aproximadamente el 10% de la población mundial, presenta una u otra forma de discapacidad. Más de las dos terceras partes de esas personas viven en países en desarrollo. Sólo el 2% de los niños con discapacidad del mundo en desarrollo recibe algún tipo de educación o rehabilitación. En todo el mundo es directo y fuerte el vínculo que existe entre la discapacidad, por un lado, y la pobreza y la exclusión social, por el otro²⁸⁶.

7.2 En lo que a la salud mental respecta, el CDESC ha señalado que el derecho al establecimiento, bienes y servicios de salud (art. 12.2.d del PIDESC) incluye «el suministro de medicamentos esenciales y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental»; que los Estados Partes están impedidos de «aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales», excepción que debe estar sujeta a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental²⁸⁷; y la necesidad de «la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental» (OG-14, § 17, § 34 y § 36).

El CEDAW ha afirmado que debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres con discapacidad mental²⁸⁸. Por su parte, el Relator sobre el derecho a la salud alude a los riesgos que se exponen las mujeres con discapacidad mental, como «la esterilización forzada y a la violencia sexual», lo que constituye «una violación de su derecho a la salud sexual y reproductiva»²⁸⁹.

Y como quiera que el artículo 24 de la Convención sobre Derechos del Niño reconoce el derecho al tratamiento y rehabilitación adecuados a los niños con perturbaciones mentales, es por lo que el CDN insta a los Estados Partes a luchar contra la discriminación y el estigma que acompaña a las perturbaciones mentales de acuerdo con sus obligaciones en el marco del artículo 2 de la mencionada Convención²⁹⁰.

²⁸⁶ <http://www.ohchr.org/spanish/about/publications/docs/disability.pdf>.

²⁸⁷ Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU.

²⁸⁸ El CEDAW realiza tal afirmación toda vez que las mujeres «son especialmente vulnerables, y en general se conoce poco la amplia gama de riesgos que corre desproporcionadamente la salud mental de las mujeres por efecto de la discriminación por motivo de género, la violencia, la pobreza, los conflictos armados, los desplazamientos y otras formas de privaciones sociales» (RG-24, § 25).

²⁸⁹ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 9, y § 11.

²⁹⁰ Afirma el CDN que el tratamiento y la atención debe dispensarse, «en la medida de lo posible, en la comunidad en la que viven» y cuando sea necesaria la hospitalización o el internamiento en un establecimiento psiquiátrico, «la decisión debe ser adoptada de conformidad con el principio del interés superior del niño» (OG-14, § 29).

El Relator sobre el derecho a la salud señala además que, con frecuencia, en las cárceles son escasas las posibilidades de recurrir a unos servicios, por rudimentarios que sean, que presten asistencia y apoyo psiquiátrico. Que las minorías étnicas y raciales sufren a menudo discriminación en el acceso a los servicios de atención y apoyo psiquiátricos y en el tratamiento correspondiente. Y que las poblaciones indígenas están a menudo desatendidas, pues no hay servicios especializados en la prestación de servicios psiquiátricos a pesar de existir una acuciante necesidad de los mismos, como se desprende de las crecientes tasas de suicidio y del número desproporcionado de indígenas internados en establecimientos psiquiátricos de alta seguridad²⁹¹.

Y aunque se han conseguido avances en relación con la protección de las personas con discapacidad mental, el Relator sobre el derecho a la salud considera que la misma «se ha desatendido en numerosos frentes», ya que muchos Estados «no han dedicado recursos suficientes en sus presupuestos a los servicios de atención y apoyo psiquiátricos y no han elaborado políticas, leyes y programas adecuados. Algunos son responsables de haber establecido sistemas asistenciales en los que la violación de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad mental es más probable que la realización progresiva de esos derechos»²⁹².

La OMS se ha ocupado de la salud mental en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2001²⁹³), en el que precisa que la discapacidad mental comprende las enfermedades mentales y los trastornos psiquiátricos principales²⁹⁴. Afirma que muy pocas de ellas reciben tratamiento, asistencia y apoyo, y cuando lo reciben suele ser de manera sumamente inapropiada²⁹⁵. Lo cierto es que la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual²⁹⁶, en su Preámbulo, señala que las personas con discapacidad han sido frecuentemente excluidas de la toma de decisiones sobre sus Derechos Humanos, entre otros, sobre el derecho a la salud. En el mencionado Informe, la OMS hace diez recomendaciones en relación con la salud mental: dispensar tratamiento en la atención primaria²⁹⁷; asegurar la disponibilidad de los me-

²⁹¹ *Ibid.*, § 12.

²⁹² ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 91.

²⁹³ En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2001) la OMS hace constar que la salud mental (desatendida durante demasiado tiempo) es fundamental para el bienestar general de las personas, las sociedades y los países. Propugna una serie de medidas para acabar con la discriminación y la estigmatización, así como para asegurar la implantación de servicios de prevención y tratamientos eficaces.

²⁹⁴ Esquizofrenia y el trastorno bipolar; las afeciones y trastornos mentales menores, a menudo denominados problemas psicosociales (por ejemplo los trastornos causados por la ansiedad); y las discapacidades intelectuales, por ejemplo, las limitaciones originadas, entre otras causas, por el síndrome de Down y otras anomalías cromosómicas, las lesiones cerebrales causadas antes o después del nacimiento o durante éste, y la malnutrición durante la primera infancia. El término «discapacidad» alude a toda una serie de deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación, ya sean permanentes o transitorias: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

²⁹⁵ La OMS hace notar que se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la morbilidad en el mundo, sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

²⁹⁶ Aprobada en la Conferencia Internacional organizada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (2004).

²⁹⁷ A tales efectos, la OMS precisa que la salud mental debe ser incluida en los planes de formación.

dicamentos psicotrópicos²⁹⁸; prestar asistencia a la comunidad²⁹⁹; educar al público³⁰⁰; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores³⁰¹; establecer políticas, programas y legislación a escala universal; desarrollar recursos humanos³⁰²; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones (Cap. V³⁰³).

El Relator sobre el derecho a la salud considera que es fundamental que «en las políticas y la legislación se preste una atención mayor a la discapacidad mental, si se desea que esos logros se utilicen de forma que las personas con discapacidad mental puedan disfrutar efectivamente de sus Derechos Humanos, incluido el derecho a la salud», por lo que realiza una serie de recomendaciones³⁰⁴, como también las ha realizado la OMS³⁰⁵. Pero en muchos países en desarrollo, precisa el Relator, la atención psiquiátrica no se dispensa de acuerdo con este modelo sino que está predominantemente centralizada y se proporciona en grandes hospitales psiquiátricos, de forma que la comunidad dispone de pocos servicios de atención y apoyo, cuando existen³⁰⁶, por lo que afirma que los discapacitados mentales siguen siendo uno de los grupos más marginados y vulnerables en todos los países³⁰⁷.

Por último, el Relator señala que dentro de las personas con discapacidad mental las más desatendidas son los que padecen discapacidad intelectual³⁰⁸. En su opinión, tales personas siguen figurando entre los miembros más olvidados (los más «in-

²⁹⁸ Estos fármacos deben estar en la lista de medicamentos esenciales de cada país.

²⁹⁹ Los grandes hospitales psiquiátricos deben ser sustituidos por centros de atención sanitaria respaldados por camas psiquiátricas en los hospitales generales.

³⁰⁰ Realizando campañas de educación y sensibilización pública sobre la salud mental, a fin de reducir las barreras que obstaculizan el tratamiento y la asistencia. Las campañas bien planificadas pueden contribuir a reducir la discriminación y la estigmatización, incrementar el uso de los servicios de salud mental y acortar la distancia entre la atención de la salud mental y la salud física.

³⁰¹ Con el fin de que participen en la formulación y en la adopción de decisiones sobre las políticas, los programas y los servicios.

³⁰² Incrementar y fomentar la formación de profesionales en salud mental.

³⁰³ http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch5_es.pdf.

³⁰⁴ Las recomendaciones del Relator son las siguientes: que «los Estados promuevan e intensifiquen la adopción de medidas legislativas y de política en materia de discapacidad mental con objeto de asegurar el ejercicio del derecho a la salud y de otros derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Cuando sea oportuno, deberán solicitar la cooperación técnica de la OMS o de la OPS, así como el apoyo financiero de los donantes. Deberán dedicar una parte mucho más importante de sus presupuestos a la salud mental con miras a asegurar la prevención y dispensar tratamiento y asistencia dentro de la comunidad. También deberán dar mayor prioridad a la vigilancia de los servicios de atención y apoyo psiquiátricos, así como al establecimiento de sólidos mecanismos de rendición de cuentas que ofrezcan oportunidades adecuadas a las personas con discapacidad mental para exigir reparación. Todas estas y otras medidas pertinentes deberían estar basadas en un planteamiento de derechos humanos que incluya la participación, la autonomía y la inserción social». ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 92 y § 93.

³⁰⁵ La OMS ha recomendado que los servicios de salud mental, incluidos los servicios de apoyo, deben encontrarse en la comunidad y estar integrados lo más posible dentro de los servicios generales de salud, incluida la atención primaria de salud, de acuerdo con el principio fundamental del tratamiento en un ambiente lo menos limitador posible. Informe sobre la Salud en el Mundo (2001), pp. 89-91. <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

³⁰⁶ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 14.

³⁰⁷ *Ibid.*, § 15.

³⁰⁸ La discapacidad intelectual ha sido definida por la OMS como «un estado de desarrollo detenido o incompleto de la mente, caracterizado por el deterioro de las habilidades y de la inteligencia en general en terrenos con las funciones cognitivas, el lenguaje y las capacidades motoras y sociales». Informe sobre la Salud en el Mundo (2001), p. 35: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>.

visibles») de sus comunidades. Y en este contexto pone de manifiesto que la discapacidad intelectual se ha tomado como pretexto para denegar el acceso a ciertos procedimientos médicos como los trasplantes de órganos y los tratamientos que pueden salvar la vida del recién nacido³⁰⁹.

7.3 En 1991, la Asamblea General aprobó los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad³¹⁰. Se divide en cinco secciones que se corresponden estrechamente con los derechos reconocidos en el PIDESC. El principio 1, que inicia el capítulo correspondiente al derecho a la dependencia, establece que: «Las personas de edad deberán tener acceso a la atención de salud adecuada».

Para hacer efectivo a las personas mayores el derecho al disfrute de un nivel satisfactorio de salud física y mental, acorde con lo dispuesto en el artículo 12.1 del PIDESC, el CDESC considera que «los Estados Partes deben tener en cuenta el contenido de las Recomendaciones 1 a 17 del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento³¹¹. Ha precisado que es evidente que «no puede abordarse la incidencia, cada vez mayor, de las enfermedades crónico-degenerativas y los elevados costos de hospitalización, solamente mediante la medicina curativa», por lo que hace notar que «los Estados Partes deberían tener presente que mantener la salud hasta la vejez exige inversiones durante todo el ciclo vital de los ciudadanos (...). La prevención mediante controles periódicos adaptados a las necesidades de las mujeres y de los hombres de edad cumple un papel decisivo; y también la rehabilitación, conservando la funcionalidad de las personas mayores, con la consiguiente disminución de costos en las inversiones dedicadas a la asistencia sanitaria y a los servicios sociales» (OG-6, §§ 34-35).

En este contexto, y en relación con las mujeres, el CEDAW muestra su preocupación «por las condiciones de los servicios de atención médica a las mujeres de edad, no sólo porque las mujeres a menudo viven más que los hombres y son más proclives que los hombres a padecer enfermedades crónicas degenerativas y que causan discapacidad, como la osteoporosis y la demencia, sino también porque suelen tener la responsabilidad de atender a sus cónyuges ancianos. Por consiguiente, los Estados Partes deberían adoptar medidas apropiadas para garantizar el acceso de las mujeres de edad a los servicios de salud que atiendan las minusvalías y discapacidades que trae consigo el envejecimiento» (RG-24, § 24).

Por su parte, la OMS ha puesto de manifiesto en su Informe sobre la Salud en el Mundo (2003) que en todo el aumento «sin precedentes de la esperanza de vida a edades más avanzadas que se observan en los países desarrollados, ya han rebasa-

³⁰⁹ ONU, Doc. A/59/422, de 8 de octubre de 2004, § 77 y § 79. En la «Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual» de 2004 se enuncian las normas de Derechos Humanos relativos a las personas con discapacidad intelectual, incluido el derecho a la salud. Según la mencionada Declaración, «en el contexto de las personas con discapacidad intelectual, el derecho a la salud debe ejercerse asegurando la inclusión social» (§ 4).

³¹⁰ Anexo a la Resolución 46/91, de 16 de diciembre de 1991, de la Asamblea General de la ONU, relativa a la aplicación del Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento y actividades conexas.

³¹¹ Dicho Plan se dedican íntegramente a proporcionar orientaciones sobre la política sanitaria dirigida a preservar la salud de estas personas y comprende una visión integradora, desde la prevención y la rehabilitación, hasta la asistencia a los enfermos terminales. En todo caso el CDESC se refiere al Plan de Acción, fruto de la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Viena, 1982); sin embargo, más recientemente se ha celebrado la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, 2002):

<http://www.onu.org/Agenda/conferencias/envejecimiento/prplanaccion.htm>.

do todas las provisiones de esperanza de vida máxima de las poblaciones». Debido a esos incrementos, «la carga de enfermedades no mortales está cobrando cada vez más importancia; uno de los objetivos primordiales de la política sanitaria en todo el mundo radicará pues en asegurar que la mayor longevidad vaya acompañada de más salud y menos discapacidad» (Cap. I).

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Entre las medidas que los Estados Partes en el PIDESC tienen que adoptar para hacer efectivo el derecho a la salud, está «la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas» (art. 12.2.c)³¹².

La Asamblea General de la ONU (Resolución 59/27, de 14 de enero de 2005) acogió con beneplácito la función de la OMS en el control de la epidemia (síndrome respiratorio agudo³¹³), al tiempo que puso de manifiesto que era consciente de que la lucha contra enfermedades nuevas y emergentes como la mencionada enfermedad y la gripe aviar dista mucho de haber concluido. Afirmó que para controlar los brotes de enfermedades, en particular de enfermedades nuevas de origen desconocido, hace falta la cooperación internacional³¹⁴.

Y en la Cumbre Mundial (2005), los Jefes de Estado y de Gobierno reconocieron que «el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas entrañan graves peligros para el mundo entero y constituyen importantes obstáculos para los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para contribuir al logro de los mismos, decidieron tomar medidas³¹⁵.

En relación con el VIH/SIDA³¹⁶ en particular, el CDESC ha afirmado el derecho de las personas que lo padecen a la accesibilidad de establecimientos, bienes y

³¹² El CDESC refiriéndose a la obligación de proteger ha afirmado que los Estados «deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud» (OG-14, § 12, § 34, § 36).

³¹³ El Secretario General de la ONU refiriéndose al síndrome respiratorio agudo ha considerado que para prevenir nuevos brotes, «deberían proporcionarse también más recursos a la Red Mundial de Alerta y Respuesta ante Brotes Epidémicos de la OMS, de manera que pueda coordinar la acción de una amplia alianza internacional de apoyo a los sistemas nacionales de vigilancia y respuesta sanitaria». ONU, «Un concepto más amplio de libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos». Doc. A/59/2005, de 21 de marzo de 2005, § 64.

³¹⁴ El Secretario General de la ONU afirma que tanto las enfermedades infecciosas conocidas como las nuevas requieren una respuesta internacional concertada. *Ibid.*, § 63.

³¹⁵ Entre otras, «como la distribución de mosquiteros, incluso gratuitamente cuando proceda», y medicamentos eficaces contra la malaria. ONU, Doc. A/RES/60/1, § 34 y § 56.k).

³¹⁶ En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2004) la OMS afirma que la interacción del VIH/SIDA con otras infecciones es un problema de salud pública cada vez más importante, pues la infección por el VIH incrementa tanto la incidencia como la gravedad de la malaria clínica en el adulto; la pandemia ha provocado cambios devastadores en la epidemiología de la tuberculosis, porque el VIH, al debilitar su sistema inmunológico, aumenta mucho las probabilidades de enfermar de tuberculosis. También señala que el VIH/SIDA castiga con mayor crudeza a los pobres: ellos son los más vulnerables a la infección, el sufrimiento, la enfermedad y las muertes que provoca el virus afectan sobre todo a las familias más desfavorecidas. La enfermedad no sólo hace más pobres a las familias que ya lo eran, sino que condena a la misma suerte a hogares de economía relativamente holgada (Cap. I).

servicios de salud, a sistema de seguro de salud pública, privado o mixto que sea asequible a todos (OG-14, § 36). Por su parte, el CEDAW se ocupó del VIH/SIDA en la RG-15 en la que establece una serie de recomendaciones para impedir la discriminación en las mujeres y niñas que padecen dicha enfermedad³¹⁷. El problema relacionado con el VIH/SIDA respecto de los menores de 18 años ocupó la atención del CDN en la OG-3³¹⁸, en la que hizo notar que al idear estrategias relacionadas con el VIH/SIDA y cumplir con las obligaciones contraídas en virtud de la Convención, «los Estados Partes deben examinar detenidamente las normas sociales prescritas en cuanto al sexo con miras a eliminar la discriminación por este motivo, puesto que esas normas repercuten en la vulnerabilidad de las muchachas y los muchachos al VIH/SIDA». En particular, los Estados «deben reconocer que la discriminación relacionada con el VIH/SIDA perjudica más a las muchachas que a los muchachos». Y que «las leyes, las políticas, las estrategias y las prácticas deben tener en cuenta todas las formas de discriminación que contribuyan a agudizar los efectos de la epidemia. Las estrategias también deben promover programas de educación y formación concebidos explícitamente para cambiar las actitudes discriminatorias y el estigma que acarrea el VIH/SIDA» (*Ibid.*, §§ 8-9)³¹⁹.

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es el combate contra el VIH/SIDA (objetivo 6); por ello, la Asamblea General adoptó la Declaración de los compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA (Resolución S/26/2, de 27 de junio de 2001), en la que pide a los Estados que adopten medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación y les insta a elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociada a la epidemia³²⁰.

³¹⁷ Con posterioridad el CEDAW ha hecho notar que las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Ha precisado asimismo que «prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual». Y ha afirmado que los Estados deben «asignar recursos a programas orientados a los adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el (...) VIH/SIDA» (RG-24, § 18 y § 31). En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2004), la OMS señala que en muchos países las mujeres se enfrentan a graves penurias como consecuencia de la desigualdad, la discriminación y la victimización, y a menudo el VIH/SIDA viene a agravar esas penalidades. De hecho, esos mismos factores ayudan a explicar por qué a las mujeres les afecta desproporcionadamente la enfermedad. Se infectan a edades más tempranas que los varones, como promedio entre seis y ocho años antes. Es frecuente que las jóvenes se vean forzadas a mantener relaciones sexuales desiguales y no puedan negociar unas relaciones más seguras.

³¹⁸ En el mencionado Informe de 2004, la OMS señala que en muchos países, sobre todo en los más afectados por el VIH/SIDA, hay pruebas de que los descensos de la mortalidad infantil logrados durante la década de 1990 están invirtiéndose. Ello refleja la repercusión adversa del VIH/SIDA sobre el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil.

³¹⁹ La vulnerabilidad de los niños al VIH/SIDA debida a factores políticos, económicos, sociales, culturales y de otra índole, precisa el CDN, «determina la probabilidad de que se vean privados de ayuda para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en sus familias y comunidades, estén expuestos al riesgo de infección, sean objeto de investigaciones inapropiadas o se vean privados del acceso al tratamiento, a la atención médica y la ayuda cuando se produce la infección». El CDN ha señalado además que la vulnerabilidad al VIH/SIDA «es máxima para los niños que viven en campamentos de refugiados y de desplazados internos, los que cumplen penas privativas de libertad, y los reclusos en instituciones, así como para los que padecen una pobreza extrema o viven en situaciones de conflicto armado, los niños soldados, los niños explotados económica y sexualmente y los niños discapacitados, los migrantes, los pertenecientes a minorías, los indígenas y los niños de la calle» (OG-3, § 30).

³²⁰ Desde 1988, el BM ha venido auspiciando proyectos relacionados con el VIH/SIDA en Brasil: <http://www.bancomundial.org/temas/resultados/ejemplos.htm>. Además, en marzo de 2004 aprobó una subvención de 9 millones de dólares para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en el Caribe:

En el Informe sobre la Salud en el Mundo (2004) se señala que la OMS, el ONU-SIDA³²¹ y un amplio abanico de asociados lanzaron la iniciativa «Tres millones para 2005», conocida como iniciativa «3 por 5»³²². Tratar a tres millones de personas para el final de 2005 es una meta necesaria en el camino hacia el objetivo del acceso universal al tratamiento antirretroviral para todos los que lo necesiten. Para alcanzar este objetivo deben superarse importantes obstáculos (Cap. II). Y en la conclusión del precitado Informe se afirma que más allá de 2005, «está el reto de ampliar el tratamiento a muchos millones de personas más y de mantenerlo durante el resto de su vida, instaurando y sosteniendo al mismo tiempo las infraestructuras de salud necesarias para esa ingente tarea. Nadie puede garantizar el éxito de esta acción. Pero la pasividad, lejos de ser perdonada, será juzgada por quienes hoy sufren y mueren sin necesidad y por los historiadores de mañana, que tendrán derecho a preguntar por qué, cuando estaba en nuestras manos cambiar el rumbo de la historia, dejamos escapar esa oportunidad»³²³.

Además, la OMS lanzó la «Estrategia mundial del sector sanitario para el VIH/SIDA» (2003-2007), cuya finalidad es fortalecer la respuesta del sector sanitario a los retos planteados por el VIH/SIDA como parte de un esfuerzo multisectorial de conjunto, en el que se establecen cuatro objetivos principales³²⁴.

ONUSIDA ha presentado recientemente el Informe sobre la epidemia mundial del SIDA (2006)³²⁵, y del 29 de mayo al 2 de junio de 2006 se ha celebrado una Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/SIDA que finalizó con una declaración política³²⁶. En la misma, los 191 Estados miembro de la ONU se han comprometido a elevar hasta 23.000 millones de dólares en un plazo de cuatro años los recursos destinados al combate de la enfermedad. En el documento, adoptado después de tres días de discusiones en la sede de la ONU en Nueva York, se fijaron los objetivos de la lucha contra la enfermedad para los próximos cinco años, al igual que se hizo en la cumbre anterior (2001)³²⁷. Las conversaciones fueron complicadas por las diferencias culturales, ideológicas y económicas entre los países. Entre los compromisos acordados al final de las negociaciones, destaca el referente a lograr para el 2010 el acceso universal a servicios de prevención y tratamiento del 100% de la población, una condición básica para revertir la expansión de la enfermedad. En materia de prevención, el consenso fue promover el comportamiento sexual «responsable», lo que incluye el uso

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,contentMDK:20183808-menuPK:34467-pagePK:64003015-piPK:64003012-theSitePK:4607,00.html>.

El Relator sobre el derecho a la salud hace notar que los estigmas y la discriminación repercuten en la propagación y efectos de la enfermedad de varias maneras, por ejemplo, por el temor a la identificación que impide pedir asesoramiento y someterse a pruebas de manera voluntaria. ONU, Doc. E/CN.4/2003/58, de 13 de febrero de 2003, § 68.

³²¹ <http://www.unaids.org/en/>

³²² http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/actualizaciones/EpiUpdate04_sp.pdf.

³²³ En marzo de 2006 ha sido publicado por la OMS y UNUSIDA un Informe sobre «Tres millones para 2005» y más adelante, acerca de los Progresos realizados en materia de acceso mundial al tratamiento antirretroviral con el VIH, en el que se señala la expansión del acceso al tratamiento contra el VIH, la adquisición y los precios de los fármacos, el fortalecimiento de los sistemas de salud, los compromisos políticos y financieros y las alianzas. También hace referencia al acceso universal del tratamiento contra el VIH, en el que se considera que las metas de tratamiento y las reformas de políticas elevan al máximo la eficacia de los programas y se pone de manifiesto la necesidad de impulsar los planes para lograr el acceso universal.

³²⁴ <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9243590766.pdf>.

³²⁵ http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp.

³²⁶ Declaración anexa a la Resolución A/RES/60/262 de la Asamblea General de la ONU.

³²⁷ <http://www.un.org/spanish/ga/aidsmeeting2006/finaldeclaration.html>.

de preservativos. Asimismo, la declaración incluyó un compromiso de ayuda y no discriminación hacia «grupos vulnerables». Contiene también un artículo sobre la necesidad de flexibilizar la normativa internacional en materia de comercio y patentes, para que los países pobres puedan acceder a medicamentos contra el VIH/SIDA a precios bajos³²⁸. Estos últimos compromisos no difieren en lo sustancial a los que asumieron los Jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre Mundial (2005)³²⁹.

9. FUENTES EN INTERNET

Naciones Unidas

<http://www.un.org>

Tratados de Derechos Humanos adoptados en Naciones Unidas

<http://www.ohchr.org/spanish/law/index.htm>

Órganos convencionales

<http://www.ohchr.org/english/bodies/treaty/index.htm>

Asamblea General

<http://www.un.org/spanish/aboutun/organs/ga/60/>

Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos

<http://www.ohchr.org/spanish/>

Relator Especial sobre el Derecho a la Salud

<http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/index.htm>

OMS

<http://www.who.int>

OIT

<http://www.oit.org/public/spanish/index.htm>

Banco Mundial

<http://www.bancomundial.org>

UNICEF

<http://www.unicef.org>

10. ESTADO DE RATIFICACIÓN DE LOS TRATADOS

Tratados de Derechos Humanos adoptados en la ONU y en la OIT. Se hace constar la fecha de ratificación de los Estados que se relacionan a continuación:

³²⁸ <http://www.un.org/ga/aidsmeeting2006/declaration.htm>.

³²⁹ Los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a «elaborar y aplicar un conjunto de medidas de prevención del VIH, así como de tratamiento y atención a las personas infectadas, con el fin de alcanzar en la mayor medida posible el objetivo de acceso universal al tratamiento de todos los necesitados para 2010, mediante entre otras cosas, el aumento de los recursos», así como a «luchar por la eliminación de los estigmas y de la discriminación, el aumento del acceso a los medicamentos de bajo costo y la reducción de la vulnerabilidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA y otros problemas de salud». ONU, A/RES/60/1, de 24 de octubre de 2005, § 57.d).

Tratados adoptados en la ONU

ESTADOS	PIDCP	PIDESC	CIEDR	CEDM	CDN	CIPDTMF
ANDORRA	—	—	—	15-1-1997	2-1-1996	—
ARGENTINA	8-8-1966	8-8-1986	2-10-1968	15-7-1985	4-12-1990	—
BOLIVIA	12-8-1982	12-8-1982	22-9-1970	8-6-1990	26-6-1990	12-10-2000
COLOMBIA	29-10-1969	29-10-1969	2-9-1981	19-1-1982	28-1-1991	24-5-1995
COSTA RICA	29-11-1968	29-11-1968	16-1-1967	4-4-1986	21-8-1990	—
ECUADOR	6-3-1969	6-3-1969	22-9-1966	9-11-1981	23-3-1990	5-2-2002
EL SALVADOR	30-11-1979	30-11-1979	30-11-1979	19-8-1981	10-7-1990	14-3-2003
ESPAÑA	27-4-1977	27-4-1977	13-9-1968	5-1-1984	6-12-1990	—
EE.UU. (Puerto Rico)	8-5-1992	—	21-10-1994	—	—	—
GUATEMALA	6-5-1992	19-5-1988	18-1-1983	12-8-1982	6-6-1990	14-3-2003
HONDURAS	25-8-1997	17-2-1981	10-10-2002	3-3-1983	10-8-1990	9-8-2005
MÉXICO	23-3-1981	23-3-1981	20-2-1975	23-3-1981	21-9-1990	22-5-1991
NICARAGUA	12-3-1980	12-3-190	15-2-1978	—	5-10-1990	26-10-2005
PANAMÁ	8-3-1977	8-3-1977	16-8-1967	29-10-1981	12-12-1990	—
PARAGUAY	10-6-1992	10-6-1992	18-8-2003	6-4-1987	25-9-1990	—
PERÚ	28-4-1978	28-4-1978	29-9-1971	13-9-1982	4-9-1990	14-9-2005
PORTUGAL	15-6-1978	31-7-1978	24-8-1982	30-7-1980	21-9-1990	—
VENEZUELA	10-5-1978	10-5-1978	10-10-1967	2-5-1983	13-9-1990	—

PIDCP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

CIEDR: Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial de 1965.

CEDM: Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979.

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.

CIPDTMF: Convención Internacional para la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migratorios y sus Familias de 1990.

FUENTE: Naciones Unidas, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/newhvstatusbycountry?OpenView&Start=1&Count=250&Expand=53#53>.

Tratados adoptados en la OIT

ESTADOS	C155	C161	C166	C167	C169 (*)	C176	C183	C184
ANDORRA (**)	—	—	—	—	—	—	—	—
ARGENTINA	—	—	—	—	13-7-2000	—	—	—
BOLIVIA	—	—	—	—	11-12-1991	—	—	—
COLOMBIA	—	25-1-2001	—	6-9-1994	7-8-1991	—	—	—
COSTA RICA	—	—	—	—	2-4-1993	—	—	—
ECUADOR	—	—	—	—	15-5-1998	—	—	—
EL SALVADOR (***)	12-10-2000	—	—	—	—	—	—	—
ESPAÑA	10-9-1985	—	3-3-1990	—	—	22-5-1997	—	—
EE.UU. (Puerto Rico)	—	—	—	—	—	9-2-2001	—	—
GUATEMALA	—	18-4-1989	—	7-7-1991	5-6-1996	—	—	—
HONDURAS	—	—	—	—	28-3-1995	—	—	—
MÉXICO	1-1-1984	17-2-1987	5-10-1990	5-10-1990	5-9-1990	—	—	—
NICARAGUA	—	—	—	—	—	—	—	—
PANAMÁ	—	—	—	—	—	—	—	—
PARAGUAY	—	—	—	—	10-8-1993	—	—	—
PERÚ	—	—	—	—	2-2-1994	—	—	—
PORTUGAL	28-5-1985	—	—	—	—	25-3-2002	—	—
VENEZUELA	25-6-1984	—	—	—	22-5-2002	—	—	—

* **C169:** Es el único Convenio que no trata de la salud en el trabajo, aunque sí contiene disposiciones en relación con tal derecho (arts. 7, 20 y 25).

****ANDORRA** no es Estado miembro de la OIT.

*** **EL SALVADOR** es el único Estado que también tiene ratificado (22-7-2004) el Protocolo 155 de 2002 al Convenio sobre Seguridad y Salud de 1981.

C155: Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores de 1981.

C161: Convenio sobre los Servicios de Salud en el Trabajo de 1985.

C166: Convenio sobre la Salud y Asistencia Médica de los Trabajadores en el Mar de 1987.

C167: Convenio sobre la Seguridad y la Salud en la Construcción de 1988.

C169: Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales de 1989.

C176: Convenio sobre la Seguridad y la Salud en las Minas de 1995.

C183: Convenio sobre la Protección de la Maternidad de 2000.

C184: Convenio sobre la Seguridad y la Salud en la Agricultura.

FUENTE: OIT: <http://www.oit.org/ilolex/spanish/convdisp1.htm>.

2. AMÉRICA LATINA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud: 3.1.1 *Seguridad e higiene laboral*. 3.1.2 *Medio ambiente*. 3.1.3 *Consumo (Alimentación)*. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS. 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 5. GARANTÍAS: 5.1 Judiciales. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnizaciones. 5.4 Procedimientos de control internacional. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Comunidades indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES. 7.1 Discapacidad física y mental. 7.2 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET. 10. ESTADO DE RATIFICACIÓN DE LOS TRATADOS.

1. INTRODUCCIÓN¹

1.1 La Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA)² proclama «los derechos fundamentales de la persona humana sin hacer distinción de raza, nacionalidad, credo o sexo» (art. 3.1). Pero la Carta de la OEA (como sucede con el Tratado constitutivo del MERCOSUR³) no contiene compromisos de carácter general en relación con la salud por parte de la Organización ni de los Estados miembros⁴ (a diferencia con el Tratado constitutivo de la Comunidad Andina⁵); no

* **Abreviaturas:** CADH = Convención Americana sobre Derechos Humanos; CDE = Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental; IIN = Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescentes; MERCOSUR = Mercado Común del Sur; OEA = Organización de los Estados Americanos; OMS = Organización Mundial de la Salud; OPS = Organización Panamericana de la Salud.

¹ La Organización de los Estados Americanos y la Organización Panamericana de la Salud centrarán la atención especial; sin embargo, también se hará referencia a disposiciones normativas y actuaciones institucionales del MERCOSUR y de la Comunidad Andina. No se realiza el análisis de forma distinta ya que los Estados miembros en estas dos últimas organizaciones internacionales de integración también lo son en las dos primeras de cooperación.

² <http://www.oas.org/juridico/spanish/carta.html>.

³ Tratado de Asunción, de 26 de marzo de 1991: http://200.40.51.219/msweb/pagina_anterior/sam/pagina1esp.htm.

⁴ Y ello sin perjuicio de que en MERCOSUR en el contexto de la política de los consumidores haya sido aprobado la «Declaración Presidencial de Derechos Fundamentales de los Consumidores del MERCOSUR» (diciembre de 2000) en la que se hace notar que el compromiso de armonizar progresivamente las respectivas legislaciones conlleva «la protección eficaz (...) de la salud...».

⁵ El «Acuerdo de Cartagena» establece en su artículo 129: «Los Países Miembros emprenderán acciones de cooperación conjunta destinadas a contribuir al logro de los siguientes objetivos de desarrollo social de la población andina: a) Eliminación de la pobreza de las clases marginadas, para lograr la justicia social; b) Afirmación de la identidad cultural y de formación de valores ciudadanos para la

obstante, en el ámbito del trabajo, la Carta de la OEA afirma que el Tratado de la Comunidad Andina «debe prestarse en condiciones que (...) aseguren la vida, la salud...» (art. 45.b).

En la misma Conferencia en que se creó la OEA fue adoptada la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre de 1948⁶ que reconoce el derecho a la salud en su artículo XI bajo la rúbrica «derecho a la preservación de la salud y al bienestar»⁷.

La Carta Democrática Interamericana, de 11 de septiembre de 2001⁸, aunque no se refiere al derecho a la salud, afirma que la «promoción y observancia de los derechos económicos, sociales y culturales son consustanciales al desarrollo integral, al crecimiento económico con equidad, y a la consolidación de la democracia en los Estados del Hemisferio» (art. 13).

Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) de 1969⁹, al reconocer esencialmente derechos civiles y políticos, omite el derecho a la salud; sin embargo, en el artículo 26 promueve el desarrollo progresivo de los derechos sociales tal como se derivan de las normas de la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA). En todo caso, el Protocolo Adicional I a la CADH en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁰ (Protocolo de San Salvador) de 1988¹¹ reconoce de forma expresa el derecho a la salud en su artículo 10 que establece: «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social». Y con el fin de hacer efectivo dicho derecho los Estados Partes «se comprometen a reconocer la salud como un bien público» y, particularmente, a adoptar «medidas para garantizar este derecho»¹².

Y la Carta Andina para la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos de 2002¹³ contiene referencias al derecho a la salud respecto de determinados gru-

integración del área andina; c) Participación plena del habitante de la Subregión en el proceso de integración; y d) Atención de las necesidades de las áreas deprimidas predominantemente rurales. Para la consecución de tales objetivos se desarrollarán programas y proyectos en los campos de la salud...»: <http://www.comunidadandina.org/normativa/tratprot/acuerdo.htm>.

⁶ <http://www.oea.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/documents/spa/aboutoas.asp>.

⁷ El artículo XI establece: «Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias, sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y de la comunidad».

⁸ Aprobada por la Asamblea General de la OEA:

http://www.oas.org/OASpage/esp/Documentos/Carta_Democratica.htm.

⁹ Adoptada el 22 de noviembre de 1969: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>.

¹⁰ Al ser éste de carácter facultativo, sólo vincula a los Estados que siendo Partes en la CADH han decidido también ser Partes en el Protocolo de San Salvador.

¹¹ Adoptado el 17 de noviembre de 1988: <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos4.htm>.

¹² Los Estados Partes en el Protocolo de San Salvador se comprometen a adoptar medidas para garantizar: «a) la atención primera de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables».

¹³ Adoptada el 26 de noviembre de 2002: http://www.comunidadandina.org/documentos/actas/cart_DDHH.htm.

pos de personas (arts. 43.1, 49.3, 50.2 y 59.2¹⁴), aunque es el artículo 24.7 el que reafirma el derecho a la salud con carácter general¹⁵.

Lo cierto es que la preocupación por la salud en las Américas data de antaño; de hecho, en 1924 se adoptó del Código Sanitario Panamericano¹⁶ (aún vigente)¹⁷, que es citado de forma reiterada en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁸.

1.2 En el plano convencional, la Asamblea General de la OEA ha decidido la creación de un Grupo de Trabajo para conocer de los informes que los Estados Partes en el Protocolo de San Salvador están obligados a presentar¹⁹. También puede formular observaciones y recomendaciones un órgano principal y consultivo de la OEA en materia de Derechos Humanos: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos²⁰ (art. 19 del Protocolo de San Salvador).

A pesar de que la CADH no reconoce el derecho a la salud, sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en más de una ocasión se ha ocupado de dicho derecho, como será señalado en el apartado 5.

Y los órganos principales de la OEA (Asamblea General, Consejo Permanente y Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral)²¹ se ocupan de temas relacionados con la salud en el marco de sus competencias, así como un órgano subsidiario, la Comisión Interamericana de la Mujer²².

¹⁴ Mujeres, personas con discapacidad, migrantes, refugiados y apartidas son objeto de atención especial en lo que al derecho a la salud respecta.

¹⁵ En virtud del artículo 24 los Estados miembros reafirman «el compromiso de cumplir y hacer cumplir los derechos y las obligaciones consagrados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y en particular el de adoptar las medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan, para lograr progresivamente, a través de los medios apropiados, la plena efectividad de los derechos humanos reconocidos en el Pacto, entre ellos: (...) 7. Al más alto nivel posible de salud física y mental».

¹⁶ El artículo I establece: «Los fines de este Código son los siguientes: a) Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos. b) Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los Gobiernos Signatarios o procedentes de los mismos. c) Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad en los países de los Gobiernos Signatarios. d) Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre. e) Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesarios».

¹⁷ Este tratado internacional aprobado *ad referendum* fue adoptado en la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana. El Código ha sido objeto de modificaciones mediante Protocolos en 1927 y en 1952.

¹⁸ <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/constitution.htm>. El Código fue objeto de atención por los Ministros de Salud en la reunión especial celebrada en octubre de 1968 en la ciudad de Buenos Aires en la que propusieron que se efectuara, «urgentemente, un estudio del Código Sanitario Panamericano, bajo la dirección de la OPS, a la luz de los progresos tecnológicos, los problemas actuales, y las proyecciones de desarrollo». Vid. «El Código Sanitario Panamericano. Hacia una Política de Salud Continental», ed. OPS, pp. 34-35:

<http://www.paho.org/spanish/paho/code-1999.pdf>.

¹⁹ AG/RES.2074 (XXXV-0/05), de 7 de junio de 2005.

²⁰ <http://www.cidh.org>.

²¹ <http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&csLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

²² <http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&csLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

También hay que hacer mención a que los Jefes de Estado y de Gobierno en las diversas «Cumbres de las Américas» (desde la primera que se celebró en 1994) se vienen ocupando del derecho a la salud, y así queda reflejado en declaraciones y en los Programas de Acción²³.

²³ En la *Cumbre de Miami* (I Cumbre, 1994), los objetivos de salud se enfocaron hacia las intervenciones médicas infantiles, de maternidad y reproductivas, incluyendo cuidado prenatal, de parto y postnatal, información y servicios de planificación familiar, e inmunizaciones y programas encaminados a reducir otras causas mayores de mortalidad infantil: <http://summit-americas.org/miamiplan-spanish.htm#17>.

En la *Cumbre de Santiago* (II Cumbre, 1998) el énfasis se hizo en el desarrollo y la implementación de tecnología médica efectiva de bajo costo como medio de erradicación de la pobreza. Los líderes, con el apoyo técnico de la OPS, identificaron y se comprometieron con el uso de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de salud de cada una de las familias de las Américas: <http://www.summit-americas.org/chileplan-spanish.htm#Tecnologías%20de%20Salud>.

Durante la *Cumbre de Québec* (III Cumbre, 2001), los líderes del hemisferio se comprometieron con la lucha contra de las enfermedades transmisibles, en particular el VIH/SIDA, al reconocer que esta enfermedad y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen el mayor riesgo en materia de salud en el hemisferio. Reconociendo esto, los Gobiernos se comprometieron a incrementar los recursos orientados a su prevención, como la educación y acceso al cuidado y tratamientos de enfermos, así como a investigación. Los Gobiernos también consideraron la necesidad de combatir enfermedades no comunicables provenientes del consumo de tabaco, alcohol o drogas, al igual que enfermedades mentales, cáncer y diabetes, entre otras. Finalmente, los líderes se comprometieron a promover la reforma del sector de salud en miras de garantizar un mayor acceso, calidad y eficiencia del sector, aprovechando el poder de la tecnología de telecomunicaciones para llegar a poblaciones remotas y facilitar el intercambio de información: <http://www.summit-americas.org/esp-2002/cumbrequébec.htm>.

En la *Cumbre de Monterrey* (Cumbre Extraordinaria, 2000), los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a proveer tratamiento antirretroviral al menos a 600.000 personas para el año 2005. El objetivo es proveer el acceso universal a tal tratamiento, tan pronto sea posible, para cumplir con la iniciativa «tres millones para 2005» (3 x 5) establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los Jefes de Estado y de Gobierno además reconocieron que el liderazgo político es esencial para confrontar el estigma, la discriminación y el miedo que obstaculizan a que la gente se examine y tenga acceso al tratamiento. La Declaración de Nuevo León confirmó la voluntad de los Gobiernos de la región de continuar con las estrategias para prevenir, cuidar y promover la inversión en sistemas de salud con el objetivo de proveer servicios de calidad para todos y mejorar la protección social a todas las personas en particular a los grupos más vulnerables. Los líderes del hemisferio también se refirieron a la necesidad de tener acceso a recursos y a las enfermedades emergentes y re-emergentes, para lo que se comprometieron a reforzar los programas de promoción, prevención, control y tratamiento profundizando las alianzas con organismos internacionales como la OPS con el objetivo de implementar actividades de salud pública para controlar y erradicar estas enfermedades: <http://www.summit-americas.org/SpecialSummit/mainpage-span.htm>.

Y en la *Cumbre de Mar de Plata* (IV Cumbre, 2004), los Jefes de Estado y de Gobierno acordaron proteger la salud y seguridad de todos los trabajadores promoviendo marcos integrados de políticas públicas ambientales, de empleo, de salud y de seguridad social. En la *Declaración de Mar del Plata* los mandatarios estimaron importante impulsar una cultura de prevención y control de riesgos ocupacionales en el hemisferio para mejorar y asegurar ambientes de trabajo saludables para todos los trabajadores. Para lograr este objetivo, subrayaron la necesidad de asegurar sistemas efectivos de inspección laboral. Los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a fortalecer la cooperación y los intercambios de información en la lucha contra las enfermedades crónicas emergentes y re-emergentes tales como el VIH/SIDA, SARS, malaria, tuberculosis, gripe aviar entre otras. Con este objetivo, acordaron desarrollar estrategias y mecanismos de cooperación transversales, dentro del Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En este sentido, los Jefes de Estado y de Gobierno recalcaron la importancia de crear e implementar planes nacionales de preparación para una pandemia de influenza o gripe aviar. En el *Plan de Acción de Mar del Plata* los mandatarios se comprometieron a fortalecer las acciones de atención primaria en salud, con la intención de prevenir enfermedades y sus secuelas. Así mismo, acordaron implementar la iniciativa «Tres Unos», para desarrollar la prevención del SIDA y fortalecer los servicios de salud especiales para jóvenes y otros grupos vulnerables: <http://www.summit-americas.org/IV%20Summit/Esp/mainpage-spa.htm>.

En todo caso, la OPS es, dentro del Sistema Interamericano, el organismo especializado en salud, con más de 100 años de experiencia; fue creada en 1902²⁴, por lo que precede a la OEA, aunque en la actualidad es un organismo especializado de la misma dedicado a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Además, la OPS actúa como oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OPS (como la OMS) se ocupa de todos los temas relacionados con la salud: enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades transmisibles, enfermedades epidemiológicas, estilos de vida saludables, medicamentos esenciales y tecnología, salud mental, salud ambiental, salud de grupos específicos, vacunas/inmunización, etc.²⁵. Además, en el seno de la OPS vienen celebrándose Conferencias Sanitarias Panamericanas, la última (26.^a) se celebró en septiembre de 2002²⁶.

El Director/a de la OPS presenta informes sobre sus actividades. Desde 1996 los informes se han centrado en los siguientes aspectos: «Gente sana en entornos saludables» (1996)²⁷; «Informe para la salud» (1998)²⁸; «El progreso en la salud de la población» (2000)²⁹; «Promoción de la salud en las Américas» (2001)³⁰; «La transición hacia un nuevo siglo de la salud en las Américas» (2003)³¹; «La salud, componente esencial de los Objetivos de Desarrollo expresados en la Declaración del Milenio» (2004)³²; y «Aunar esfuerzos en pro de la salud de las Américas» (2005)³³. Y ello sin perjuicio de los informes cuatrienales del director sobre «Liderazgo en la salud panamericana» (1994-1997)³⁴ y «Nuevos rumbos de la salud en las Américas» (2002, edición centenario)³⁵, así como de los informes anuales del presidente del Comité Ejecutivo de la OPS³⁶.

²⁴ La OPS es la sucesora de la Oficina Sanitaria Panamericana que fue creada mediante una resolución de la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, 1902). La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización de acuerdo con el cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión celebrada en Buenos Aires ese mismo año. En 1949, la Organización Sanitaria Panamericana y la OMS celebraron un Acuerdo en virtud del cual la Oficina Sanitaria Panamericana serviría como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. En 1950, la Organización Sanitaria Panamericana fue reconocida como organismo interamericano especializado en el campo de la salud pública, con la más amplia autonomía para el logro de sus objetivos. De esa forma, la Organización Sanitaria Panamericana se encuadró en el sistema de las Naciones Unidas y en el Interamericano. La XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) cambió el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. El nombre de la Oficina Sanitaria Panamericana no fue modificado.

²⁵ <http://www.paho.org/Selection.asp?SEL=TP&LNG=SPA>.

²⁶ <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26index-s.htm#informe>.

²⁷ Doc. Oficial 283: <http://www.paho.org/Spanish/D/ops96.htm>.

²⁸ Doc. Oficial 293: http://www.paho.org/Spanish/D/AnnReport_98.htm.

²⁹ http://www.paho.org/Spanish/D/AnnReport_00.htm.

³⁰ Doc. Oficial 302: <http://www.paho.org/Spanish/D/do302.htm>.

³¹ Doc. Oficial 312: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd44-od312-s.htm>.

³² Doc. Oficial 316: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd45-04-s.pdf>.

³³ Presentado el 28 de marzo de 2006, CP15930, OEA/Ser.G, CP/doc.4097.

³⁴ <http://www.paho.org/Spanish/D/ops94-97.htm>.

³⁵ El Informe examina el compromiso de la OPS de fomentar una cultura de salud en las Américas mediante el aliento a los países a compartir las experiencias acerca de los municipios saludables; promover la salud materna mediante iniciativas activas de comunicación social; ampliar el conocimiento acerca de la salud reproductiva, la salud y desarrollo del niño, la salud de los adolescentes y las escuelas promotoras de salud, y profundizar la práctica de la promoción de la salud: http://www.paho.org/Spanish/D/ops98-02_ch01.htm.

³⁶ <http://www.paho.org/search/DbSRReturn.asp>.

En MERCOSUR, el Grupo del Mercado Común (GMC) creó en 1996 el Subgrupo de Trabajo n.º 11 «Salud»³⁷. Más recientemente han sido instituidas³⁸ varias comisiones en el seno de dicho Subgrupo: «Comisión de productos para la salud», «Comisión de servicios de atención a la salud» y «Comisión de vigilancia en salud», las cuales funcionarán a través de subcomisiones³⁹.

Y en la Comunidad Andina también fue creado en 1998⁴⁰ el «Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue», en el contexto del sistema andino de integración que tiene por finalidad coordinar y promover acciones destinadas a mejorar el nivel de salud de los países miembros, dando prioridad a los mecanismos de cooperación que impulsan el desarrollo de sistemas y metodologías subregionales.

1.3 El «Plan estratégico de cooperación solidaria» (2002-2005) fue aprobado en la OEA el 12 de diciembre de 2001, por el Consejo Interamericano de Desarrollo Integral (CIDI). En el contexto del combate de la pobreza y la discriminación, el Plan afirmó la necesidad de iniciar acciones respecto de una serie de prioridades, entre otras, «definición, ejecución y evaluación de programas de atención integral para las comunidades y grupos vulnerables, que incluyan los componentes materno-infantil; salud...», así como desarrollar «redes y programas sociales para las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad, a fin de fomentar (...) el acceso a la (...) salud...»⁴¹.

En el Plan de Acción de la III Cumbre de las Américas (Québec, 2001), los Jefes de Estado y de Gobierno de la OEA asumieron el compromiso de reformar el sector de la salud a fin de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio⁴² y otros objetivos internacionales, con inclusión de la atención, acceso y cobertura de la salud⁴³.

Por su parte, la OPS aprobó: el Plan de Acción de Desarrollo y Salud de los Adolescentes y los jóvenes en las Américas (1998-2001)⁴⁴; la «Iniciativa de Diabetes para las Américas: Plan de Acción para América Latina y el Caribe» (2001-2006)⁴⁵; el Plan regional de salud para los trabajadores (2001-2008)⁴⁶; el Plan de emergencia para respuestas a futuros brotes de SARS⁴⁷; lineamiento para hospitales (junio, 2003)⁴⁸; Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana (2003-2007)⁴⁹; Nuevo Plan de Acción Regional para Eliminar la Sífilis Congénita de las Américas (2004)⁵⁰. A finales del pasado año, la OPS ha presentado un Plan Regional en caso

³⁷ Res. GMC 156/96, Doc. CMC 59/00.

³⁸ Res. 06/05, en virtud de la cual el GMC ha aprobado la «Pauta Negociadora del SGT 11 Salud».

³⁹ MERCOSUR/GMC/RES 06/05, de 15 de abril de 2005.

⁴⁰ Decisión 445 del Consejo Andino de Ministros de Relaciones Exteriores, agosto de 1998.

⁴¹ OEA/Serv.W/II.6, CIDO/doc.6/01. Rev.1, de 9 de enero de 2002, 2.4.

⁴² Cumbre del Milenio, 2000, ONU.

⁴³ <http://www.summit-americas.org/Quebec-Health/Esp/health-span.htm>.

⁴⁴ El cual ya había sido precedido de otro Plan de Acción sobre la Salud de los Adolescentes en las Américas (1992-1997): <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/planspa.pdf>.

⁴⁵ Destinado a mejorar la capacidad de los servicios y sistemas de salud para organizar la vigilancia y control de la diabetes en los países de las Américas: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/dia-plan-01-06.htm>.

⁴⁶ http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf.

⁴⁷ Síndrome grave respiratorio agudo.

⁴⁸ <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/sars-plan-emergencia-hospitales.pdf>.

⁴⁹ <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-10-s.pdf>.

⁵⁰ Fue lanzado en junio de 2004 durante el congreso *Youth and Health: Generation on the Edge*, del Global Health Council, que se realizó en Washington, D.C.: <http://www.paho.org/>

de Pandemia Humana (de gripe)⁵¹; y un Nuevo Plan Regional sobre VIH/SIDA/ITS para el Sector Salud (2006-2015)⁵². Y en el presente año ha presentado un Nuevo Plan Regional de Salud para Poblaciones Indígenas (2007-2011)⁵³.

De la cuestión relacionada con la posible «pandemia humana» también se ha ocupado el MERCOSUR en la «Estrategia conjunta de fortalecimiento de acciones para enfrentar los riesgos de una pandemia de gripe aviar», aprobada por el Consejo del Mercado Común (2005)⁵⁴, cuestión de la que también viene ocupándose la Comunidad Andina⁵⁵.

2. SISTEMA SANITARIO

La Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones a la atención primaria de la salud (Declaración de Montevideo, 2005)⁵⁶ recuerda que las ideas fundamentales de la Declaración de Alta-Ata de 1978 «deben integrarse en los sistemas sanitarios de la región». A tales efectos los Estados miembros de la OPS se comprometen a abogar por «la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud» y a «preparar, según sus necesidades y capacidades, un plan de acción (...) basado en los elementos» siguientes: compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud; reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud; orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada; fomento del trabajo intersectorial (sectores público y privado); orientación hacia la calidad de atención y la seguridad del paciente; fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud; estable-

Spanish/DD/PIN/ahora05_jul04.htm. Ha sido precedido de dos planes de Acción previos: el primero 1995-1998 y el segundo 1999-2002 y por Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (2003-2007): <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Plan2003-2007-esp.doc>.

⁵¹ El Plan presenta un enfoque intersectorial con etapas específicas para la planificación en caso de una pandemia de influenza y está basado en el Plan de la OMS. Plantea actividades que se deben realizar antes y después de una pandemia, haciendo hincapié en la necesidad de que las medidas que se tomen resulten de decisiones coordinadas de las autoridades de Salud, Agricultura, Emergencias y otros sectores, con la participación de la sociedad civil y el sector privado: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora05_nov05.htm Por su parte varios Estados americanos han presentado sus planes nacionales en relación con la gripe aviar: <http://www.paho.org/Spanish/D/PAN-PlanGripeAviar-MOH-Spa-Mar30-06.htm>.

⁵² Presenta una estrategia integral para aumentar la atención regional al VIH/SIDA, al que se hará mayor referencia en un momento posterior: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_nov05.htm.

⁵³ <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-13-s.pdf>.

⁵⁴ MERCOSUR/CMC/DEC 31/05, de 8 de diciembre de 2005.

⁵⁵ <http://www.comunidadandina.org/documentos/actas/REMSAAoctubre2005.htm>.

⁵⁶ La Declaración tiene su origen en respuesta a la solicitud de los Estados Miembros para organizar un proceso para definir las orientaciones estratégicas y programáticas futuras en la atención primaria de la salud (APS), en mayo 3 de 2004, la OPS/OMS creó un «Grupo de Trabajo sobre la APS» (GT) cuya función principal es orientar a la Organización en cómo establecer una visión fortalecida de la estrategia de APS que afrontaría los desafíos planteados por el nuevo milenio, en particular los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El Grupo de Trabajo formuló su orientación con la redacción de un Documento de Posición de la OPS y una Declaración Regional sobre la Renovación de la APS que reflejan las realidades actuales y el camino a recorrer en el futuro:

http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/aps_agenda.htm.

cimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud; garantía de sostenibilidad financiera; investigación y desarrollo, y tecnología apropiada; y fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de la salud⁵⁷.

Y el Informe del Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI (noviembre de 2005) hace notar que los principales desafíos a los sistemas de salud y al acceso universal a servicios de salud son: lograr una mayor equidad; lograr una mayor eficacia y calidad; buscar una mayor eficiencia; propender a una mayor sostenibilidad, y enfrentar la fragmentación del sistema de salud que aún existe. Los recursos financieros también constituyen un importante desafío en América Latina y el Caribe con respecto al gasto en salud, ya que tales gastos están relacionados con los problemas que plantea el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a optimizar el gasto nacional en salud con criterios de equidad⁵⁸.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 Para la OPS (como para la OMS), los condicionantes de la salud son numerosos (agua⁵⁹, tabaco⁶⁰, alcohol⁶¹, drogas⁶², pobreza⁶³, etc.); sin embargo, de nuevo nos ocuparemos de la seguridad e higiene laboral, salud y medio ambiente, y consumo (alimentación).

3.1.1 La Carta de la OEA establece como obligación de los Estados miembros que el trabajo se preste en condiciones que aseguren, entre otras cosas, el derecho a la salud (art. 45.b).

Los Estados Partes, en el Protocolo de San Salvador, se comprometen a garantizar en sus legislaciones nacionales «la seguridad e higiene en el trabajo» (art. 7.e) y la prevención y el tratamiento de enfermedades profesionales (art. 10.2.d).

⁵⁷ Consejo Ejecutivo de la OPS (57.ª sesión del Comité Regional), 26-30 de septiembre de 2005: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd46-decl-s.pdf> La Declaración de Montevideo es un fiel reflejo de las directrices de la OMS establecidas en el Informe de sobre «La salud en el mundo» (2003): <http://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/index.html>.

⁵⁸ CD46/29, de 24 de agosto de 2005, pp. 9 y 13: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd46-29-s.pdf>.

⁵⁹ En el Boletín informativo de la OPS se hace notar que la crisis del agua amenaza la salud y el desarrollo según el Informe preparado por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, órgano especializado de la OPS: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora12_mar04.htm.

⁶⁰ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/tabaco.pdf>. El Boletín Informativo de la OPS pone de manifiesto el vínculo entre tabaco y pobreza: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora15_jul04.htm.

⁶¹ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050316.htm> Promovido por la OPS y Brasil se ha celebrado en Brasilia la I Conferencia Panamericana sobre Políticas Públicas y Abuso del Alcohol: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051128.htm>.

⁶² Como Agencia especializada de la OEA ha sido creada la Comisión Interamericana para el control del abuso de drogas cuya finalidad es fortalecer las capacidades humanas e institucionales y canalizar los esfuerzos de sus Estados miembros para reducir la producción, tráfico y el uso y abuso de drogas en las Américas: <http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

⁶³ El Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral aprobó el 13 de diciembre de 2001 un Plan estratégico de cooperación solidaria para apoyar a los países en su lucha contra la pobreza: <http://www.oas.org/OASpage/press2002/sp/Año99/Año2001/Diciembre01/242.htm>.

El «Plan Regional en Salud de los Trabajadores» de la OPS (2001-2008)⁶⁴ tiene por objeto fortalecer la cooperación con los países y entre los países, a fin de acelerar las acciones de prevención y control de los procesos peligrosos y los riesgos ocupacionales derivados de los nuevos órdenes laborales internacionales, para promover y proteger la salud de los trabajadores (6.1). El Plan se articula sobre la base de unos principios orientadores⁶⁵, siendo el eje del mismo mejorar «las condiciones y medio ambiente del trabajo dentro del contexto de productividad, pero con equidad social» (6.2.). Además, el Plan determina una serie de propósitos y objetivos estratégicos a fin de fortalecer la capacidad de los países⁶⁶.

Y en la IV Cumbre de las Américas (2004), tanto en la Declaración como en el Plan de Acción titulados «Crear Trabajo para Enfrentar la Pobreza y Fortalecer la Gobernabilidad Democrática», los Jefes de Estado y de Gobierno afirmaron el compromiso hemisférico para proveer a los trabajadores de las Américas de mejores condiciones de salud y seguridad en el trabajo⁶⁷, compromiso que ha sido impulsado por la OPS⁶⁸.

También hay que mencionar que los problemas sociolaborales han centrado la atención del MERCOSUR, de ahí que haya adoptado la «Declaración Sociolaboral de MERCOSUR»⁶⁹ (1998), que dedica el artículo 17 a la salud y seguridad en el trabajo⁷⁰.

En la Comunidad Andina el derecho a la seguridad y salud en el trabajo ocupa un lugar primordial como se puede constatar en la Resolución 957 (septiembre de 2005) en virtud de la cual se aprueba el «Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo» que determina los compromisos asumidos por los Estados en esta materia (art. 3), las finalidades de los servicios de salud en el trabajo (art. 4), así como las funciones que deben cumplir tales servicios (art. 5).

3.1.2 El Protocolo de San Salvador reconoce a toda persona el «derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con los servicios públicos básicos» (art. 11). En

⁶⁴ http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehamplanreg.pdf.

⁶⁵ Universalidad, equidad, participación, integridad, coherencia y oportunidad.

⁶⁶ Los propósitos y objetivos son los siguientes: «La prevención y el control de los riesgos en los distintos ambientes de trabajo»; «establecer políticas y legislación actualizada, aplicables e integradas a los planes nacionales»; «la aplicación de la estrategia de la promoción de la salud, con un enfoque proactivo e integral de centros y puestos de trabajo saludables»; y «la ampliación de cobertura, fortalecimiento e integración de los servicios integrales de Salud de los Trabajadores» (§ 7).

⁶⁷ <http://www.summit-americas.org/Documents%20for%20Argentina%20Summit%202005/IV%20Summit/Declaracion/Word%20Format/Declaracion%20IV%20Cumbre%20de%20las%20Américas%20-%20Español.doc>.

Y el Plan de Acción establece unos compromisos nacionales (§§ 13 y 46):

http://www.summit-americas.org/Documents%20for%20Argentina%20Summit%202005/IV%20Summit/Plan%20de%20Accion/Word/Proyecto%20Plan%20Accion%20ESP%20nov_5%20%20IV%20Cumbre%209pm.doc.

⁶⁸ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051207.htm>.

⁶⁹ CMC-1998-AT12, de 10 de diciembre de 1998.

⁷⁰ El artículo 17 establece: «1. Todo trabajador tiene el derecho a ejercer sus actividades en un ambiente de trabajo sano y seguro, que preserve su salud física y mental y estimule su desarrollo y desempeño profesional. 2. Los Estados Partes se comprometen a formular, aplicar, actualizar, en forma permanente y en cooperación con las organizaciones de empleadores y de trabajadores, políticas y programas en materia de salud y seguridad de los trabajadores y del medio ambiente del trabajo, con el fin de prevenir los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, promoviendo condiciones ambientales propicias para el desarrollo de las actividades de los trabajadores».

todo caso, ha sido la OEA y la OPS las impulsoras de toda cuestión relacionada con la salud y medio ambiente.

En la Conferencia Sanitaria Panamericana (2002), los ministros de Salud y Medio Ambiente de las Américas reconocieron que las enfermedades diarreicas y las afecciones respiratorias siguen siendo la principal carga de enfermedad asociada al ambiente, por lo que puntualizaron los temas prioritarios de la salud ambiental en la Región⁷¹, y propusieron acciones tanto para los países como para la OPS⁷².

Con posterioridad (junio de 2004), los ministros de Salud y de Medio Ambiente analizaron la forma de ampliar vínculos y de integrar sus labores para mejorar la calidad de vida en la Región, en la reunión celebrada en Mar del Plata, bajo los auspicios de la OPS, la OEA y el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Los ministros abordaron los progresos y los desafíos todavía existentes en la Región para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y el medio ambiente, y consideraron la necesidad de formular un plan de acción para la salud ambiental de los niños, integración del abastecimiento de agua y el manejo de residuos sólidos, así como para la manipulación segura de productos químicos. El Plan de Acción fue propuesto a la IV Cumbre de las Américas⁷³, la cual se ocupó de cuestiones relacionadas con la salud y el medio ambiente, como queda reflejado tanto en su Declaración como en el Plan de Acción a los que se ha aludido previamente.

Por otro lado, hay que hacer notar que la OPS ha creado el Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) para enfrentar los retos que trae consigo el siglo XXI y el nuevo paradigma del desarrollo sostenible, la seguridad humana y la salud ambiental. A través de una visión holística e integral de la relación entre salud y enfermedad, el SDE trabaja para fortalecer las políticas públicas, las instituciones y la movilización social, a fin de mejorar la calidad de vida de la población en la Región de las Américas y el Caribe⁷⁴.

3.1.3 El Protocolo de San Salvador reconoce a toda persona «el derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico» (art. 12).

De la nutrición y la alimentación se viene ocupando la OPS desde hace años⁷⁵; sin embargo, recientemente ha aprobado «El Programa de Alimentos y Nutrición» dirigido a diseñar unas estrategias respecto de toda la población en general (aunque contiene directrices especiales en relación con los lactantes y menores de dos años⁷⁶) a fin de contribuir a la buena salud⁷⁷. Y ello sin perjuicio de que en el marco de la salud pública veterinaria, la OPS se viene ocupando de la prevención de las enfer-

⁷¹ Los temas puntualizados fueron los siguientes: primero, la contaminación de las aguas, agua saneamiento e higiene; segundo, la contaminación del aire en ambientes interiores y exteriores; y terceros, los efectos crónicos y agudos asociados a la exposición de sustancias químicas, especialmente los plaguicidas.

⁷² CSP26/27, de 10 de julio de 2002: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-27-s.pdf>.

⁷³ http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_sep05.htm.

⁷⁴ <http://www.paho.org/Spanish/ad/sde/acerca.htm>.

⁷⁵ <http://www.paho.org/spanish/dd/pub/pubtopiclist.asp?ID='500,192'&KW=reviewedPublicationsNutrition&Lang=S&LNG=SPA&Title=Alimentación%20y%20nutrición&SubTitle=Todos%20los%20temas%20sobre%20Alimentación%20y%20nutrición>.

⁷⁶ <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/hpn.htm>.

⁷⁷ Vid. asimismo «salud y nutrición» en el Informe «Salud en las Américas» (2002): <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/HIASpanP194.pdf>.

medades transmitidas por los alimentos, de la inocuidad de los alimentos para el consumo humano y de la promoción de la salud animal, con el fin de incrementar la producción, la productividad y la oferta de alimentos sanos⁷⁸.

Asimismo hay que hacer notar que en MERCOSUR ha sido aprobado un Reglamento para restricción del uso de determinados aditivos alimentarios, en el que se hace notar que es necesario el constante perfeccionamiento de las acciones de control sanitario con vista a proteger la salud de la población⁷⁹.

3.2 Una de las cuestiones que ocupa una atención especial en América Latina es la relativa inmunización. En este contexto hay que tener presente que los Estados Partes en el Protocolo de San Salvador se han comprometido a adoptar medidas para la total inmunización de las enfermedades infecciosas (art. 10.2.c).

Por su parte, la OPS en 1977 creó un mecanismo para garantizar a los países la disponibilidad constante de vacunas: «Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas», que utilizan los Estados para la adquisición de vacunas, jeringas y equipos necesarios para conservarlas⁸⁰. El Fondo ha permitido ahorros sustanciales (hasta el 80% del precio de las vacunas ordenadas por un determinado país) y también la planificación ordenada de las actividades de inmunización⁸¹.

La 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) resolvió instar a los Estados para seguir avanzando en lo que al sistema sanitario de vacunación respecta⁸². El Informe final de la XVI Reunión del Grupo Técnico Asesor de la OPS sobre «Enfermedades Previsibles por Vacunación» (2004) señala que las actividades de los programas de vacunación constituyen intervenciones claves de salud pública, por lo que afirmó que los programas de vacunación nacionales y el apoyo de la OPS deben centrarse en el aumento de recursos y en la elaboración de estrategias para aumentar la cobertura⁸³.

⁷⁸ <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/vp/vp-unit-page.htm>.

⁷⁹ MERCOSUR/GMC/RES 15/05, de 9 de junio de 2005.

⁸⁰ La creación de este Fondo permitió organizar el mecanismo de compra de vacunas a través de la OPS que actúa como una suerte de agente comercial o agente de adquisición en nombre de sus Estados miembros. El Fondo ha asegurado durante los dos últimos decenios un suministro de vacunas de alta calidad para los programas nacionales de vacunación a precios asequibles.

⁸¹ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps040420.htm>.

⁸² A tales efectos les instó para que: «a) asignen recursos suficientes para financiar todos los aspectos de los programas nacionales de vacunación, a fin de asegurar el logro sostenible de una cobertura de vacunación de la menos el 95% con todos los antígenos en todos los municipios, la realización de la meta de la interrupción de la transmisión autóctona del sarampión, el mantenimiento de la erradicación de la poliomielitis y la inclusión de nuevas vacunas e iniciativas importantes de salud pública; b) lleven a cabo iniciativas de control acelerado de la rubéola y de prevención del síndrome de rubéola congénita y sigan mejorando la vigilancia epidemiológica de ambas, así como el diagnóstico de laboratorio y de los procedimientos de investigación; permanezcan atentos a la situación de la fiebre amarilla, usando sistemas de vigilancia sensibles, especialmente en zonas enzoóticas y aquellas infectadas con *aedes aegypti*, y a mantener altas coberturas de vacunación en zonas de alto riesgo para prevenir la ocurrencia de casos selváticos y la urbanización de la enfermedad; d) fortalezcan a las autoridades nacionales regulatoria y los laboratorios nacionales de control para velar por que los programas nacionales de vacunación y el sector privado usen vacunas de buena calidad, ya sean importadas o de producción local y aprobadas por las autoridades competentes; y e) consideren que cualquier brote de viruela es una amenaza para la Región y el mundo, a que notifiquen con prontitud cualquier caso sospechoso que pueda ocurrir, y a que estén preparados para proporcionar la asistencia de urgencia necesaria, incluidas vacunas, con el fin de contener el brote con la mayor prontitud posible». Resolución CSP26.R9, 25 de septiembre de 2002.

⁸³ http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/IM/GTA16_FinalReport_2004.pdf. La reunión se celebró del 3 al 5 de noviembre en Ciudad de México. La próxima reunión (XVII) está prevista que se celebre del 23 al 25 de julio de 2006 en Ciudad de Guatemala.

Recientemente (2005 y 2006) la OPS ha adoptado seis nuevas «Guías prácticas» como herramientas esenciales en la lucha contra las enfermedades prevenibles por vacunación (fiebre amarilla, tétano, poliomielitis, sarampión, rubéola, difteria, tétano, tos ferina y hepatitis B)⁸⁴, vacunas a las que ya le prestó una atención especial en su Informe sobre «La salud en las Américas» (2002)⁸⁵.

4. DERECHOS

4.1 Los Estados Partes en el Protocolo de San Salvador asumen el compromiso de adoptar medidas para garantizar «la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad» (art. 12.2.a). Como quiera que está recién creado por la Asamblea General de la OEA el órgano que examinará los informes que los Estados Partes están obligados a presentar (art. 19), hasta el presente no existe jurisprudencia al respecto.

Sin perjuicio de lo anterior, hay que hacer notar que en el Plan de Acción de la III Cumbre de las Américas (2001), los Estados se comprometieron a reformar el sector de la salud a los efectos de alcanzar «la calidad de la atención, la igualdad en el acceso a los servicios y la cobertura de los mismos, especialmente en los campos de la prevención de las enfermedades o la promoción de la salud, y a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y administración de los servicios»⁸⁶

Asimismo hay que señalar que la OPS desde siempre se viene ocupando de la asistencia sanitaria, por lo que existen numerosos informes que de forma directa o indirecta se refieren a la misma. A tales efectos cabe citar:

El Informe del Comité Ejecutivo de la OPS (2003) titulado «La atención primaria de la salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos de futuro». El mismo recuerda que la «Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud» convocada por la OMS (Alma-Ata, 1978) identificó a la atención primaria de la salud como la principal estrategia para alcanzar la meta «Salud para Todos en el Año 2000». Los países de la Región de las Américas hicieron suyos los cuatro principios fundamentales de Alma-Ata⁸⁷. 25 años después se considera en el citado Informe que es necesario revisar dichos principios y reafirmarlos como estrategia fundamental para el desarrollo de la salud. Se presentan cinco desafíos para la salud en las Américas: i) intensificar los esfuerzos para garantizar el acceso universal a la asistencia sanitaria, prestando especial atención a los grupos menos privilegiados; ii) mejorar la salud de la población, en general (aumentando la esperanza de vida y la calidad de la misma) y reducir la mortalidad materno-infantil; iii) calidad y eficacia de los servicios de salud con plena participación de los usuarios; iv) proveedores diversos de atención de la salud; y v) fortalecimiento de la infraestructura y de las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de

⁸⁴ <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=9382>.

⁸⁵ <http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/HIASpanP308.pdf>.

⁸⁶ <http://www.summit-americas.org/III%20Summit/Esp/III%20summit-esp.htm>.

⁸⁷ Los principios son los siguientes: i) accesibilidad y cobertura universal; ii) participación y auto-consentimiento individual y comunitario; iii) acción intersectorial por la salud; y iv) costo-eficacia y tecnología adecuada en función de los recursos disponibles.

las funciones de salud pública⁸⁸. Y en el Informe del «Grupo de Trabajo sobre la OPS en el siglo XXI» (septiembre de 2005) se establecen como desafíos: lograr una mayor equidad, eficacia y calidad, y buscar mayor eficiencia⁸⁹.

Por último, mencionar que la «Declaración Regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud» (Declaración de Montevideo) de 2005, afirma el compromiso de los Estados miembros de la OPS de «facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud», lo que incluye alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr, así como eliminar las barreras al acceso institucionales, geográficas, étnicas, de género, culturales o económicas, y elaborar programas concretos para poblaciones vulnerables. «Fortalecer la participación» a fin de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones. Además, los Estados miembros deben poner a la disposición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios⁹⁰.

Consecuentemente, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y universalidad son los principios básicos de la asistencia sanitaria en la Región de las Américas.

4.2 El derecho al medicamento no está expresamente reconocido en el Protocolo de San Salvador; sin embargo, la OPS se viene ocupando de esta cuestión desde hace tiempo. Y en este contexto hay que hacer notar que la mencionada Organización considera que el acceso a medicamentos y otros insumos es uno de los mayores desafíos de la Región por la proporción de personas que no acceden a medicamentos en razón a debilidades de las políticas de salud y por barreras económicas y comerciales que se configuran en espacios nacionales y el contexto mundial. El acceso a medicamentos, sostiene la OPS, depende de diversos factores como la cobertura en salud, los procesos de selección, los mecanismos de financiación, la gestión de suministros y las estrategias de contención de costos, dentro de las que destacan las políticas de genéricos, las regulaciones sobre propiedad intelectual y los precios asequibles⁹¹. De ahí que dicha Organización haya incorporado el acceso a medicamentos como uno de los elementos centrales de trabajo con énfasis en tres áreas estratégicas: desarrollo de políticas farmacéuticas en la Región y promoción de políticas de genéricos coherentes⁹²; desarrollo de estrategias de contención de costos para los suministros esenciales de salud pública, haciendo hincapié en los precios asequibles y la propiedad intelectual⁹³; y fortalecimiento de sistemas de suministro y desarrollo de mecanismos regionales de adquisiciones⁹⁴.

⁸⁸ CE/132/13, de 9 de mayo de 2003: <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/ce132-13-s.pdf>.

⁸⁹ CD46/29, de 24 de agosto de 2005, pág. 14.

⁹⁰ 46.º Consejo Directivo, 57.ª sesión del Comité Regional de la OPS.

⁹¹ <http://www.paho.org/spanish/ad/th/s/ev/acceso.htm>.

⁹² Considera la OPS que los medicamentos genéricos son una importante herramienta para mejorar el acceso por que constituyen la principal forma de competencia del mercado farmacéutico, lo que se traduce en reducción de precios e incremento del beneficio social. Las políticas de genéricos contemplan la promoción e incentivos a la producción y uso de genéricos a través de diversos mecanismos, incorporados en las diferentes etapas del proceso de abastecimiento de medicamentos: producción, registro, dispensación, prescripción y uso.

⁹³ Los días 5, 6 y 7 de Julio de 2004 se reunieron en Lima, Perú, las autoridades nacionales de salud y comercio con el fin de discutir el tema de propiedad intelectual y acceso a medicamentos. El seminario fue convocado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, la OMS, la OPS y el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue, con el apoyo de la Comunidad Andina de Naciones (CAN).

⁹⁴ La OPS propone fortalecer capacidades nacionales en la gestión del suministro de medicamentos a través del desarrollo de redes regionales con la participación de las agencias nacionales en suminis-

Además, la OPS ha preparado una guía técnica relativa a la donación de medicamentos en caso de desastres y asistencia humanitaria, toda vez que considera que las donaciones pueden causar problemas si no se cumplen principios y normas específicas⁹⁵. También ha preparado el borrador de requisitos comunes para el registro de medicamentos⁹⁶ y ha emprendido campaña contra los medicamentos falsificados, creando a tales efectos un Grupo de Trabajo⁹⁷.

Por su parte, MERCOSUR presta especial atención a los medicamentos falsificados en la Resolución sobre la «Obligatoriedad de comunicación entre los Estados Partes del MERCOSUR sobre el retiro de medicamentos del mercado»⁹⁸.

5. GARANTÍAS

En las Américas, así como en Europa, no existe ningún órgano jurisdiccional de carácter internacional para sancionar penalmente las violaciones del derecho a la salud. En todo caso, las víctimas de violaciones de este derecho pueden acudir a la Corte Interamericana de Derechos Humanos, así como a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Y ello sin perjuicio del sistema de control de cumplimiento instituido en el Protocolo de San Salvador.

5.1 La CADH, como ha sido previamente señalado, no reconoce el derecho a la salud; sin embargo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos se ha pronunciado en más de una ocasión sobre dicho derecho, siempre y cuando haya sido el causante de una violación de un derecho reconocido en la CADH. A título de ejemplo es oportuno citar el caso *Comunidad Yakye Axa c. Paraguay*, en el que la Corte declaró violación del derecho a una vida digna (art. 4 de la CADH); entre otras razones, por las condiciones insalubres de la comunidad indígena en el asentamiento en que se ubicaron, una carretera lindando con el territorio ancestral que reivindicaban⁹⁹, y se pronunció además con carácter específico en relación con el derecho a la salud de los niños y las personas de avanzada edad¹⁰⁰. Al resolver sobre reparaciones, la Corte impuso al Estado demandado (responsable internacionalmente) a que prestara atención sanitaria a los miembros de la comunidad indígena hasta que la misma pudiera ocupar el territorio reivindicado o bien otro alternativo ofrecido por el Estado en cuestión¹⁰¹.

5.2 La Comisión Interamericana de Derechos Humanos es competente para conocer, con carácter preceptivo y previo, todo caso en el que se denuncia violación atribuible a un Estado Parte en la CADH. Consecuentemente, siempre y cuando

tro de medicamentos, como: la Red Regional del Caribe de Adquisiciones Farmacéuticas y Autoridades de Manejo de Suministros, CARIPROSUM: <http://www.paho.org/spanish/ad/th/ev/acceso-suministros.htm>.

⁹⁵ http://www.paho.org/spanish/dd/ped/te_ddon.htm.

⁹⁶ <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/RM-requisitos-borrador.pdf>.

⁹⁷ <http://www.paho.org/spanish/ad/th/ev/gcfm-hp.htm>.

⁹⁸ MERCOSUR/GMC/RES 78/99, de 18 de noviembre de 1999.

⁹⁹ Sentencia de 17 de junio de 2005, Serie C 125, §§ 162, 164, 165, 167, 169 y 176.

¹⁰⁰ *Ibid.*, §§ 172 y 175.

¹⁰¹ *Ibid.*, § 221.

la salud haya tenido consecuencias negativas en un derecho reconocido, es competente para conocer del asunto antes de que la demanda pueda ser presentada ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Además, la Comisión también puede conocer de quejas respecto de todo Estado miembro de la OEA (no Parte en la CADH), respecto de toda consecuencia negativa para la salud que haya sido causante de la violación de uno de los derechos proclamados en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre sobre los que ejerce sus competencias de conformidad con su Estatuto.

5.3 Si la Corte Interamericana de Derechos Humanos declara que ha habido violación de la CADH, puede decidir indemnizaciones por daños (materiales y/o inmateriales) que considere oportunas, como hizo en el caso citado a título de ejemplo. Por su parte, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos también es competente para determinar indemnizaciones en caso de violaciones de la CADH en el supuesto de que el caso no sea sometido al conocimiento de la Corte, así como cuando conozca de violaciones de derechos reconocidos en la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.

5.4 El sistema de informes periódicos, instituido en el Protocolo de San Salvador (art. 19), es un mecanismo de control en virtud del cual el órgano competente, tras examinar los informes de los Estados Partes, realizará los comentarios y recomendaciones que estime pertinente. Sin embargo, como quiera que el órgano a tales efectos ha sido recién creado por la Asamblea General de la OEA, hasta el presente no existe jurisprudencia del mismo en relación con el derecho a la salud ni con ningún otro derecho reconocido en el precitado Protocolo.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

Determinadas personas por razón de su estatus, edad u origen se encuentran en muchas ocasiones en situación de vulnerabilidad; de ahí la respuesta del Derecho internacional para brindarle una especial protección en relación con determinados derechos, entre otros, el derecho a la salud.

En este contexto hay que tener presente que los Estados Partes en el Protocolo de San Salvador se comprometen a adoptar medidas para «la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables» (art. 10.f)

La Carta de Buenos Aires sobre el Compromiso Social en el MERCOSUR, de 30 de junio de 2000, establece en su resolutivo segundo el consenso de los Estados en intensificar «los esfuerzos de sus Gobiernos para mejorar la calidad de vida en sus respectivos países y en la región, mediante la atención prioritaria a los sectores más desprotegidos de la población en materia de (...) salud...»

Y la Carta Andina para la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos presta especial atención a la salud de determinadas personas: mujeres, migrantes, refugiados y apartidas (arts. 43.1, 50.2 y 59.2).

6.1 La Carta Andina para la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos establece que los Estados miembros de la Comunidad Andina prestarán aten-

ción a la promoción y protección de los Derechos Humanos de las mujeres, en sus respectivas jurisdicciones y en el ámbito andino, para protegerlas contra «la discriminación –tanto en la esfera pública como privada– con miras a garantizar sus derechos humanos y de manera particular los derechos a (...) la salud y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos...» (art. 43.2), así como al ejercicio de estos últimos derechos (art. 43.5). Disposición semejante no está contenida en el Protocolo de San Salvador; sin embargo, las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer ocupan en la OEA un lugar fundamental.

En la II Cumbre de las Américas (1998), los Jefes de Estado y de Gobierno se comprometieron a «promover políticas orientadas a mejorar los índices de salud de la mujer y la calidad de los respectivos servicios considerando todas las etapas de su vida»¹⁰². Y en el Plan de Acción de la III Cumbre de las Américas (2001), en el marco de los compromisos para reformar el sector de la salud, los mandatarios afirmaron que intensificarían los esfuerzos para promover prácticas óptimas a fin de «reducir la morbilidad y la mortalidad materno-infantil» y «prestar el cuidado y los servicios de salud reproductiva de calidad a mujeres, hombres y adolescentes»¹⁰³, Plan que ha sido objeto de seguimiento por la Comisión Interamericana de la Mujer¹⁰⁴, y ello sin perjuicio de que la mencionada Comisión en el «Programa Interamericano sobre la promoción de los derechos de la mujer y la equidad e igualdad de género», entre los objetivos específicos del mismo incluye el «acceso pleno de la mujer a servicios de atención médica durante todo su ciclo de vida, que abarquen, conforme se requiera, la salud física, emocional y mental» (§ 6)¹⁰⁵.

La salud de la mujer también ocupa un lugar primordial en la OPS; así lo confirma el Informe sobre «La mujer, la salud y el desarrollo» presentado por el Comité Ejecutivo a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002)¹⁰⁶. El Informe describe las medidas que los Estados miembros de la OPS deben aplicar de conformidad con los mandatos internacionales y con las resoluciones de la OPS, e indica cómo el Programa sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo de la OPS (HDW) puede apoyarlos a salvar la brecha de equidad por razón de género. En este contexto fueron seleccionadas cinco áreas estratégicas para la colaboración: a) incluir la perspectiva de género en el análisis de la situación sanitaria para enfocar más eficazmente las políticas y los programas; b) formular y vigilar las políticas para reducir las inequidades de género en el campo de la salud; c) fortalecer el modelo para abordar la violencia de género a los niveles de política sectorial y comunitario, y usarlo para involucrar a los hombres en la toma de decisiones acerca de la salud reproductiva y para abordar las inequidades en la esfera de la salud mental; d) hacer labor de extensión con estrategias de información, educación y comunicación, y con materiales para la promoción de la causa y adiestramiento, especialmente por los «canales virtuales»; y e) colaborar con los programas de la OPS y los Estados

¹⁰² <http://www.summit-americas.org/esp/cumbresantiago.htm>.

¹⁰³ <http://www.summit-americas.org/III%20Summit/Esp/III%20summit-esp.htm>.

¹⁰⁴ <http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

¹⁰⁵ CIM/RES. 209/98 y AG/RES. 1625 (XXIX-O/99):

<http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

Vid. asimismo, el balance, los objetivos y estrategias en relación con la salud de la mujer de la Comisión Interamericana de la Mujer:

<http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/documents/spa/structure.asp>.

¹⁰⁶ CSP26/16, de 19 de julio de 2002: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-16-s.pdf>.

miembros para incorporar la inequidad de género a la investigación, los proyectos y las políticas¹⁰⁷.

Y el Informe Final (2005) del Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo del Comité Ejecutivo, encomia a la OPS¹⁰⁸ «por haber incorporado criterios de igualdad de género en los objetivos y estrategias para su trabajo¹⁰⁹, aunque reconoció que queda mucho por hacer para integrar plenamente una perspectiva de género en los programas y servicios de salud, y lograr una verdadera igualdad de género en materia sanitaria»¹¹⁰.

Una preocupación especial está relacionada con el impacto de la violencia sobre la mujer en la salud pública y la urgencia por aplicar métodos para reducirla. Esta cuestión fueron los enfoques de una serie de eventos alrededor del lanzamiento en las Américas del «Informe Mundial sobre la violencia y la salud»¹¹¹ de la OMS y del Informe «La violencia contra la mujer: responde el sector salud» (2003) de la OPS, en los que se hace notar que la violencia basada en el género es uno de los abusos contra los Derechos Humanos y uno de los problemas de salud pública más difundidos en el mundo actual que afecta a una de cada tres mujeres¹¹².

Respecto de la salud sexual y reproductiva¹¹³, la OPS considera que el acceso y la capacidad de las mujeres para utilizar los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para garantizar la protección de la salud de las mismas y la de

¹⁰⁷ En el Informe se invitó a la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana a que considere la Resolución CE130.R12 del Comité Ejecutivo en su sesión 130.ª que incluye medidas que deberían aplicar la OPS y sus Estados miembros para reducir las inequidades por razón de género en materia de salud.

¹⁰⁸ La representante de la OMS (que participó en la 21.ª sesión del Subcomité) señaló que la OPS ha sido el buque insignia en materia de integración de la perspectiva de género y encomió a la OPS por ir más allá de la retórica y pasar a la acción, especialmente a nivel de los países. Reconoció que la OMS había adoptado una política de género en 2002, pero que «en gran parte se había quedado en el papel».

¹⁰⁹ La OPS mediante su Unidad de Género y Salud viene impulsando un proyecto encaminado a promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud de la Región. El eje central del proyecto es la reducción de esas desigualdades innecesarias, evitables e injustas entre hombres y mujeres en el estado de salud, el acceso a la atención de salud y la participación en la toma de decisiones dentro del sistema de salud. El proyecto también busca identificar y eliminar inequidades mediante la producción y utilización de la información como instrumento de cambio en favor de la equidad de género en salud. Un énfasis particular, pero no exclusivo, se ha asignado a las desigualdades que ocurren como consecuencia de respuestas institucionales inapropiadas a la luz de las necesidades en salud sexual y reproductiva. La primera etapa del proyecto, que inició en el año 2000, recibió financiación de las Fundaciones Ford y Rockefeller y se ha ejecutado de manera piloto en Chile y Perú: <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Policy.htm>.

Vid. asimismo «Política de la OPS en materia de igualdad de género», CD46/12, de 16 de agosto de 2005: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/PAHOGenderPolicySP05.pdf>.

¹¹⁰ <http://www.paho.org/spanish/gov/ce/msd/msd21-fr-s.pdf>. Lo cierto es que la incorporación de la perspectiva de género fue propuesta por el precitado Subcomité en su sesión 20.ª de 2003. Y ello sin perjuicio de que la 18.ª sesión (1999) del Subcomité se enfocara a la incorporación de género y salud de la mujer en los procesos de reforma del sector salud en la Región: (<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/Mainstreaming.htm#MSD>). El Informe fue presentado en 2002 a la Conferencia Sanitaria Panamericana.

¹¹¹ <http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/GH/VAWhealthsector.htm>.

¹¹² http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora03_oct03.htm.

¹¹³ En la XIII Reunión Especializada de la Mujer de MERCOSUR (2005), Brasil apoyó el documento de la Comisión sobre Derechos Sexuales y Reproductivos (Comisión que ha sido creada por los Ministros de Salud en el MERCOSUR), a lo que se adhirieron Argentina y Chile. La propuesta de Brasil fue apoyada por la Presidenta Pro Tempore, MERCOSUR/REM/ACTA 1/05, mayo de 2005: <http://www.mercosur.int/msweb/principal/contenido.asp>.

sus hijos¹¹⁴. Aunque reconoce que hablar de sexualidad y de temas de salud reproductiva sigue siendo tabú en muchas sociedades y, debido a ello, las mujeres y las niñas no se apropian de su identidad fisiológica¹¹⁵.

En relación con los anticonceptivos de emergencia¹¹⁶ en las Américas, la OPS pone de manifiesto que ello ha sido un tema polémico y a menudo decisivo desde que esta tecnología se puso a disposición de la atención pública. Mientras que tales anticonceptivos orales están disponibles en todas las Américas (en cualquier parte en el que la anticoncepción es legal), la OPS afirma que el conocimiento de su existencia no es común ni se fomenta¹¹⁷.

Tiene presente asimismo la OPS que la mortalidad materna¹¹⁸ es más elevada entre las mujeres pobres y menos educadas¹¹⁹ y entre aquellas con un alto riesgo reproductivo¹²⁰, por lo que considera que sin estrategias para abordar las normas sociales y estereotipos persistentes de género, para educar tanto a las mujeres como a los hombres sobre sus derechos a la salud, y sin políticas que faciliten la capacidad de las mujeres para ejercer estos derechos, la mortalidad materna seguirá contribuyendo a la muerte de aproximadamente una mujer cada minuto en el mundo¹²¹. Y en este contexto hay que tener presente que la 26.ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) aprobó una «Estrategia para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas»¹²² y creó un «Fondo de contribución voluntaria para la reducción de la mortalidad materna en las Américas»¹²³.

Más recientemente, en el Informe «Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una mirada desde América Latina y el Caribe» (2005), la OPS puso de manifiesto que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituye un grave problema de salud pública que revela alguna de las más profundas inequidades en las condiciones de vida, pues conlleva a defunciones y daños a la salud totalmente evitables mediante un adecuado control y atención¹²⁴.

¹¹⁴ Recuerda la OPS que el compromiso mundial para asegurar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los hombres se refleja en la primera estrategia de salud reproductiva de la OMS adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud (mayo 2004) en la que puso énfasis en la provisión de servicios de planificación familiar, en el combate de enfermedades de transmisión sexual y la promoción de la salud sexual. MSD21/FR, de 15 de marzo de 2005, 17.

¹¹⁵ <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/WHD2005-hojainformativa.pdf>.

¹¹⁶ «Píldora del día después» (ACE).

¹¹⁷ <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/emergencycontraceptionsp.pdf>.

¹¹⁸ Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio está mejorar la salud materna (objetivo 5.º), concretado por la meta 6.ª que fija la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015, meta ha que sido tomada en consideración por la OPS.

¹¹⁹ Señala la OPS que un estudio realizado en Guatemala en 2002 mostró que las mujeres con un nivel de educación secundaria y más, tuvieron tres veces más de probabilidad de usar métodos anticonceptivos modernos que las mujeres sin ninguna educación formal. Y que otro estudio realizado en Nicaragua en 2001 reveló que el 95,8% de las mujeres con niveles de educación avanzados recibieron atención en el parto por personal de salud calificado, mientras sólo el 34,2% de las mujeres sin instrucción formal recibieron atención.

¹²⁰ Madres menores de 18 y mayores de 34 años, el espacio entre nacimientos menor de dos años, y más de tres nacimientos.

¹²¹ <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/WHD2005-hojainformativa.pdf>.

¹²² Resolución CSP26.R/13, de 26 de septiembre de 2002:
<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r13-s.pdf>.

¹²³ Resolución CSP26.R/4, de 27 de septiembre de 2002:
<http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26.r14-s.pdf>.

¹²⁴ Capítulo V: El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, p. 155:
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/capitulo5.pdf>.

6.2 En lo que a los niños respecta, el Protocolo de San Salvador no se pronuncia de forma particular sobre el derecho a la salud de los mismos¹²⁵. Por su parte, la Carta Andina para la Protección y la Promoción de los Derechos Humanos, aunque en diversas disposiciones se ocupa de los niños, tampoco lo hace de forma particular en relación con el derecho a la salud de los mismos¹²⁶.

Uno de los problemas que afecta a los niños es la inequidad, la cual constituye un grave problema en las Américas; sin embargo, a nivel global la OPS afirma que se ha reducido la tasa de mortalidad infantil¹²⁷. En todo caso, las infecciones respiratorias agudas (IRA) se ubican entre las primeras cinco causas de defunción de menores de cinco años y representa la causa principal de enfermedad y consulta a los servicios de salud¹²⁸.

En toda la Región, sostiene la OPS, tanto la mortalidad de niños como de madres ha disminuido considerablemente en el último medio siglo; sin embargo, subsisten diferencias marcadas entre y dentro de los países de la región¹²⁹. Recuerda la OPS que los «Objetivos de Desarrollo del Milenio» buscan para 2015 la reducción de las tasas de mortalidad materna en todo el mundo de tres cuartas partes y una disminución de la mortalidad de niños de dos terceras partes. Para lograr dicho objetivo, la OPS está promoviendo la AIEPI (Estrategia de la OMS y de UNICEF sobre «Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia»)¹³⁰, que se ha transformado en estrategia regional para mejorar la salud infantil en toda la región¹³¹.

Por su parte, el Instituto Interamericano del Niño, la Niña y Adolescente (IIN) en su Plan Estratégico (2000-2004), en el marco del programa de promoción de los derechos del niño, incluyó la promoción de la salud mental y la discapacidad y en el contexto más general preveía actuar en áreas como la «atención primaria de salud» y el «embarazo precoz»¹³². En el nuevo Plan Estratégico (2005-2008) el IIN se

¹²⁵ El artículo 16 del Protocolo de San Salvador lo que afirma es que todo niño «sea cual fuere su filiación tiene derecho a las medidas de protección que su condición de menor requiere por parte de su familia, de la sociedad y del Estado», reproduciendo en este sentido lo establecido en el artículo 19 de la CADH.

¹²⁶ La Carta Andina se refiere al «derecho de los adolescentes a recibir una debida educación y formación para su sexualidad responsable» (art. 45.1), sin que reconozca el forma expresa tales derechos a los adolescentes, salvo tratándose adolescentes femeninas cuyo derecho a la salud sexual y reproductiva sí está reconocido en el artículo 43.

¹²⁷ http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ahora01_sep05.htm Vid. asimismo la publicación auspiciada por la OPS de la Dra. Rocío Rojas Aldemida titulada «crecer sanitos. Estrategia, metodología, e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas»: http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Creer_Sanitos.pdf.

¹²⁸ <http://www.paho.org/common/Display.asp?Lang=S&RecID=4857>.

¹²⁹ Bolivia, por ejemplo, señala la OPS, tiene una tasa promedio de mortalidad materna de 230 por 100.000 nacidos vivos, diez veces más alta que la de Chile. En el interior de Bolivia, las tasas de mortalidad materna varían de 124 muertes por 100.000 nacidos vivos en los valles hasta 352 por 100.000 en las zonas rurales, habitadas principalmente por pueblos indígenas.

¹³⁰ <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiapi.htm> Un Informe sobre dicha estrategia en la que hacía notar los avances que se habían conseguido en las Américas fue presentado por el Comité Ejecutivo de la OPS a la Conferencia Sanitaria Panamericana (2002): <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-11-s.pdf>.

¹³¹ Con los esfuerzos conjuntos de agencias internacionales y nacionales, asociaciones profesionales, instituciones académicas y organizaciones no gubernamentales, sostiene la OPS, procuramos que cada embarazo y cada parto sea seguro y que todo niño tenga la oportunidad de vivir una vida sana y próspera. Vid. asimismo «Madres y niños: su salud cuenta»: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero22_articulo4c.htm.

¹³² http://www.iin.oea.org/plan_estrategico_documento.pdf.

limita a afirmar que ha habido avances en materia de salud infantil; sin embargo, no determina ningún tipo de estrategia ni programa, salvo en lo que respecta a la potenciación de la familia como ambiente natural y saludable para el niño y la niña¹³³.

En el «Consenso de Kingston» (2000) se hizo notar que a pesar del progreso alcanzado, en todos los países de las Américas existía preocupación sobre una serie de aspectos, entre otros, el «acceso insuficiente a los servicios de salud de calidad e información sobre salud». Y que aunque se habían realizado progresos en el diseño e implementación de políticas y programas sociales en favor de la niñez y de la adolescencia, existían «significativas debilidades en las áreas relacionadas con la salud». Por ello, se comprometieron a continuar el progreso hacia el acceso universal a los servicios integrales de salud, incluyendo la prevención efectiva, la atención temprana, el tratamiento y las estrategias de rehabilitación; aumentar el conocimiento de niños, niñas y adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA; y a emprender acciones conjuntas con la sociedad civil y las familias para proveer salud, nutrición y educación adecuadas¹³⁴.

Y el Plan de Acción de la Agenda Iberoamericana: Metas y Acciones Estratégicas (2001), cuyos objetivos los fijan para el año 2010, establece entre las estrategias «impulsar servicios de salud promocionales y preventivos desde el periodo prenatal que en forma integrada aborden los problemas de salud prevalentes y que confieran prioridad a la vigilancia y a las intervenciones en las áreas de nutrición y desarrollo temprano de la infancia» (§4)¹³⁵.

Por lo que al MERCOSUR respecta, la actividad más destacada relacionada con la salud de los niños es la «Información básica común para la libreta de salud del niño/a»¹³⁶.

6.3 En el «Primer Foro Internacional sobre la incorporación del enfoque intercultural de la salud en zonas con población indígena» (2005)¹³⁷, fueron diversos los temas tratados durante el evento; sin embargo, a estos efectos destacan: el papel de las autoridades locales y tradicionales en el mejoramiento de la salud; las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas; el acceso y la calidad de atención de la salud en comunidades indígenas; el enfoque intercultural de la salud; la medicina moderna y la tradicional indígena; y la vigilancia epidemiológica, ambiente y salud pública¹³⁸.

El Informe sobre la Salud de las Comunidades Indígenas en las Américas (mayo de 2006)¹³⁹ contiene un Plan regional (2007-2011)¹⁴⁰. En el mismo, la OPS reconoce la urgente necesidad de determinar maneras innovadoras y respetuosas para co-

¹³³ http://www.iin.oea.org/Plan_Estrategico_2005_2008.pdf.

¹³⁴ V Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social: http://iin.oea.org/DECLARACIONES/consenso_de_kingston.htm.

¹³⁵ III Conferencia Iberoamericana de Ministras, Ministros y Altos responsables de la infancia y la adolescencia: http://iin.oea.org/DECLARACIONES/declaracion_Peru.htm.

¹³⁶ MERCOSUR/GMC/RES 04/05, de 15 de abril de 2005.

¹³⁷ Fue auspiciado por la OPS, la OMS y los Ministros de Salud (MINSA) y celebrado el 6 de diciembre de 2005.

¹³⁸ <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig-Pan-COMUNICADO-Bisira.doc>.

¹³⁹ CE138/13, de 23 de mayo de 2006: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-13-s.pdf>.

¹⁴⁰ Con anterioridad habían sido aprobados: Plan de Acción 1995-1998 y 1999-2002, y Lineamiento Estratégico y Plan de Acción 2003-2007:

<http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Plan2003-2007-esp.doc>.

laborar con los representantes indígenas y mostrar resultados claros que puedan demostrar una reducción de las barreras de acceso a la atención sanitaria de calidad de las comunidades (§ 22). La meta principal de Plan consiste en contribuir al logro de la equidad sanitaria en la Región, en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de todos los pueblos (§ 24). Su finalidad es fortalecer las capacidades locales, nacionales, subregionales y regionales que permitan promover la salud de los pueblos indígenas de una manera integrada, coordinada y eficaz, dentro de un criterio intercultural, de desarrollo humano e interdisciplinario (§ 25).

Varias líneas estratégicas de acción son establecidas en el mencionado Plan: a) velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las políticas nacionales de salud; b) mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios a escala regional y nacional, y las capacidades nacionales de supervisión; c) integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de la salud; y d) formar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave, a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas. Las líneas estratégicas de acción propuesta se fijan para un periodo de cinco años, esto es, entre 2007 y 2011 (§§ 26 y 27).

En la Comunidad Andina aunque ha sido adoptada la «Declaración de Machu Picchu sobre la Democracia, los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Lucha contra la Pobreza» (julio de 2001), no se refiere de forma expresa al derecho a la salud salvo de forma indirecta, en el sentido de que afirma el compromiso de hacer efectivos los derechos reconocidos en los diversos instrumentos internacionales¹⁴¹.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 El Protocolo de San Salvador reconoce a toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales el «derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad». Y a tales efectos los Estados Partes «se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito» (art. 18), estableciendo una serie de medidas específicas, pero ninguna de ellas está relacionada con la salud.

Por su parte, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)¹⁴², que protege tanto discapacitados físicos como mentales, determina la obligación de los Estados de adoptar medidas para el tratamiento y rehabilitación de las personas discapacitadas (art. III).

La Declaración de Managua (1996) se centra en la discapacidad de los niños y adolescentes. En la misma los delegados gubernamentales se comprometieron a trabajar conjuntamente hacia el desarrollo de políticas sociales a favor de los niños y jóvenes con discapacidades. Centrándose sólo en la salud mental, la Declaración de Ca-

¹⁴¹ <http://www.comunidadandina.org/documentos/actas/dec29-7-01.htm>.

¹⁴² Adoptada por la Asamblea General de la OEA el 6 de julio de 1999 y en vigor el 9 de noviembre de 2001.

racas (1990) de la OPS propone la reforma de las legislaciones sobre las personas con discapacidad mental, de conformidad con los compromisos internacionales de Derechos Humanos y la creación de servicios de salud mental basados en la comunidad¹⁴³.

Y la Carta Andina para la Promoción y la Protección de los Derechos Humanos establece que los Estados prestarán atención a diversos temas prioritarios «con miras a mejorar la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades», destacando entre los mismos: «3. La realización del derecho a la (...) salud de las personas con discapacidades» (art. 49).

El Consejo Directivo de la OPS, en su 43 período de sesiones (2001), instó a los Estados miembros de la OPS y al director de la misma para que adoptaran medidas y estrategias a favor de las personas con trastornos mentales¹⁴⁴. Y en un estudio publicado por la OPS (2005) se pone de manifiesto que el acceso a la salud de las personas portadoras de problemas de salud mental no es una prioridad explícita de los sistemas de salud en la mayoría de los países de América Latina y Caribe, en donde la agenda de salud está centrada en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹⁴⁵. De ahí que se propongan tres etapas para incluir a éste en la agenda política y sanitaria de los Estados: La primera es visibilizar el rol que el estigma juega en estas personas y los costos sociales y económicos que ello implica para los Estados y las sociedades. La segunda consiste en incluir la temática en la agenda pública. Y la tercera se refiere al diseño y formulación de políticas destinadas a eliminar el estigma como barrera de acceso a la salud de las personas portadoras de problemas de salud mental. Afirmando además que los mecanismos legales para hacer efectivo el ejercicio de este derecho deberían ser parte central de la implementación de estas políticas¹⁴⁶.

El Comité Ejecutivo de la OPS, en su 138.º período de sesiones (mayo de 2006), ha presentado un Informe titulado «La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y otros derechos relacionales». El Informe plantea que es necesario atender a la discapacidad (física y mental) como una responsabilidad social compartida y no individual, fundamentándose en las recomendaciones y propuestas realizadas por la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS en 2005 (Resolución WHA58.23) entre las que se incluye la necesidad de proporcionar y proteger los Derechos Humanos de las personas con discapacidades¹⁴⁷.

Además, la OMS ha sostenido que las tendencias actuales sobre personas con discapacidad en los países de América Latina empeorarán en años venideros, pues sólo un 2% de los 85 millones de personas que viven con alguna discapacidad en la Región encuentran respuestas a sus necesidades específicas. El sector salud, uno de los ejes clave de actuación en la atención a los discapacitados, no ha enfrentado el problema con la urgencia requerida¹⁴⁸.

¹⁴³ <http://www.paho.org/spanish/ped/SaludMental05.pdf>.

¹⁴⁴ Resolución CEI28.R.12, de 29 de junio de 2001.

¹⁴⁵ Entre los que la salud mental no está incluido.

¹⁴⁶ Vid. La estrategia y el acceso a la atención de la salud en América Latina: amenazas y perspectivas, realizado por Cecilia Acuña y Mónica Bolis y publicado por la OPS (julio de 2005): <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/leg-estigmatizacion-esp.pdf>.

¹⁴⁷ <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/ce138-15-s.pdf>.

¹⁴⁸ Ello es afirmado por la OPS en el prólogo de la monografía titulada: «Discapacidad: lo que todos debemos saber», la más reciente publicación científico-técnica que acaba de lanzar la OPS en mayo de 2006:

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps060505.htm>.

7.2 El Protocolo de San Salvador reconoce que «toda persona tiene derecho a la protección especial durante su ancianidad. En tal sentido, los Estados Partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica». Entre las medidas establecidas está la de «proporcionar atención médica especializada a las personas de edad» (art. 17).

El Consejo Directivo de la OPS aprobó en 1980 la Resolución CD27.R16 en la que manifestaba su preocupación por la falta de programas adecuados para las personas de edad e instaba a los Estados miembros a establecerlos¹⁴⁹. En 1985, dicho Consejo aprobó la elaboración de un programa sobre la «Salud del Adulto y las Personas de Edad». En la Resolución adoptada a tal finalidad se instaba a los Estados miembros a que «incorporaran en sus servicios sanitarios generales actividades para la asistencia sanitaria de los adultos; que hicieran hincapié en la prevención; que compartieran conocimientos y experiencia de esfuerzos exitosos en la Región; que fortalecieran los enfoques de promoción de la salud a nivel intra e intersectorial; y que siguieran esforzándose por conseguir recursos extra presupuestarios para el Programa de Salud de las Personas de Edad»¹⁵⁰.

En 1998, el Comité Regional presentó a la 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana un Informe titulado «Salud de las Personas de Edad. Envejecimiento y salud: un cambio de paradigma» en el que proponía un Plan de Acción para 1999-2002. El Plan pretendía promover la salud y el bienestar de las personas de edad (60 años o más) mediante la elaboración y el fortalecimiento de programas y servicios nacionales y locales. También proponía impulsar iniciativas para idear intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dirigidas a las personas de edad¹⁵¹.

El Comité Regional presentó un nuevo Informe a la 26.^a Conferencia Sanitaria Panamericana (2002) titulado «La Salud y el Envejecimiento», en el que proporciona a los Estados miembros de la OPS un análisis de las prioridades para promover la salud y el bienestar en la vejez. También presentó un itinerario para la adopción de medidas necesarias a fin de garantizar la equidad en la salud para las personas adultas mayores en el marco del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de la ONU (2002) aprobado por la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento¹⁵².

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En el Protocolo de San Salvador, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas «para la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole» (art. 12.2.d).

¹⁴⁹ La OPS puso de manifiesto en 1997 que era preocupante y paradójico que mientras que en Estados Unidos, Canadá, Europa y aun Asia, el envejecimiento de la población fue previsto y acompañado de un aumento de la investigación sobre la naturaleza y las consecuencias de los problemas asociados con él, en particular la dimensión de la salud, en América Latina no ocurre nada en tal sentido. Se puede decir categóricamente que no existen estudios comparativos sobre las condiciones de salud de los ancianos en América Latina:

http://www.paho.org/spanish/sha/epibul_95-98/bs972pro.htm#principio

¹⁵⁰ 25.^a Conferencia Sanitaria Panamericana: CSP25/12, de 15 de julio de 1998, p. 8:

http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp25_12.pdf.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 11.

¹⁵² CSP26/13, de 10 de julio de 2002: <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp26-13-s.pdf>.

El Programa Regional SIDA/ITS¹⁵³ (2000) de la División y Control de la Enfermedades de la OPS brinda colaboración técnica para el control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en las Américas. El mandato del Programa es promover, diseñar y facilitar actividades técnicas y de formulación de políticas a fin de mejorar la capacidad de los Estados miembros para reducir el número de infecciones futuras y proporcionar atención oportuna y adecuada a las personas que viven con VIH/SIDA e ITS¹⁵⁴.

También hay que tener presente la política de la OPS en las adquisiciones de productos farmacéuticos para proyectos financiados por el Fondo Mundial de la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria¹⁵⁵ y el Informe sobre vigilancia del VIH/SIDA en las Américas (2004) que ofrece datos sobre la existencia de VIH/SIDA en la Región¹⁵⁶.

En agosto de 2005, el Comité Regional presentó un Informe sobre «El acceso a la atención para las personas que viven con el VIH o aquejadas de SIDA», cuya finalidad es proporcionar al Consejo Directivo información actualizada sobre los progresos en la Región de las Américas con respecto al acceso a la atención y el tratamiento, y alcanzar las metas fijadas por los Jefes de Estado y de Gobierno en la Cumbre Extraordinaria de las Américas (2004) y en la iniciativa «Tres Millones para 2005». Hay que tener presente que tras la Resolución CD45.R10 del Consejo Directivo, la OPS ha intensificado su atención a los países con mayores repercusiones a nivel nacional, utilizando recursos propios (tanto materiales como humanos) para prestarles apoyo técnico directo con el fin de fortalecer la respuesta del sector de la salud a la epidemia de infección por el VIH y completar las actividades en marcha en la Región. Además, de conformidad con la Resolución CD45.R7 del Consejo Directivo sobre el acceso a los medicamentos, se han intensificado en el 2005 las actividades del Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública. El Informe también describe los pasos necesarios para avanzar hacia la meta del acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento integrales en todos los países de las Américas. Incluye un proyecto de plan estratégico regional para el control de la infección por VIH/SIDA y las ITS (2006-2015)¹⁵⁷ para el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento integrales¹⁵⁸.

Asimismo hay que señalar que recientemente la OPS viene prestando una atención especial al VIH/SIDA en relación con las mujeres en el contexto de la violencia de género¹⁵⁹.

9. FUENTES EN INTERNET

OEA

<http://www.oea.org>
 Tratados de Derechos Humanos adoptados en la OEA
<http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/dil/esp/tratadosyacuerdos.htm>

¹⁵³ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida e infecciones por transmisión sexual.

¹⁵⁴ http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/report_feb_2000.pdf.

¹⁵⁵ <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/PAHO-GFATM-policy.pdf>.

¹⁵⁶ http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/Boletin_Vigilancia_del_SIDA_Junio_2004.pdf.

¹⁵⁷ http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/hiv_reg_plan.htm.

¹⁵⁸ CD46/20, de 4 de agosto de 2005: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/cd46-20-s.pdf>.

¹⁵⁹ http://www.paho.org/Spanish/AD/GÉ/Viol-VIH_FS0705.pdf.

Corte Interamericana de Derechos Humanos

<http://www.corteidh.or.cr>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

<http://www.cidh.org>

OPS

<http://www.phao.org>

MERCOSUR

<http://www.mercosur.int>

Comunidad Andina

<http://www.comunidadandina.org>

10. ESTADO DE RATIFICACIÓN DE LOS TRATADOS

La fecha que se indica es la de la ratificación por el Estado del tratado en cuestión.

Tratados de Derechos Humanos adoptados en la OEA

ESTADOS	CADH	Protocolo de San Salvador	CIEDPD
ARGENTINA	14-8-194	23-10-2003	28-9-200
BOLIVIA	20-6-1979	—	27-2-2003
COLOMBIA	28-5-1973	23-12-1977	4-12-2003
COSTA RICA	2-3-1970	16-11-1999	8-12-1999
ECUADOR	8-12-1977	25-3-1993	1-3-2004
EL SALVADOR	20-6-1978	6-6-1995	15-1-2002
GUATEMALA	27-4-1978	5-10-2000	8-8-2002
HONDURAS	6-9-1977	—	—
MÉXICO	2-3-1981	16-4-1996	6-12-2000
NICARAGUA	25-8-1979	—	15-7-2002
PANAMÁ	8-5-1978	18-2-1993	24-1-2001
PARAGUAY	18-8-1989	3-6-1997	28-6-2002
PERÚ	12-7-1978	4-6-1995	10-7-2001
VENEZUELA	23-6-1977	—	—

CADH: Convención Americana sobre Derechos Humanos de 1969.

Protocolo de San Salvador: Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988.

CIEDPD: Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de 1999.

FUENTE: <http://www.oas.org/main/main.asp?sLang=S&sLink=http://www.oas.org/dil/esp/tratadosyacuerdos.htm>.

3. EUROPA

A) CONSEJO DE EUROPA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud: 3.1.1 *Seguridad e higiene laboral*. 3.1.2 *Medio ambiente*. 3.1.3 *Consumo (Alimentación)*. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos. 5. GARANTÍAS: 5.1 Judiciales: 5.1.1 *Internacional*. 5.1.2 *Nacional*. 5.1.3 *Indemnizaciones*. 5.2 Procedimiento extrajudicial de reclamación. 5.3 Procedimientos de control internacional. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Discapacidad. 7.2 Salud mental. 7.3 Bioética-Biomedicina. 7.4 Eutanasia. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 En el Consejo de Europa, el derecho a la salud está reconocido en la Carta Social Europea de 1961¹ en la que los Estados Partes se comprometen a garantizar el ejercicio efectivo de dicho derecho, «directamente o en cooperación con otras organizaciones públicas o privadas» adoptando «medidas adecuadas»² (art. 11). Y el artículo 13, dedicado a la asistencia social y médica, regula la obligación de los Estados Partes de dispensar una asistencia adecuada en caso de enfermedad a toda persona que «no disponga de recursos suficientes y no esté en condiciones de conseguirlo por sus propios esfuerzos o de recibirlos por otras fuentes», obligaciones que se hacen extensibles a los demás nacionales de un Estado Parte, siempre y cuando estén legalmente en su territorio, conforme a las obligaciones derivadas del Convenio Europeo de Asistencia Social y Médica de 11 de diciembre de 1953³.

* **Abreviaturas:** CEDH = Convenio Europeo de Derechos Humanos; CEDS = Comité Europeo de Derechos Sociales; CPT = Comité Europeo para la Prevención de la Tortura; OMS = Organización Mundial de la Salud; TEDH = Tribunal Europeo de Derechos Humanos; UE = Unión Europea.

¹ Fue adoptada el 18 de octubre de 1961. España ratificó el 6 e mayo de 1980. Ha firmado pero no ratificado el Protocolo Adicional de 1988 (ETS 128).

² Las medidas serán adoptadas para la consecución de los siguientes fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente. 2. Establecer servicios educacionales y de consultas dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma. 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras.

³ En línea de principios, la Parte Primera de la Carta Social Europea de 1961 preceptúa que toda persona «tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de

La Carta Social Europea ha sido revisada en 1996⁴ con el fin de reemplazar progresivamente el tratado original de 1961⁵. En el texto revisado, los Estados Partes se comprometen en materia de salud: a la accesibilidad y eficacia de los servicios de salud a toda la población; a establecer una política de prevención de las enfermedades y garantizar un medio ambiente saludable; a disminuir los riesgos de enfermedades profesionales a fin de asegurar en derecho, y de hecho, la salud y la seguridad en el trabajo; y a la protección de la maternidad (art. 11).

Por su parte el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo)⁶ es el tratado que con mayor precisión determina el contenido de los derechos de los pacientes (y de los donantes).

1.2 En el marco convencional, el Comité Europeo de Derechos Sociales (CEDS)⁷ es competente para ejercer el control de cumplimiento por los Estados Partes de los compromisos asumidos en virtud de la Carta Social Europea (mediante el sistema de informes que los Estados están obligados a presentar⁸) y también puede conocer de quejas colectivas⁹. Y el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura¹⁰ (CPT) en el ejercicio de sus funciones se ocupa del derecho a la salud de las personas privadas de libertad por las autoridades públicas.

Para los órganos principales del Consejo de Europa, esto es, Comité de Ministros¹¹ y Asamblea Parlamentaria¹², la salud constituye un objetivo fundamental, como también lo es para el Comisario para los Derechos Humanos¹³, sin perjuicio de que exista un órgano creado hace cinco décadas que se ocupa de forma expresa de la salud, el Comité Europeo de Salud¹⁴, que viene trabajando desde 1989 para intensificar la cooperación entre los distintos países de Europa central y del este.

salud que pueda alcanzar» (principio 11) y que toda persona «que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia... médica» (principio 13).

⁴ Entró en vigor en 1999. España ha firmado el 23 de octubre de 2000, pero no ha ratificado. Lo mismo cabe decir en relación con Andorra que firmó el 4 de noviembre de 2000. Portugal ratificó la Carta revisada el 30 de mayo de 2002.

⁵ El reemplazo progresivo está previsto en relación con aquellos Estados que son Partes en el tratado originario de 1961, como sucede con España que no le obligará el tratado adoptado en 1996 hasta que no proceda a su ratificación.

⁶ Adoptado el 4 de abril de 1997.

⁷ http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/2_ECSR_European_Committee_of_Social_Rights/

⁸ El examen de informes estatales lo realiza el Comité tanto en relación con los Estados que son Partes en la Carta Social Europea de 1961 como respecto de los que lo son en su versión revisada de 1996: http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/3_Reporting_procedure/2_Recent_Conclusions/default.asp#TopOfPage En relación con el derecho a la salud resultan interesantes las conclusiones del Comité al examinar en 2005 el artículo 11 (derecho a la salud) en relación con los informe presentados por España y Portugal. Vid. Conclusions XVII-2 (2003), pp. 680-689 y 728-734: http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/3_Reporting_procedure/2_Recent_Conclusions/2_By_Year/Conclusions_XVII-2_Vol2.pdf.

⁹ El sistema de quejas colectivas está regulado en el Protocolo Adicional de 1995 (EST 152). Portugal lo ratificó el 20 de marzo de 1998:

http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/4_Collective_complaints/List_of_collective_complaints/default.asp#TopOfPage.

¹⁰ <http://www.cpt.coe.int/en/>

¹¹ http://www.coe.int/t/cm/home_en.asp.

¹² <http://assembly.coe.int/default.asp>.

¹³ http://www.coe.int/t/commissioner/default_EN.asp.

¹⁴ http://www.coe.int/T/E/Social_Cohesion/Health/European_Health_Committee/

1.3 Un Plan de Acción para las personas discapacitadas (2006-1015)¹⁵ ha sido adoptado por el Consejo de Europa. En virtud de dicho Plan, el Comité de Ministros en una recomendación dirigida a los 46 Estados miembros¹⁶ propone un cambio de paradigma en el sentido de que la discapacidad no sólo se considere como un problema de salud, sino en su dimensión social y de Derechos Humanos¹⁷.

Por su parte, el Comité Europeo de Salud a finales de 2005 propuso la implementación de un Plan de Acción relacionado con el sector de la salud, el cual todavía no ha tenido respuesta¹⁸ por parte del Comité de Ministros.

2. SISTEMA SANITARIO

En 1997, el Comité de Ministros mediante recomendación dirigida a los Estados miembros estableció un conjunto de directrices para que fueran adoptadas e implementadas por los mismos a fin de que los sistemas de salud aseguren la calidad en todos los niveles¹⁹.

El 1 de octubre de 2003, la Asamblea Parlamentaria propuso reformar los sistemas de salud de los Estados miembros con el objeto de conseguir la cobertura universal. A tales efectos considera que es esencial dar prioridad a la asistencia primaria de salud utilizando medicamentos genéricos para reducir los costos y mejorar la salud y el bienestar de la población²⁰.

La séptima Conferencia de Ministros Europeos de Salud, celebrada en Oslo (12 y 13 de junio de 2003), instaron al Consejo de Europa a intensificar sus trabajos sobre las dimensiones sociales, éticas y de Derechos Humanos en los sistemas de salud²¹.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 Al igual que en la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el Consejo de Europa los condicionantes de la salud son varios (tabaco, alcohol, drogas²², ac-

¹⁵ Communiqué de presse – 202 (2006).

¹⁶ Rec. (2006) 5, de 5 de abril de 2006.

¹⁷ El Plan será presentado en septiembre de 2006 en la Conferencia Europea que se celebrará en San Petersburgo organizada por la presidencia del Comité de Ministro de la Federación Rusa y en cooperación con la presidencia del Consejo nórdico de Ministros bajo la presidencia de Noruega.

¹⁸ Doc. CM (2006) 27, de 15 de noviembre de 2005.

¹⁹ Rec. (97) 17, de 30 de septiembre de 1997.

²⁰ Recomendación 1626 (2003):

<http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=3108&lmLangue=1>.

²¹ <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=2685&lmLangue=1>.

²² Una política efectiva para prevenir el consumo de tabaco y alcohol debe ser adoptada, afirma el CEDS, así como reglamentado su producción, distribución, promoción, precios, etc. La eficacia de dicha política se pondrá de manifiesto por la disminución del consumo del tabaco y del alcohol. En el mismo sentido tienen los Estados que actuar en relación con la prevención de la toxicomanía, Vid. *Digest of the case-law of the ECSR/Digest de jurisprudence du CEDS* (march 2005/mars 2005), p. 59.

cidentes²³ y pobreza²⁴); sin embargo, de nuevo vamos a centrarnos en seguridad e higiene laboral, salud y medio ambiente, y consumo (alimentación).

3.1.1 El derecho a la seguridad e higiene en el trabajo viene regulado en el artículo 3 de la Carta Social Europea²⁵. A tales efectos, el CEDS ha precisado que los Estados deben asegurar condiciones de trabajo saludables, por lo que deben adoptar medidas para prevenir los riesgos de accidentes y de enfermedades profesionales. Se refiere asimismo a la obligación de los Estados de reducir el tiempo de exposición de los trabajadores a radiaciones y contacto con sustancias contaminantes²⁶. Además, una consideración especial tiene la salud de los trabajadores migrantes, tanto en el contexto de la Carta Social Europea²⁷ como en el marco del Convenio Europeo sobre el estatuto jurídico del trabajador migrante²⁸.

3.1.2 En lo que a la salud y el medio ambiente respecta, la Carta Social Europea en su versión original de 1961 no tiene en cuenta los factores condicionantes de la salud, sí lo están en la versión revisada de 1996. A pesar de ello, el CEDS considera que los condicionantes de la salud están implícitos en el artículo 11²⁹. En rela-

²³ El CEDS se refiere a las tres causas fundamentales de accidentes (carretera, domésticos y trabajo) y señala que toda política destinada a la prevención de los accidentes debe estar basada sobre la educación y la información.

²⁴ La pobreza (que constituye uno de los condicionantes de la salud, como ha sido puesto de manifiesto en el plano universal) ha sido calificada por el Secretario General del Consejo de Europa como un insulto para la dignidad humana en tanto que negación inaceptable de los derechos fundamentales, como el derecho a la salud. El Secretario General instó al Consejo de Europa para que continuara sus esfuerzos a fin de que todo hombre y mujer sean tratados con justicia e igualdad y que su dignidad sea plenamente respetada:

<http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=5204&lmLangue=1>.

²⁵ En el texto original de 1961, los Estados Partes se comprometen a promulgar reglamentos sobre seguridad e higiene, a tomar medidas para controlar la aplicación de tales reglamentos, y a consultar, cuando proceda, a las organizaciones de empleadores y trabajadores sobre las medidas encaminadas a mejorar la seguridad e higiene en el trabajo. En el texto reformado de 1996 los Estados Partes se comprometen a adoptar una política sobre las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, que incluye la prevención de accidentes y a establecer en los centros de trabajo asistencia sanitaria y, en su defecto, a que en consulta con las organizaciones de empleadores y trabajadores se adopte una estrategia a tal finalidad.

²⁶ A cuyos efectos invoca lo establecido en el Convenio 162 de la OIT y de la Directiva comunitaria 83/477 modificada por la Directiva 91/382. Vid. *Digest of the case-law of the ECSR/Digest de jurisprudence du CEDS* (march 2005/mars 2005), pp. 19-22.

²⁷ Los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas para facilitar a los trabajadores migrantes «servicios sanitarios y médicos, así como unas buenas condiciones de higiene» (artículo 19.2).

²⁸ Adoptado el 24 de noviembre de 1977. En virtud del artículo 19 los Estados Partes se comprometen «a prestar en su territorio a los trabajadores migrantes y a los miembros de sus familias que residen legalmente en su territorio, asistencia (...) médica sobre las mismas bases que a sus nacionales».

²⁹ De ahí que al examinar los Informes de los Estados presentados de conformidad con el texto original de 1961, realice conclusiones a tales efectos. Vid. conclusiones en relación con Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Letonia, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, España, Turquía y Reino Unido. Conclusions XVII-2(2005). Vols. I y II:

http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/ESC/3_Reporting_procedure/2_Recent_Conclusions/2_By_Year/default.asp#TopOfPage. Cuando el CEDS examina los informes de conformidad con el texto revisado de 1996 lo hace sobre la base de las disposiciones expresamente establecidas. Vid. conclusiones e relación con: Bulgaria, Chipre, Estonia, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Moldavia, Noruega, Rumanía, Eslovenia y Suecia. Conclusions XVII-2(2005) Vols. I y II:

ción con la salud y el medio ambiente, el CEDS ha sostenido que con el objeto de preservar la salud de la población, los Estados Partes deben de reglamentar y adoptar las medidas necesarias a fin de reducir la polución del aire³⁰, el riesgo nuclear³¹ y el riesgo por el amianto³².

De esta cuestión también se viene ocupando el Comité de Ministros y la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. De ahí que el Informe presentado por el Comité de Asuntos Locales y Regionales de Medio Ambiente y Agricultura a la Asamblea Parlamentaria propusiera a la misma que fuese adoptado un Protocolo Adicional al Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) a tales efectos³³, propuesta que fue aceptada por la Asamblea Parlamentaria, por lo que adoptó la correspondiente recomendación dirigida al Comité de Ministros³⁴ que éste rechazó³⁵.

Lo cierto es que como menciona el citado Informe, la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria, y la Réplica del Comité de Ministros, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en más de una ocasión se ha pronunciado sobre las incidencias negativas que problemas medioambientales originan en el derecho a la salud (Vid. apartado 5.º).

3.1.3 El CEDS al interpretar el artículo 11.3 de la Carta Social Europea ha afirmado que la legislación interna debe establecer estándares de higiene alimentaria basada en criterios científicos y que los Estados deben establecer mecanismos para supervisar el cumplimiento de las normas. Tales medidas tienen por finalidad la prevención de las enfermedades causada por los alimentos, por lo que las medidas deben ser elaboradas, aplicadas y actualizadas de manera sistemática³⁶.

Por su parte, los órganos del Consejo de Europa se han centrado particularmente en los alimentos y en la nutrición de los hospitales³⁷, así como en la necesi-

http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/3_Reporting_procedure/2_Recent_Conclusions/2_By_Year/default.asp#TopOfPage.

³⁰ En este contexto el CEDS hace referencia la Convención de Río sobre Cambio Climático y la Conferencia de Kyoto. Vid. *Digest of the case-law of the ECSR/Digest de jurisprudence du CEDS* (march 2005/mars 2005), p. 58.

³¹ En relación con el riesgo nuclear el CEDS ha afirmado la obligación de los Estados de establecer límite a las radiaciones de las centrales nucleares y a proteger a la población contra los accidentes nucleares provenientes de otros Estados. *Ibid.*, p. 59.

³² Respecto del riesgo por el amianto el CEDS ha hecho notar que la legislación interna debe prohibir la utilización de amianto o restringirlo de manera adecuada, tanto en lo que respecta a su uso como a su producción.

³³ La propuesta era que se reconociera de forma expresa el derecho humano al medio ambiente saludable a fin de evitar efectos negativos para la salud, en el sentido en que viene siendo aplicado por el TEDH a través de diversos derechos expresamente reconocidos en el precitado Convenio. Doc. 9791, de 16 de abril de 2003:

<http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/Doc03/EDOC9791.htm>.

³⁴ Recomendación 1614, de 27 de junio de 2003.

³⁵ El Comité de Ministros justificó la no aceptación, ya que el derecho a un medio ambiente sano está reconocido en varias constituciones de los Estados miembros y en el artículo 37 (art. II-97) de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Reafirmó que las cuestiones medioambientales perjudiciales para la salud tenían una protección indirecta a través del Convenio Europeo en varios casos resuelto por el TEDH y consideró que este tipo de protección era idónea, aunque consideró la posibilidad de adoptar unas directrices al respecto. Doc. 10041, de 21 de enero de 2004.

³⁶ *Digest of the case-law of the ECSR/Digest de jurisprudence du CEDS* (march 2005/mars 2005), p. 59.

³⁷ <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=776&lmLangu=1>.

dad de que se imparta en las escuelas una educación sobre alimentación sana a fin de evitar la obesidad³⁸.

3.2 El Comité de Ministros del Consejo de Europa en el año 2000 adoptó dos recomendaciones dirigidas a los Estados miembros sobre desarrollo de las estructuras de participación de los ciudadanos y los pacientes en la toma de decisiones que afecten a la salud³⁹, y sobre criterios para desarrollar políticas de salud pública⁴⁰. En el 2001 también adoptó una recomendación, esta vez que con fin de que los Estados miembros armonizaran las directrices sobre la política de salud pública, cuyo objetivo principal es sostener y promover buenas prácticas médicas en beneficio de los pacientes y mejorar la calidad y la eficacia de la salud pública⁴¹.

En los años sucesivos el Comité de Ministros ha adoptado propuestas y recomendaciones en materia de salud pública. A tales efectos cabe hacer notar que en 2003 adoptó una propuesta de trabajo para desarrollar una política pública en materia de drogas⁴² y una recomendación sobre cuidados paliativos⁴³. En 2004 ha adoptado diversas recomendaciones dirigidas a los Estados miembros: criterios para el trasplante de órganos⁴⁴; prohibición de tráfico de órganos, así como a las sanciones adecuadas a tales efectos⁴⁵; evitar la comercialización de sangre del cordón umbilical, reglamentando su almacenamiento⁴⁶. Y en el año 2005 adoptó una recomendación también dirigida a los Estados miembros sobre la donación de órganos⁴⁷. Y ello sin perjuicio de que en la precitada Conferencia de Oslo celebrada en 2003 el Consejo de Europa y la OMS reafirmaron la necesidad de que los Estados miembros del Consejo de Europa promovieran los Derechos Humanos en las políticas de salud pública⁴⁸.

Asimismo hay que hacer notar que el Comité Europeo de Salud durante sus cinco décadas de existencia ha adoptado resoluciones, recomendaciones y conclusiones a fin de contribuir a la efectividad de la salud pública en Europa⁴⁹, prestando especial atención a los países que han ingresado a partir de 1989⁵⁰.

³⁸ Resolución de los Delegados Ministeriales de 14 de septiembre de 2005: <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=7026&lmLangue=1>.

³⁹ Rec. (2000) 81, de 24 de febrero de 2000.

⁴⁰ Rec. (2000) 18, de 21 de septiembre de 2000.

⁴¹ Rec. (2001) 12, de 10 de octubre de 2001.

⁴² 17 de octubre de 2003, Dic, 512.ª (2003). En el mismo año, la Conferencia de Ministros de Salud, celebrada en Oslo (2003) hizo un balance de cuarenta años de experiencia del Consejo de Europa, y centró una de sus prioridades en la política de salud pública. La Conferencia tuvo presente que el goce de la salud está inspirado en la primacía de los derechos humanos, bases sobre las que realiza su trabajo el Consejo de Europa, consecuentemente, constituye el fundamento a los que las políticas de salud de los Estados miembros respecta. En la Declaración Final de la Conferencia los participantes propusieron que el Consejo de Europa adopte medidas para reducir la desigualdad en el acceso a los servicios de salud de calidad, con y entre los pueblos. La conferencia se tituló «Salud, dignidad y Derechos humanos»: <http://odin.dep.no/hod/engelsk/publ/veiledninger/042011-120003/indexdok000-b-n-a.html>.

⁴³ Rec. (2003) 24E, de 12 de noviembre de 2003.

⁴⁴ Rec. (2004) 19E, de 15 de diciembre de 2004.

⁴⁵ Rec. (2004) 7E, de 19 de mayo de 2004.

⁴⁶ Rec. (2004) 8E, de 19 de mayo de 2004.

⁴⁷ Rec. (2005) 11E, de 15 de junio de 2005.

⁴⁸ <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=2682&lmLangue=1>.

⁴⁹ Social Cohesión: developments – Special Issue n.º 4, June 2004, Council of Europe, DG III Social Cohesión, p. 4.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 5.

4. DERECHOS

4.1 El Convenio de Oviedo es el instrumento convencional que de forma particular afirma el derecho a «un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada» (art. 3), como también lo hace la Carta Social Europea pero en su versión revisada de 1996 (art. 11). No obstante, el CEDS ha sostenido que la asistencia sanitaria debe ser accesible a todos⁵¹, incluido los programas de vacunación, accesibilidad que se hace extensible para las personas que carezcan de recursos económicos (ya sean nacionales o extranjeros), en cuyo caso debe ser gratuita o subvencionada⁵².

Y el Comité Europeo de Salud también ha afirmado la accesibilidad de la asistencia sanitaria para todos y se ha referido de forma particular a la población más vulnerable⁵³.

4.2 El derecho al medicamento no está reconocido en la Carta Social Europea, a pesar de ello el CEDS en sus directrices generales hace referencia al costo de los medicamentos, aunque en el contexto del derecho a la protección social (art. 23.1).

Pero el Consejo de Europa desde hace años viene prestando especial atención a todo lo relacionado con los medicamentos, toda vez que es de vital importancia el uso apropiado de los mismos⁵⁴. En julio de 1964 fue adoptado el Convenio sobre la elaboración de la farmacopea en Europa⁵⁵ que tiene por finalidad garantizar un alto nivel de calidad de los medicamentos para todos los pacientes, facilitar su libre circulación, y asegurar el control de la calidad de los mismos sobre el mercado⁵⁶.

En 2006 el Consejo de Europa ha publicado un libro sobre medicamentos falsificados por considerar que ello constituye un fraude para la salud pública en Europa⁵⁷. En el comentario al mismo se hace notar que muchas medicinas son objeto de copias ilegales y que la consecuencia de su uso puede ser dramática. A fin de prevenir y combatir la falsificación, el Consejo de Europa encargó varias investigaciones a expertos farmacéuticos. Los expertos concluyeron que en los países de la UE no existen indicios de medicamentos falsificados, aunque sí en Europa central y del este, y que ello está incrementándose, sobre todo en la Federación Rusa donde entre el 5 y el 10% de los medicamentos son falsificados. Y aunque señalan que los productos falsificados en la mayoría de las ocasiones son inofensivos, a veces producen efectos negativos en la salud, incluso la muerte⁵⁸.

4.3 Sin perjuicio de que el CDESC haya afirmado el derecho al consentimiento informado, es el Convenio de Oviedo el que reconoce a toda persona que pueda ser

⁵¹ En el sentido de la Recomendación del Comité de Ministros R. (99) 21 en la que establece criterios a tales efectos, p. 57.

⁵² P. 64.

⁵³ Social Cohesión: developments – Special Issue n.º 4, June 2003, Council of Europe, DG II Social Cohesión, p. 3.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 11.

⁵⁵ En la actualidad son 31 los Estados Partes. También lo es la Unión Europea.

⁵⁶ Social Cohesión: developments – Special Issue n.º 4, June 2003, Council of Europe, DG II Social Cohesión, p. 1

⁵⁷ Del 21 al 23 de septiembre de 2005 se celebró un seminario en Estrasburgo sobre los medicamentos falsificados: [http://press.coe.int/cp/2005/468a\(2005\).htm](http://press.coe.int/cp/2005/468a(2005).htm).

⁵⁸ Council of Europe (J. Harper and B. Gellie), Strasbourg, 2006: <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=7767&lmLangue=1>.

objeto de una intervención «en el ámbito de la sanidad» el derecho al consentimiento informado (art. 5), el cual podrá ser prestado por el representante, una autoridad, o una persona o institución determinada por la ley, tanto respecto de los menores que no tengan capacidad para manifestar su consentimiento, como los mayores de edad discapacitados a causa de disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar (art. 6). Y ello sin perjuicio de que también exige el consentimiento informado en relación con toda persona que se preste a un experimento médico (art. 16) y de toda persona donante de órganos y de tejidos para trasplantes (art. 19). Además el citado Convenio reconoce el derecho de toda persona a ser informada en toda cuestión relacionada con su salud (art. 10)

5. GARANTÍAS

5.1 En el Consejo de Europa la acción del TEDH y lo previsto en el Convenio de Oviedo son los referentes de garantías judiciales en lo que al derecho a la salud respecta.

5.1.1 Aunque el CEDH y sus Protocolos Adicionales normativos reconocen esencialmente derechos civiles y políticos, el TEDH, como ha sido señalado, viene protegiendo el derecho a la salud por vía indirecta a través del recurso individual (art. 34 del CEDH)⁵⁹. A título de ejemplo cabe señalar que el TEDH ha declarado violación del CEDH cuyo origen está en problemas relacionados con el derecho a la salud. En este contexto cabe citar que ha declarado violación del derecho a la vida (art. 2)⁶⁰, el derecho a la integridad personal⁶¹ y derecho a la vida privada y de familia (art. 8)⁶².

5.1.2 De conformidad con el Convenio de Oviedo, los Estados Partes se comprometen a garantizar protección jurisdiccional adecuada a fin de impedir o hacer cesar «cualquier contravención ilícita de los derechos y principios reconocidos en el

⁵⁹ Las sentencias dictadas por el TEDH son de obligado cumplimiento para el Estado demandado, pero además en tanto que cosa interpretada tiene eficacias *erga omnes* para todos los Estados Partes en el CEDH.

⁶⁰ Caso *Oneryildiz c. Turquía*, Sentencias de 18 de junio de 2002 (Sala) y de 30 de noviembre de 2004 (Gran Sala).

⁶¹ A tales efectos, caso *Noveslov c. Rusia*, Sentencia de 3 de junio de 2005, en el que el TEDH ha declarado violación del artículo 3 como consecuencia de las condiciones materiales de detención insalubres. También resulta ilustrativo un caso resuelto con anterioridad, *D c. Reino Unido* (Sentencia de 2 de mayo de 1997) en el que el TEDH declaró que habría violación del artículo 3 del CEDH si las autoridades del Reino Unido procedieran a deportar al demandante al Estado de su nacionalidad. El fundamento jurídico para tal conclusión lo constituyó el hecho de que el demandante, enfermo avanzado de SIDA, durante el cumplimiento de su condena (por tráfico de drogas) había recibido un tratamiento médico sofisticado que había contribuido a cierto nivel de calidad de su vida. Si era deportado, el Estado de su nacionalidad (St. Kits) no podría dispensarle tal tratamiento, por lo que su salud se deterioraría de forma vertiginosa, consecuentemente, por «razones humanitarias» el TEDH declaró violación del artículo 3 del CEDH.

⁶² En el caso *Fadeyeva c. Rusia*, (Sentencia de 10 de junio de 2005) el que el TEDH ha declarado violación del artículo 8 del CEDH como consecuencia del deterioro en la salud de la demandante como consecuencia de los altos niveles de polución en la zona en la que habita motivado por una planta industrial química.

presente Convenio» (art. 23); a reparar el daño injustificado que haya podido sufrir una persona como consecuencia de una intervención (art. 24); y a prever «sanciones penales apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente Convenio» (art. 25).

5.1.3 Si el TEDH declara violación del CEDH de conformidad con el artículo 41 puede determinar las indemnizaciones por daños (materiales y/o morales) que considere oportunas, como lo hizo en los casos precitados, indemnizaciones que tendrán que ser abonadas por el Estado responsable internacionalmente. Por su parte, el Convenio de Oviedo exige que el Estado repare el «daño injustificado» (art. 24), reparación que podrá consistir en una indemnización.

5.2 El CEDS es competente para conocer de quejas colectivas presentadas por organizaciones gubernamentales, así como por organizaciones no gubernamentales. Entre los derechos cuya violación se puede invocar directamente es el derecho a la salud reconocido en la Carta Social Europea, tanto en el texto originario de 1961 como en el revisado de 1996.

5.3 Un lugar primordial lo ocupa el mecanismo de control internacional en relación con el derecho a la salud (como en relación con los demás derechos reconocidos) instituido en la Carta Social Europea. Ésta obliga a los Estados Partes a presentar informes periódicos que son examinados por el CEDS que adopta unas conclusiones al respecto⁶³. También cabe hacer mención a los informes del CPT en lo relativo a la salud de las personas privadas de libertad por las autoridades públicas, informes que adopta tras realizar las visitas (*ad hoc* o periódicas) a los Estados Partes en el Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura. Y ello sin perjuicio de que el Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa, al examinar la cuestión relacionada con la salud en un Estado miembro, puede realizar las recomendaciones que considere pertinentes⁶⁴.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

La Carta Social Europea reconoce a favor de los niños y adolescentes (trabajadores), el control médico regular (art. 7.9)⁶⁵; en relación con las personas en estado de ne-

⁶³ Las conclusiones pueden adoptar una de las siguientes posturas: que el derecho y la práctica interna es compatible con la obligación contraída por el Estado Parte; puede concluir que es incompatible; y por último, puede omitir hacer la conclusión y diferirla a un momento posterior. Esto suele hacerlo cuando la información suministrada por el Estado, así como de las aclaraciones del mismo durante el examen del Informe haya cuestiones que no resulten lo suficientemente claras y necesite ser completada con datos adicionales solicitados por el Comité. Si el CEDS concluye que el Derecho la práctica interna del Estado cuyo Informe examina, el Estado en cuestión tendrá que adoptar las medidas necesarias, ya sean legislativas o de otra índole a fin de hacer efectivo el derecho a la salud, de conformidad con el compromiso asumido en virtud del artículo 11 de la Carta Social Europea.

⁶⁴ Sin embargo, las mismas no son vinculantes para los Estados miembros, aunque en virtud del principio de buena fe que debe regir la actuación de los Estados vinculados por un tratado internacional (como es el Estatuto del Consejo de Europa), los Estados deben tomarlas en consideración.

⁶⁵ A este respecto el CEDS ha señalado que las revisiones médicas no deben distanciarse demasiado en el tiempo y ha considerado que tres años de intervalo es un periodo excesivo, *Digest* p. 43.

cesidad, la asistencia sanitaria gratuita (art. 13.1), y respecto de los trabajadores migrantes y sus familias, la asistencia sanitaria y médica (art. 19.2).

Los derechos de las mujeres trabajadoras están regulados en el artículo 8, pero el texto original de 1961 no contiene disposición específica relacionada con la salud. No obstante, el CEDS ha afirmado que las mujeres (trabajadoras) embarazadas tienen derecho a la asistencia sanitaria⁶⁶. Y ello sin perjuicio de que la Carta Social Europea en su versión revisada de 1996 contiene una disposición específica destinada a la protección de la maternidad (art. 11).

Y en lo que a las minorías respecta, el Convenio marco para la protección de las minorías nacionales de 1994, aunque no reconoce de forma expresa el derecho a la salud, ello se deduce del artículo 4.2 que establece que los Estados Partes se comprometen a adoptar, «cuando sea necesario, medidas adecuadas con el fin de promover en todos los campos de la vida... social... una plena y efectiva igualdad entre las personas pertenecientes a una minoría nacional y las pertenecientes a la mayoría». Ello queda confirmado por el Comité instituido para controlar la aplicación de dicho tratado en Derecho interno al examinar el primer informe de España⁶⁷.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Respecto de la discapacidad, hay que hacer mención al precitado Plan de Acción (2006-2015) adoptado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa. En la «Línea de Acción 9» del Programa se afirma que las personas con discapacidad tienen los mismos derechos que el resto de la población al acceso a los servicios de salud de calidad y al tratamiento y tecnología adecuados para asegurar el más alto nivel posible de salud⁶⁸. Además, tales personas deben beneficiarse de servicios especializados de salud, cuando proceda, lo que incluye atención a la salud mental y psicológica, así como la rehabilitación (a la que alude con carácter particular respecto de la rehabilitación psicológica de los niños)⁶⁹.

7.2 En relación con la salud mental, la Asamblea Parlamentaria ha puesto de manifiesto que una política bien definida de salud mental es esencial para la cualidad de la vida de todos los ciudadanos, para la salud pública en general y para la productividad social⁷⁰. Señala que las personas con perturbaciones mentales deben contar con servicios apropiados, tratamiento adecuado con la terapia necesaria y aboga por la terapia de rehabilitación y no sólo por un tratamiento basado en la

⁶⁶ *Ibid.*, p. 47.

⁶⁷ A este respecto, el Comité sobre Minorías Nacionales puso de manifiesto las altas tasas de mortalidad de los niños romaníes en relación con el resto de la población, y recordó a las autoridades españolas que debían adoptar medidas adecuadas para prevenir y promover la salud de los mismos. Doc. ACFC/INF/OP/I (2004) 004, de 27 de noviembre de 2003.

⁶⁸ Precisa que la asistencia debe prestarse con un enfoque social y de Derechos Humanos y no simplemente como un aspecto médico de la discapacidad.

⁶⁹ Comité de Ministros, RC(2006)5, de 5 de abril de 2006: <http://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=987041&BackColorInternet=F5CA75&BackColorIntranet=F5CA75&BackColorLogged=A9BACE>.

⁷⁰ Hace notar que algunos países de Europa central y del este no tienen todavía una legislación articulada con principios de Derechos Humanos como los establecidos en el CEDH o en la jurisprudencia del TEDH, y que cuando la legislación existe, no se aplica en la práctica.

administración de fármacos. Recuerda que en varias ocasiones ha afirmado que la protección de los Derechos Humanos es parte integrante de la política de salud y, en particular, en lo que a la salud mental respecta. También recuerda que el Comité de Ministros, en una recomendación dirigida a los Estados miembros, estableció (art. 20) que la ley debe designar la autoridad responsable para determinar el internamiento involuntario en hospitales psiquiátricos, y en opinión de la Asamblea Parlamentaria, ello debe hacerse extensible a los tratamientos⁷¹.

La Asamblea Parlamentaria dirigió una recomendación al Comité de Ministros para que éste adoptara una Resolución a fin de que cuando los Estados miembros formulen e implementen sus políticas de salud mental lo hagan con pleno respeto de los Derechos Humanos de las personas con perturbaciones mentales⁷². El Comité de Ministros en su respuesta a la Asamblea recuerda las actividades que está llevando a efecto el Consejo de Europa en esta materia en cooperación con la OMS y la Comisión (de la Comunidad Europea), y el nuevo enfoque sobre el que trabaja el Comité Europeo de Salud, por lo que no ha procedido a adoptar la Resolución solicitada⁷³.

7.3 El Convenio de Oviedo establece que el interés y el bienestar del ser humano debe prevalecer sobre «el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia» (art. 2). Además prohíbe la discriminación de una persona «a causa de su patrimonio genético» (art. 11), la intervención para modificar «el genoma de la descendencia» (art. 13), y el lucro sobre el cuerpo humano o sus partes (art. 21). Uno de sus Protocolos prohíbe la clonación de seres humanos⁷⁴, esto es, «crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano vivo o muerto» (art. 1), y (el concerniente a la investigación de la biomedicina⁷⁵) instituye un Comité Ético (art. 9).

En relación con la procreación asistida, hay que hacer notar que en un Informe del Comité de Expertos sobre los «Progresos en la Biomedicina» se establecen una serie de principios⁷⁶, prohibiendo que los progresos científicos sean utilizados para obtener características particulares del futuro niño, en particular, seleccionar el sexo, salvo que se trate de una enfermedad hereditaria ligada al sexo⁷⁷; idéntica prohibición está contenida en el Convenio de Oviedo (art. 14). Resulta asimismo del mayor interés el Informe sobre el embrión humano y el feto⁷⁸ que desarrolla los artículos 14 y 18 del precitado Convenio. Éste, en su artículo 18, prohíbe «la constitución de embriones humanos con fines de experimentación», y determina que cuando la experimentación con «embriones *in vitro* esté permitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión».

⁷¹ Resolución 1460 (2005), de 24 de junio de 2005. La mencionada resolución fue adoptada sobre la base del informe presentado por el Comité sobre Asuntos Sociales, de Salud y Familia, Doc. 10544.

⁷² Recomendación 1715 (2005), de 24 de junio de 2005.

⁷³ CM/AS (2006) Rec. 1715 final, de 20 de enero de 2006.

⁷⁴ Adoptado el 12 de enero de 1998 y en vigor el 1 de marzo de 2001.

⁷⁵ Adoptado el 21 de noviembre de 2005 (no en vigor).

⁷⁶ El primero determina que la reproducción asistida sólo puede ser usada cuando: otros métodos de tratamiento de la infertilidad no resulten apropiados o cuando no resulten efectivos; exista riesgos de transmitir al niño una grave enfermedad hereditaria; o cuando el niño por problemas genéticos contraiga una enfermedad que le ocasione la muerte o discapacidad.

⁷⁷ Report on Human Artificial Procreation. Principles set out in the report of the Ad Hoc Committee of Experts on Progress in the Biomedical Sciences (CAHBI) 1989.

⁷⁸ Steering Committee of Bioethics (CDBI) the protection of the human embryo *in vitro*. Report by the Working Party on the Protection of the human embryo and foetus, CDBI-CO-GT3 (2003), de 18 de junio de 2003.

7.4 Los problemas relacionados con la eutanasia están siendo objeto de debate en la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa⁷⁹. La cuestión de la eutanasia pasiva (suicidio asistido) fue planteada ante el TEDH en el caso *Pretty c. Reino Unido*; sin embargo, en esos momentos no lo dejó zanjado toda vez que su conclusión fundamental fue que no estaba persuadido de que el artículo 2 del CEDH que reconoce el derecho a la vida «pueda ser interpretado como que contiene una dimensión negativa»⁸⁰.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En el Consejo de Europa el VIH/SIDA no centra el ámbito de sus actividades; de este problema se viene ocupando de forma especial la Unión Europea, tanto respecto de los Estados miembros, de los países de su entorno, así como en el contexto de su política exterior. No obstante, el Banco de Desarrollo del Consejo de Europa, en un informe del 2005, pone de manifiesto que a finales de 2003 en Europa las personas que padecían SIDA rondaban las 9.727, de las que tres cuartas partes de las afectadas residían en Rumanía, motivado por diversos factores, entre otros, la ineficacia de la prevención. Y señala que una atención particular en lo que al SIDA respecta se debe centrar en Moldavia, Rumania y Serbia-Montenegro⁸¹.

9. FUENTES EN INTERNET

Consejo de Europa

<http://www.coe.int>

Comisario para los Derechos Humanos del Consejo de Europa

http://www.coe.int/t/commissioner/default_EN.asp

TEDH

<http://www.echr.coe.int>

CEDS

http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Esc/

CPT

<http://www.cpt.coe.int/en/>

Comité sobre Minorías Nacionales

http://www.coe.int/T/E/human_rights/minorities/

⁷⁹ <http://www.coe.int/NewsSearch/Default.asp?p=nwz&id=4199&lmLangue=1>.

⁸⁰ Sentencia de 29 de abril de 2002.

⁸¹ Social Challenges in South Easter Europe, junio de 2005, p. 28:
<http://www.coebank.org/en/presse/frgenerale.htm>.

B) UNIÓN EUROPEA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud: 3.1.1 *Seguridad e higiene laboral*. 3.1.2 *Medio Ambiente*. 3.1.3 *Consumo (Alimentación)*. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 5. GARANTÍAS: 5.1 Judiciales. 5.2 Procedimientos extrajudiciales. 5.3 Indemnizaciones. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El Tratado de las Comunidades Europeas (TCE) dispone que la Comunidad garantizará un alto nivel de protección de salud humana y que su acción complementará las políticas nacionales en la materia (siendo la competencia de los Estados).

En todo caso, la Comunidad fomentará la cooperación entre los Estados miembros y, de ser necesario, prestará apoyo; favorecerá, junto con los Estados miembros, la cooperación internacional; y el Consejo, previa consulta con el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones, adoptará las medidas necesarias para la consecución de tales objetivos (art. 152)⁸². Y en el marco de la promoción y protección

* **Abreviaturas:** OMS = Organización Mundial de la Salud; PE = Parlamento Europeo; TCE = Tratado de la Comunidad Europea; TJCE = Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas; UE = Unión Europea.

⁸² El TCE en su artículo 152 establece:

«1. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana. La acción de la Comunidad, que complementará las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias. La Comunidad complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Comunidad fomentará la cooperación entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, coordinarán entre sí sus políticas y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación.

3. La Comunidad y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. El Consejo, con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 251 y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, contribuirá a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando:

a) medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas;

b) como excepción a lo dispuesto en el artículo 37, medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública;

c) medidas de fomento destinadas a proteger y mejorar la salud humana, con exclusión de cualquier armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados Miembros.

El Consejo, por mayoría cualificada y a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar recomendaciones para los fines establecidos en el presente artículo.

de los intereses de los consumidores (que es una política comunitaria), la Comunidad se compromete a garantizar un alto nivel de protección a fin de contribuir a proteger, por ejemplo, «la salud» (art. 153), compromiso que también adquiere en la política de medio ambiente (art. 174).

Y en el Tratado por el que se establece una Constitución para Europa de 2004 (no en vigor), la salud humana está incluida en el artículo III-278 que introduce algunas novedades⁸³, aunque queda reafirmado que la salud pública sigue siendo de la competencia nacional⁸⁴, por lo que la Unión Europea (UE) no podrá proceder a armonizar las leyes ni los reglamentos internos (art. I-12.5); no obstante, una competencia es compartida: «los asuntos comunes de seguridad en materia de salud» (art. I-14.2.k). Por su parte, la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (insertada en el mencionado Tratado) reconoce el derecho a la salud en el artículo II-95⁸⁵.

También hay que tener presente que diversos reglamentos, directivas y decisiones se han ocupado de cuestiones relacionadas con la salud. A tales efectos cabe mencionar los reglamentos relativos a productos sanitarios⁸⁶, enfermedades relacionadas con la pobreza⁸⁷, y cooperación Norte-Sur en la lucha contra las drogas⁸⁸. Las directivas so-

5. La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica. En particular, las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 no afectarán a las disposiciones nacionales en materia de donaciones o de uso médico de órganos y de sangre».

⁸³ Entre las novedades que introduce cabe mencionar, a título de ejemplo, que la prevención la extiende a las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. En todo caso la innovación más destacable resulta en la previsión de la adopción de una ley o de una ley marco europea en materia de salud pública, previa consulta al Comité de las Regiones y al Comité Económico y Social. Pero también hay que tener presente que el Título II de la Constitución Europea (que contiene la Carta de Derechos Fundamentales) el derecho a un nivel elevado de protección de la salud tiene que ser garantizado por la Unión Europea (UE) al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones que lleve a efecto la misma.

⁸⁴ El Capítulo V se titula «Ámbitos en los que la Unión puede decidir realizar una acción de apoyo, coordinación o complemento».

⁸⁵ El artículo II-95 de la Carta establece: «Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana».

⁸⁶ Reglamento (CE) 1882/2003 del PE y del Consejo (DO L284, de 31.10. 2003) que modifica la Directiva 93/42/CEE del Consejo, de 14 de junio de 1993, relativa a los productos sanitarios (DO L169, de 12.7.1993), que había sufrido diversas modificaciones a través de Directivas del PE y del Consejo en los años 1998, 2000 y 2002.

⁸⁷ Reglamento (CE) 1568/2003, del PE y del Consejo de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para la lucha contra las enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) en los países en desarrollo (DO L224, de 6.9.2003). Modificado por el Reglamento (CE) 2110/2005, del PE y del Consejo de 14 de diciembre de 2005, relativo al acceso a la ayuda exterior comunitaria (DO L344, de 27.12.2005).

⁸⁸ Reglamento (CE) 2046 del Consejo de 13 de octubre de 1997 relativo a la cooperación Norte-Sur en materia de lucha contra las drogas y la toxicomanía (DO L287 de 21.10.1997). Ha sido objeto de varias modificaciones, las últimas por Reglamento (CE) 111/2005 del Consejo por el que se establecen normas para la vigilancia del comercio de precursores de drogas entre la Comunidad y los terceros países (DO L22 de 26.1. 2005); Reglamento (CE) 1277/2005 de la Comisión, de 27 de julio de 2005, por el que se establecen normas de aplicación para el Reglamento (CE) 273/2004 del PE y del Consejo, sobre precursores de drogas, y para el Reglamento (CE) 111/2005 del Consejo, por el que se establecen normas para la vigilancia del comercio de precursores de drogas entre la Comunidad y terceros países (DO L202 de 3.8.2005).

bre sangre humana⁸⁹, células y tejido humano⁹⁰, medidas de protección sanitaria⁹¹, protección de la salud⁹², y productos sanitarios⁹³. Y las decisiones en relación con el Convenio marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control del tabaco⁹⁴ y la de productos sanitarios⁹⁵. Pero los actos jurídicos citados no agotan los que de esta naturaleza han sido adoptados a los que se hará referencia en un momento posterior y ello sin perjuicio de otros actos comunitarios (no vinculantes) como las resoluciones sobre las políticas de salud comunitarias⁹⁶ y la cartilla sanitaria europea⁹⁷.

⁸⁹ Directiva 2002/98/CE del PE y del Consejo, de 27 de enero de 2003, por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes y por la que se modifica la Directiva 2001/73/CE; Directiva 2004/33/CE de la Comisión, de 22 de marzo de 2004, por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del PE y del Consejo en lo que se refiere a determinados requisitos técnicos de la sangre y los componentes sanguíneos (DO L91 de 30.3.2004); Directiva 2005/62/CE de la Comisión, de 30 de septiembre de 2005, por la que se aplica la Directiva 2002/98/CE del PE y del Consejo en lo que se refiere a las normas y especificaciones comunitarias relativas a un sistema de calidad para los centros de transfusión sanguínea (DO L256 de 1.10.2005).

⁹⁰ Directiva 2004/23/CE del PE y del Consejo de 31 de marzo de 2004, relativa al establecimiento de normas de calidad y de seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos (DO L102, de 7.4.2004)

⁹¹ Directiva (89/618/EURATOM) del Consejo, de 27 de noviembre de 1989, relativa a la información de la población sobre las medidas de protección sanitaria aplicables y sobre el comportamiento a seguir en caso de emergencia radiológica (DOL357 de 7.12.1989).

⁹² Directiva /97/43/EURATOM) del Consejo de 30 de junio de 1997 relativa a la protección de la salud frente a los riesgos derivados de las radiaciones ionizantes en exposiciones médicas, por la que se deroga la Directiva 84/466/EURATOM (DO L180 de 9.7.1997).

⁹³ Directiva 93/42/CEE del Consejo de 14 de junio de 1993 relativa a los productos sanitarios (DO L169 de 12.7.1993), modificada por la Directiva 2001/104/CE del PE y del Consejo (DO L6 de 10.1.2002); Directiva 2003/12/CE de la Comisión, de 3 de febrero de 2003, sobre la nueva clasificación de los implantes mamarios en el marco de la Directiva 93/42/CEE relativa a los productos sanitarios /DO L28 de 4.2.2003); Directiva 2003/32/CE de la Comisión, de 23 de abril de 2003, por la que se introducen especificaciones detalladas, con arreglo a los requisitos establecidos en la Directiva 93/42/CEE del Consejo, para productos sanitarios en cuya elaboración se utilizan tejidos de origen animal (DO L105 de 26.4.2003); Directiva 2005/50/CE de la Comisión, de 11 de agosto de 2005, relativa a la reclasificación de prótesis articulares de cadera, rodilla y hombro en el marco de la Directiva 93/42/CEE del Consejo, relativa a los productos sanitarios (DO L210 de 12.8.2005).

⁹⁴ Decisión del Consejo (2004/513/CE) de 2 de junio de 2004, relativa a la celebración del Convenio marco de la OMS para el control del tabaco (DO L213, de 15.6.2004).

⁹⁵ 2004/376/CE: Decisión de la Comisión, de 20 de abril de 2004, relativa a la publicación de la referencia de la norma EN 1970:2000 «Camas ajustables para personas con discapacidad — Requisitos y métodos de ensayo», con arreglo a la Directiva 93/42/CEE del Consejo (DO L118 de 23.4.2004); 2004/389/CE: Decisión de la Comisión, de 20 de abril de 2003, relativa a la publicación de la referencia a la norma EN 12180:2000 «Implantes quirúrgicos no activos. Implantes morfológicos. Requisitos específicos para los implantes mamarios» con arreglo a la Directiva 93/42/CEE del Consejo (DO L120 de 24.4.2004).

⁹⁶ Resoluciones del Consejo sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en las políticas comunitarias, de 20 de diciembre de 1995 (DO C350, de 30 de diciembre de 1995); sobre la integración de las exigencias en materia de protección de la salud en políticas comunitarias, de 12 de noviembre de 1996 (DOC C374, 12 de diciembre de 1996); sobre la acción futura de la Comunidad en el ámbito de la salud pública, de 8 de junio de 1999, (CO C200, de 15 de julio de 1999), sobre la garantía de protección de la salud en todas las políticas y acciones de la Comunidad, de 18 de noviembre de 1999 (DO C86, de 24 de marzo de 2000) medidas en materia de determinantes sanitarios, de 29 de junio de 2000 (DO C218, de 31 de julio de 2000). Resoluciones del Consejo y de los Ministros de Sanidad: reunidos en el Consejo de 27 de mayo de 1993, relativa a las futuras acciones en el ámbito de la salud pública (DO C174, de 25 de junio de 1993); así como reunidos en el Consejo de 11 de noviembre de 1991, relativa a las acciones fundamentales de la política sanitaria (DO C304, de 23 de noviembre de 1991).

⁹⁷ Resolución del Consejo y de los Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros, reunidos en el seno del Consejo de 29 de mayo de 1986, sobre la adopción de una cartilla sanitaria de urgencia (DO C184, de 23 de julio de 1986).

1.2 El artículo 152 del TCE a dos instituciones comunitarias: Consejo y Comisión; sin embargo, otras también se ocupan del derecho a la salud, como el Parlamento Europeo (PE). También alude el TCE a dos órganos, el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones, a los efectos de que emitan dictámenes consultivos, a solicitud del Consejo, en cuestiones relacionadas con la salud.

Además han sido creados diversos órganos con competencias específicas en materia de salud, entre los que cabe mencionar: Observatorio europeo de droga y toxicomanía⁹⁸, Comité consultivo para la prevención del cáncer⁹⁹, Red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles¹⁰⁰, Comité de medicamentos huérfanos¹⁰¹, Centro europeo para la prevención y el control de las enfermedades¹⁰² y Comité para asistir a la Comisión en la aplicación del Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública¹⁰³.

1.3 A pesar de que la salud sigue siendo de la competencia nacional, lo cierto es que el PE y el Consejo en septiembre de 2002 decidieron aprobar un Programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública. La Decisión en virtud de la cual se adopta el mencionado Programa¹⁰⁴ y que contiene 14 artículos¹⁰⁵, está inspirada en el principio de cooperación entre la Comunidad (a través de la Comisión) y los Estados miembros a fin de complementar las políticas nacionales con el objeto de proteger la salud humana y mejorar la salud pública (art. 2). El plazo de ejecución del Programa es del 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2008 (art. 2.1).

En el plan de trabajo de 2006¹⁰⁶ la Comisión hace notar que en los tres años anteriores se establecieron las bases de un planteamiento global y coherente centrándose en tres prioridades esenciales: la información sanitaria, las amenazas para la

⁹⁸ Reglamento (CEE) 302/93 del Consejo, de 8 de febrero de 1993 (DO L36 de 12 de febrero de 1993). Ha sufrido varias modificaciones la última mediante el Reglamento 1651/2003 (DO L245 de 29 de septiembre de 2003).

⁹⁹ 98/469/CE: Decisión de la Comisión de 30 de julio de 1996 por la que se crea un Comité Consultivo para la prevención del cáncer (DO L192 de 2 de agosto de 1996).

¹⁰⁰ Decisión 2119/98/CE del PE y del Consejo de 24 de septiembre de 1998 por la que se crea una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles en la Comunidad (DO L268 de 3 de octubre de 1998). Ha sido modificado por el Reglamento 1882/2003 del PE y del Consejo de 29 de septiembre de 2003 (DO L284 de 31 de octubre de 2003).

¹⁰¹ Reglamento (CE) 141/2000 del PE y del Consejo de 16 de diciembre de 1999 (DO L18 de 22 de enero de 2000).

¹⁰² Reglamento (CE) 851/2004 del PE y del Consejo de 21 de abril de 2004 por el que se crea un Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades (DO L142 de 30 de abril de 2004).

¹⁰³ Decisión 1786/2002/CE del PE y del Consejo de 23 de septiembre de 2002, artículo 9 (DO L217 de 9.19.2002).

¹⁰⁴ Contiene un amplio Preámbulo o exposición de motivos y está completada por un Anexo. El Programa fue adoptado mediante la Decisión 1786/2002/CE del PE y del Consejo de 23 de septiembre de 2002 (DO L217 de 9.19.2002).

¹⁰⁵ El articulado regula el establecimiento del programa (art. 1), los propósitos y objetivos (art. 2), acciones y actividades de la Comunidad (art. 3), estrategias y acciones conjuntas (art. 4), aplicación (art. 5), coherencia y complementariedad (art. 6), financiación (art. 7), medidas de aplicación (art. 8), competencias del Comité (art. 9), participación de terceros Estados no miembros (art. 10), cooperación internacional (art. 11), control, evaluación y difusión de resultados (art. 12), derogación de normas anteriores (art. 13) y entrada en vigor (art. 14).

¹⁰⁶ 2006/89/CE: Decisión de la Comisión de 10 de febrero de 2006 por la que se adopta el plan de trabajo de 2006 para la aplicación del programa de acción comunitario en el ámbito de la salud pública (2003-2008), que comprende el programa de trabajo anual en materia de subvenciones (DO L42 de 14.2.2006).

salud y los factores determinantes de la salud. Aunque tales materias continuarán siendo las prioritarias para el 2006, sin embargo, se determinan nuevos énfasis y prioridades en el contexto de las mismas¹⁰⁷.

También existe una propuesta de decisión del PE y del Consejo para establecer un Programa de acción comunitaria en salud y protección de los consumidores cuyo ámbito de vigencia sería del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2013¹⁰⁸. El nuevo programa consolidaría las tres acciones del actual programa de salud pública 2003-2008 («vigilancia de las amenazas», «factores determinantes» e «información»), y crea, además, tres nuevas acciones: «reacción antes las amenazas», «prevención de las enfermedades y las lesiones» y «realización de sinergias entre sistemas de sanidad nacionales»¹⁰⁹.

Por otro lado, cabe mencionar el «Plan de Acción Salud en Línea» (2004)¹¹⁰ que se integra en la estrategia expuesta en el Plan de Acción de eEurope¹¹¹ de la UE¹¹². El mencionado plan propone tres ámbitos principales de acción: hacer frente a los retos comunes a los Estados miembros de la UE y crear el marco adecuado para respaldar la salud en línea; establecer acciones piloto que sirvan de punto de partida para la prestación de servicios sanitarios en línea; y difundir las mejores prácticas y evaluar los progresos conseguidos¹¹³.

¹⁰⁷ Señala además la Comisión que para el año 2006 se buscará la sinergia y la complementariedad con el trabajo emprendido por las organizaciones internacionales pertinentes que trabajan en el ámbito de la salud, tales como la OMS, el Consejo de Europa y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).

¹⁰⁸ El Programa cuando se apruebe sustituirá al Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008). El fundamento para tal propuesta es que la política sanitaria y la política del consumidor tienen numerosos objetivos comunes y utilizan, igualmente, numerosos tipos de acciones similares. Se considera que la unión de ambos campos generará más coherencia política, economías de escala y una mayor visibilidad. El Programa está dividido en tres partes: la primera reagrupa los objetivos y acciones comunes, la segunda está dedicada a la salud y la tercera a los consumidores. El capítulo II tiene tres objetivos principales: Proteger a los ciudadanos contra las amenazas para la salud; promover políticas tendentes a fomentar un estilo de vida más sano, contribuir a reducir la incidencia de las enfermedades de alta prevalencia, y contribuir al desarrollo de sistemas de salud.

¹⁰⁹ COM (2005) 115 final: <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11503c.htm>.

¹¹⁰ Comunicación de la Comisión al Consejo, al PE, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, de 30 de abril de 2004, titulada «Salud en línea - mejorar la asistencia sanitaria para los ciudadanos europeos: plan de acción para un espacio europeo de la salud en línea», COM (2004) 356 final.

¹¹¹ <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/lvb/l24221.htm>.

¹¹² El objetivo del plan eEurope es poner al alcance de todos los ciudadanos europeos las ventajas de la sociedad de la información: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/s21012.htm>. Y el objetivo del plan de acción «salud en línea» es permitir que la UE aproveche al máximo las posibilidades de los sistemas y servicios sanitarios en línea dentro de un espacio europeo de la salud.

¹¹³ El plan de acción establece que para finales de 2006 deberá consolidarse un enfoque de colaboración entre los Estados miembros para respaldar e impulsar la inversión en salud en línea. Además el plan de acción invita a la Comisión a emprender, para finales de 2009 y en colaboración con los Estados miembros, actividades destinadas a: establecer una base de partida para una calificación europea normalizada de los servicios de salud en línea en entornos clínicos y administrativos; instituir un marco que permita reforzar la seguridad jurídica en materia de responsabilidad en relación con los productos y servicios de la salud en línea, dentro del contexto de la legislación vigente en materia de responsabilidad de los productos; mejorar la información de los pacientes, los regímenes de seguro médico y los proveedores de asistencia sanitaria en relación con las normas aplicables a la cobertura de los costes de los servicios de salud en línea; y promover la salud en línea con el fin de reducir los accidentes de trabajo y las enfermedades laborales y apoyar las acciones preventivas respecto a la aparición de nuevos riesgos en el trabajo. Comprometiéndose la Comisión a publicar cada dos años, durante el período 2004-2010, un estudio sobre los progresos realizados en el despliegue de la salud en línea.

2. SISTEMA SANITARIO

El Programa de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública (2003-2008) tiene diversas finalidades, como la de fortalecer los sistemas sanitarios nacionales¹¹⁴. Lo cierto es que los problemas relacionados con los sistemas sanitarios viene siendo objeto de atención en la UE, entre otros, en el «Proceso de reflexión de alto nivel sobre movilidad de los pacientes y la evolución de la asistencia sanitaria en la Unión Europea»¹¹⁵. Se justifica la reflexión toda vez que aunque el artículo 152 TCE dispone que la acción comunitaria en el ámbito de la salud pública debe respetar plenamente las responsabilidades de los Estados miembros con respecto a la organización y prestación de servicios sanitarios, sin embargo, otros avances (tales como los relativos al mercado interior) tienen un impacto sobre los sistemas sanitarios¹¹⁶. El proceso de reflexión señala que si bien la organización y financiación de los sistemas sanitarios es responsabilidad de los Estados miembros, éstos deben ejercer sus responsabilidades en este ámbito de acuerdo con la legislación comunitaria.

La Comisión, en el Informe de 9 de diciembre de 2003 (resultado del mencionado proceso de reflexión), hace notar como tema importante la financiación¹¹⁷. En este contexto los integrantes del proceso de reflexión realizaron una serie de recomendaciones a la Comisión y a los Estados miembros.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En la UE son también varios los factores que se consideran condicionantes de la salud, ya sean por lo que se califican como elementos internos¹¹⁸ o exter-

¹¹⁴ Consecuentemente, los Estados miembros en relación con sus sistemas sanitarios tienen las mismas obligaciones que cualquier otro Estado que integra la comunidad internacional de conformidad con el Derecho internacional.

¹¹⁵ Vid. Comisión Europea. Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores. Doc. HLPR/2003/16, de 9 de diciembre de 2003: http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/key01_mobility_es.pdf.

¹¹⁶ De los sistemas sanitarios con carácter previo ya se han abordado importantes cuestiones, entre otros, por el Comité de alto nivel sobre la salud en su Informe de 17 de diciembre de 2001 sobre el mercado interior y los servicios sanitarios, y en la reunión de los Ministros de Sanidad de la UE en Málaga el 8 de febrero de 2002. Además en julio de 2003 los servicios de la Comisión publicaron un informe de síntesis sobre la aplicación a escala nacional de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia en relación con el reembolso de los servicios sanitarios recibidos en otro Estado miembro (SEC (29003) 900 de 28 de julio de 2003. http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documewnts/Key06_en.pdf

¹¹⁷ En relación con esta cuestión el Informe señala que las condiciones de financiación no sitúan a la sanidad en una posición elevada de la lista de ámbitos de prioridad que recibirán ayuda del fondo de cohesión y de los fondos estructurales. Por lo que considera que es esencial que la sanidad tenga mayor prioridad respecto a los criterios de aplicación y financiación de estos instrumentos financieros comunitarios.

¹¹⁸ Los elementos internos son varios, en estos momentos se destacar: *tabaco* (Vid. Comunicación de la Comisión, de 18 de diciembre de 1996, sobre el papel que la Comisión desempeña actualmente y prevé desempeñar en el futuro en la lucha contra el consumo de tabaco, COM(96) 609 final, y Resolución del Consejo, de 26 de noviembre de 1996, relativa a la reducción del tabaquismo en la Comunidad Europea, DO C374 de 11.12.1996); *alcohol* (Vid. Conclusiones del Consejo, de 5 de junio de 2001, sobre una estrategia comunitaria para reducir los daños derivados del consumo de alcohol (DO C175 de 20.6.2001) y Recomendación 2001/458/CE del Consejo, de 5 de junio de 2001,

nos¹¹⁹. En el Programa 2003-2008, entre las acciones y actividades de la Comunidad están las relativas a los factores determinantes de la salud que tiene por finalidad el «desarrollo y puesta en práctica de actividades de prevención de enfermedades y fomento de la salud integradas en todas las políticas comunitarias, en las que, cuando proceda, participen organizaciones no gubernamentales, proyectos y redes innovadoras o experimentales entre instituciones y actividades nacionales» (art. 3.2.b). En todo caso, a los efectos que nos ocupa, serán destacados como factores condicionantes de la salud los siguientes:

3.1.1 La seguridad e higiene laboral en virtud del artículo 40.2 del TCE constituye una obligación para los Estados miembros, toda vez que se comprometen a hacer efectiva la «higiene y seguridad en el trabajo»¹²⁰. En Derecho derivado resulta esencial la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo¹²¹, completada por la Directiva 2006/25/CE del PE y del Consejo, de 5 de abril de 2006, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud relativas a la exposición de los trabajadores a riesgos derivados de los agentes físicos (radiaciones ópticas artificiales)¹²². Asimismo cabe mencionar el Reglamento (CE) 341/2006 de la Comisión, de 24 de febrero de 2006, por el que se adoptan las especificaciones del módulo *ad hoc* de 2007 sobre accidentes laborales y problemas de salud relacionados con el trabajo¹²³; la Resolución del PE sobre la promoción de la salud y de la seguridad en el trabajo¹²⁴; y la estrategia comunitaria de salud y seguridad en el trabajo (2002-2006)¹²⁵.

Hay que hacer asimismo mención a la Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores, de 9 de diciembre de 1989. La misma es una declaración (no un tratado internacional) adoptada por los Jefes de Estado y de Gobierno de los Estados miembros de la Comunidad, cuyo principio 19 está destinado a la protección de la salud y la seguridad en el medio laboral.

Por su parte, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo tiene por objeto aportar información técnica, científica y económica útil¹²⁶ y el Co-

sobre el consumo de alcohol por parte de los jóvenes y, en particular, de los niños y adolescentes (DO L161 de 16.6.2001); y *drogas* (<http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/s22001.htm>).

¹¹⁹ Entre los elementos externos quedan incluidos los *factores socioeconómicos* (Vid. Informe de la Comisión, de 22 de mayo de 1997, sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea: <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11558.htm>. Comunicación de la Comisión, de 5 de diciembre de 2001, titulada «El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera», COM (2001) 723 final, no publicada en el DO; *los campos electromagnéticos* (Vid. Recomendación del Consejo, de 12 de julio de 1998, relativa a la limitación de la exposición de los ciudadanos a los campos electromagnéticos (0 Hz a 300 GHz); y *la genética y detección* (Vid. Recomendación del Consejo, de 2 de diciembre de 2003, sobre el cribado del cáncer, DO L327 de 16.12.2003).

¹²⁰ Considerado en la UE como un elemento externo.

¹²¹ DO L183, de 29.6.89. Vid. asimismo el Informe de la Comisión sobre la transposición y aplicación de la Directiva marco por los Estados miembros: <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11149.htm>.

¹²² DO L114 de 27.4.2006.

¹²³ Está previsto en el Reglamento (CE) 577/98 del Consejo y modificado por el Reglamento (CE) 384/2005. DO L055 de 25.2.2006.

¹²⁴ DO C304 E de 1.12.2005.

¹²⁵ <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11147.htm>.

¹²⁶ <http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11110.htm>.

mité Consultivo para la Seguridad y Salud en el Trabajo se encarga de asistir a la Comisión en la preparación y la aplicación de las decisiones tomadas en el ámbito de la seguridad y la salud en el trabajo¹²⁷. Su cometido consiste también en facilitar la cooperación entre las administraciones nacionales y las organizaciones sindicales y patronales¹²⁸.

3.1.2 La Comunidad tiene por misión promover «un alto nivel de protección y de mejora de la calidad del medio ambiente»¹²⁹ (art.2 TCE). Para alcanzar dicho fin, la acción de la Comunidad implicará «una política en el ámbito del medio ambiente» (art. 3.1.l)¹³⁰. Además, el artículo 174.1 establece que la política de la Comunidad en el ámbito del medio ambiente «contribuirá a alcanzar» una serie de objetivos, entre otros, «la protección de la salud de las personas». En este último contexto, esto es, medio ambiente y salud, diversos instrumentos son esenciales: «Estrategia europea de la Comisión», de 11 de junio de 2003, en materia de medio ambiente y salud¹³¹; Comunicación de la Comisión de 9 de junio de 2004 que contiene el «Plan de acción europeo de medio ambiente y salud» (2004-2010)¹³²; y la Resolución del PE sobre dicho plan¹³³.

3.1.3 En lo que al consumo (alimentación)¹³⁴ respecta, el artículo 51 del TCE obliga a los Estados miembros a garantizar la «salud, la seguridad y los legítimos intereses» de los consumidores y los usuarios. La alimentación y la nutrición constituyen una fuente de preocupación en la UE, sobre todo por la incidencia que tiene sobre la salud una alimentación y nutrición inadecuada. Ello queda corroborado en la Resolución del Consejo de 14 de diciembre de 2000 sobre la salud y la nutrición¹³⁵, en la existencia de una Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria¹³⁶ (EFSA); en las Conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Salud y Consumidores, de 3 de junio de 2005, tituladas «Obesidad, nutrición y actividad física»; y en el Libro Verde de la Comisión «Fomentar

¹²⁷ Creado por Decisión 2003/C/218/01 del Consejo, de 22 de julio de 2003.

¹²⁸ Vid. asimismo lista de enfermedades profesionales:

<http://www.europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11112.htm>.

¹²⁹ Considerado en relación con la salud como un elemento externo.

¹³⁰ De ahí que se ocupe de la contaminación y los ruidos; de la seguridad nuclear y los desechos radiactivos; de la protección y gestión de las aguas; del control de la contaminación atmosférica; de la prevención de las contaminaciones acústicas; y de las sustancias químicas, riesgos industriales y biotecnología:

http://www.europa.eu.int/eur-lex/lex/es/repert/index_15.htm. En el marco de la política de medio ambiente ha sido creada la Agencia Europea de Medio Ambiente y la red europea de información y de observación sobre medio ambiente (Reglamento (CEE) 1210/90 del Consejo, de 7 de mayo de 1990, DO L 120 de 11.5.1990). Asimismo hay que tener presente el Programa comunitario de política y actuación en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible «Hacia un desarrollo sostenible» (Decisión n° 2179/98/CE del PE y del Consejo de 24 de septiembre de 1998, DO L 275 de 10.10.1998).

¹³¹ COM (2003) 338 final. La Comisión presenta una visión sobre la manera de abordar cuestiones de salud medioambiental y anuncia la preparación de un «Plan de Acción para 2004-2010».

¹³² COM (2004) 416, no publicada en el DO.

¹³³ DO C304 E de 1.12.2005.

¹³⁴ Es considerado como un elemento interno dentro de los condicionantes de la salud.

¹³⁵ DO C20 de 23.1.2001. Con anterioridad había sido adoptada la Resolución del Consejo y de los representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros reunidos en el seno del Consejo, de 3 de diciembre de 1990, relativa a un programa de acción sobre nutrición y salud (DO C329, de 31.12.1990).

¹³⁶ http://efsa.eu.int/index_en.html.

una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para el exceso de peso, la obesidad¹³⁷ y las enfermedades crónicas¹³⁸. Por último señalar que el 15 de mayo de 2005 la Comisión lanzó la «Plataforma sobre Dieta, Actividad Física y Salud»¹³⁹.

3.2 El 16 de mayo de 2000, la Comisión presentó la primera estrategia sanitaria europea y propuso el programa de salud pública¹⁴⁰. La actividad de la UE en el ámbito sanitario se basa en tres principios fundamentales: integración, sostenibilidad y atención primordial a las cuestiones prioritarias¹⁴¹. Pero las líneas generales de la política sanitaria quedaron establecidas en 2002 en el concepto de una Europa de la salud. A tales efectos se emprendió una labor para hacer frente a las amenazas contra la salud, que se concretó en la creación del Centro Europeo para la prevención y el control de las enfermedades¹⁴², en el desarrollo de la cooperación transfronteriza entre los sistemas sanitarios, y en el tratamiento de los factores determinantes de la salud. Otro elemento clave de la política sanitaria de la UE es el Foro europeo de la salud¹⁴³. En 2004, a fin de repasar la estrategia sanitaria de mayo de 2000 y de examinar la necesidad de su revisión a la luz de los acontecimientos, la Comisión lanzó un proceso de reflexión sobre el fomento de la salud de todos¹⁴⁴.

4. DERECHOS

4.1 El Consejo Europeo de Barcelona (2002) invitó a la Comisión y al Consejo de Ministros a profundizar en las cuestiones del acceso, la calidad y la sostenibili-

¹³⁷ La UE financia un proyecto de investigación sobre diabetes cuyo objetivo principal es identificar y validar nuevos objetivos para el tratamiento y la prevención de la obesidad y regular este punto de ajuste. En particular, a través de estudios de la genética humana en las personas obesas, los investigadores están tratando de identificar nuevas conexiones genéticas con la obesidad y la composición del organismo. www.eurodiabesity.org/.

¹³⁸ COM (2005):
http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_es.pdf.

¹³⁹ www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/nutrition/platform/platform_en.htm.

¹⁴⁰ Comisión COM(2000)285 final: http://europa.eu.int/eur-lex/es/com/pdf/2000/es_500PC0285.pdf.

¹⁴¹ Ello ha dado lugar a un planteamiento integrado del trabajo de la Comunidad en materia sanitaria, haciendo que entre las políticas relacionadas con la salud se establezca una cooperación para alcanzar los objetivos en este campo. En la citada estrategia se pide que se concentren los recursos en áreas donde la Comunidad pueda ofrecer un auténtico valor añadido, sin duplicar un trabajo que pueden realizar mejor los Estados miembros o las organizaciones internacionales. La estrategia, apoyada por el programa de salud pública, ha tenido como consecuencia una serie de actividades en materia de salud pública y ha afianzado los vínculos con otras políticas relacionadas con la salud:

http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/other_policies/health_other_policies_es.htm.

¹⁴² http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/ecdc/ecdc_en.htm.

¹⁴³ El Foro reúne a organizaciones activas en este campo para que asesoren a la Comisión en relación con la política sanitaria y permite a la comunidad sanitaria participar desde el principio en el diseño de la política en materia de salud. La política sanitaria de la UE implica cada vez más la cooperación con y entre los Estados miembros, en particular en cuestiones transfronterizas como la movilidad de los pacientes:

http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/health_forum/hforum_intro_es.pdf.

¹⁴⁴ http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_overview/strategy/reflection_process_en.htm.

dad financiera de la asistencia sanitaria y de los cuidados de larga duración¹⁴⁵. El Consejo Europeo de primavera 2003 puso de relieve la necesidad de intensificar los intercambios y la colaboración en este ámbito.

En el «Proceso de reflexión de alto nivel» aludido previamente, se presta una atención especial a la asistencia sanitaria¹⁴⁶. Recuerda este proceso que el Reglamento 1408/71 sobre la coordinación de los regímenes de seguridad social prevé el acceso a la asistencia sanitaria de las personas que se desplazan dentro de la UE, el cual ha sido actualizado para reflejar las circunstancias cambiantes; que el Comité de protección social previsto en el artículo 144 del TCE fomenta la cooperación en materia de políticas de protección social, incluida la asistencia sanitaria; que los programas marco europeos de investigación y desarrollo tecnológico ayudan a mejorar el conocimiento acerca de la asistencia sanitaria; y que el artículo 152 del TCE exige que en la definición y ejecución de todas las políticas y acciones comunitarias se garantice un alto nivel de protección de la salud humana¹⁴⁷. El Informe hace asimismo referencia al acceso y a la calidad de la asistencia sanitaria¹⁴⁸.

A través de la Comunicación relativa «Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas»¹⁴⁹, en abril de 2004 la Comisión propuso ampliar el «método abierto de coordinación» al sector de la asistencia sanitaria y de la asistencia de larga duración. La Comisión propuso los siguientes objetivos: garantizar el acceso a la asistencia (universalidad, equidad y solidaridad); promover la calidad de la asistencia, y garantizar la sostenibilidad financiera de una asistencia accesible y de calidad.

Cabe asimismo mencionar la Declaración de Luxemburgo sobre la seguridad de los pacientes (2005)¹⁵⁰ que reconoce que el acceso a una asistencia sanitaria de calidad es un Derecho Humano fundamental valorado por la UE, y que la mejora continua de la calidad asistencial es un objetivo clave tanto para la seguridad de los pacientes como para la gestión eficiente de los sistemas de salud.

4.2 Son diversos los actos comunitarios adoptados en relación con el derecho al medicamento. Si en principio se considera oportuno aludir a un acto no vinculan-

¹⁴⁵ Fue remitido un cuestionario a los Estados miembros a fin de recabar información sobre sus respectivos enfoques en relación con esos tres objetivos. A partir de dicho cuestionario, se elaboró un informe conjunto de la Comisión y del Consejo.

¹⁴⁶ Se afirma que es necesario reforzar la cooperación para promover oportunidades de acceso a una asistencia sanitaria de gran calidad al tiempo que se mantiene la sostenibilidad financiera de los sistemas de asistencia sanitaria en la UE.

¹⁴⁷ En relación con los pacientes hace notar que los mismos tienen una serie de derechos y expectativas cuando acceden a la asistencia sanitaria. Tiene presente que los derechos de los pacientes están reconocidos parcialmente en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE, de ahí que señale que sería útil una mayor claridad a escala europea respecto a estos temas, que abarcan cuestiones tales como la información general sobre la asistencia sanitaria, la información personal, la protección de los datos personales, la compensación y el consentimiento informado.

¹⁴⁸ En relación con el acceso dice que incluye la accesibilidad física, la accesibilidad financiera y el acceso a la información. La calidad incluye las condiciones de entrada en el mercado, las condiciones de procedimientos y la evaluación de la práctica profesional individual y abarca una serie de ámbitos, entre otros, la efectividad de la asistencia y los mecanismos organizativos para garantizar una asistencia segura de gran calidad.

¹⁴⁹ COM (2004) 304 final:

http://europa.eu.int/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi:celexplus:prod!DocNumber&lg=es&type_doc=COM final&an_doc=2004&nu_doc=304.

¹⁵⁰ http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf.

te, la Resolución del Consejo de 20 de diciembre de 1995 relativo a los medicamentos huérfanos¹⁵¹ y a los medicamentos genéricos¹⁵², lo cierto es que en los años posteriores han sido adoptados actos jurídicos sobre medicamentos.

En este contexto cabe mencionar el Reglamento (CE) 141/2000 del PE y del Consejo, de 16 de diciembre de 1999, sobre medicamentos huérfanos¹⁵³; y el Reglamento (CE) 847/2000 de la Comisión, de 27 de abril de 2000, por el que se establecen las disposiciones de aplicación de los criterios de declaración de los medicamentos huérfanos y la definición de los conceptos de «medicamento similar» y «superioridad clínica»¹⁵⁴. La Directiva 2001/20/CE del PE y del Consejo, de 4 de abril de 2001, relativa a la aproximación de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros sobre la aplicación de buenas prácticas clínicas en la realización de ensayos clínicos de medicamentos de uso humano¹⁵⁵; y la Directiva 2005/28/CE de la Comisión, de 8 de abril de 2005, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de las buenas prácticas clínicas respecto a los medicamentos en investigación de uso humano, así como los requisitos para autorizar la fabricación o importación de dichos productos¹⁵⁶.

5. GARANTÍAS

5.1 Diversos recursos pueden ser interpuestos por las personas físicas o jurídicas ante el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (TJCE). Sin embargo, a través de los mismos a quien se demanda es a la Comunidad (recurso por «responsabilidad extracontractual») o a las Instituciones («recurso por inactividad» y «recurso de anulación»). El problema radica en que como la salud pública sigue siendo de la competencia nacional, son pocos los casos en los que una institución comunitaria es demandada por cuestiones relacionadas con la salud. En este ámbito tan reducido cabe señalar que podrían ser demandadas, como en la práctica lo han sido, por ejemplo, mediante el recurso de anulación porque un acto comunitario en materia de salud resultara perjudicial para quien interpone el recurso¹⁵⁷.

En todo caso la estrella de los recursos en cuestiones relacionadas con la salud es el «recurso por incumplimiento», el cual es instado por una institución comunitaria (la Comisión) contra un Estado miembro. En este contexto el número de recursos

¹⁵¹ Se denominan «medicamentos huérfanos» aquellos destinados a prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades poco frecuentes, esto es, las denominadas «enfermedades raras», distintas a las «enfermedades descuidadas». Las primeras se denominan como tal por padecerlas un escaso número de personas en los países desarrollados, y las segundas se denominan a las padecidas en la mayoría de los casos por personas que habitan en países en desarrollo.

¹⁵² DO C350, de 30.12.1995.

¹⁵³ DO L18, de 22.1.2000.

¹⁵⁴ DO L103 de 28.4.2000.

¹⁵⁵ DO L121, de 1.5.2001.

¹⁵⁶ DO L91 de 9.4.2005.

¹⁵⁷ A título de ejemplo cabe mencionar el asunto T-273/03 resuelto por Sentencia del Tribunal de Primera Instancia de 31 de enero de 2006, en el que varias sociedades europeas demandaron a la Comisión a fin de solicitar la anulación de su Decisión C (2003) 1752, de 21 de mayo de 2003, relativa a la comercialización de medicamentos de uso humano que contengan la sustancia *enalapril*.

interpuestos es representativo, la mayoría de ellos por falta de armonización de una directiva relacionada con los productos sanitarios por un Estado miembro¹⁵⁸.

Y ello sin perjuicio de que a través de la «cuestión prejudicial» un tribunal nacional puede someter una consulta al TJCE sobre un acto jurídico comunitario relacionado con la salud, como ha sido planteado en la práctica¹⁵⁹.

5.2 Como quiera que tanto el «recurso por inactividad» como el «recurso de anulación» tienen una fase extrajudicial previa, cuando el objeto del recurso verse sobre cuestiones relacionadas con la salud, el asunto puede ser solucionado extrajudicialmente.

5.3 El único recurso comunitario que prevé indemnizaciones es el de «responsabilidad extracontractual». A través del mismo se puede conseguir una indemnización si el acto comunitario perjudicial relacionado con la salud ha provocado además un daño material a la víctima, indemnización que puede ser solicitada instando el mencionado recurso, o bien en la misma demanda en la que se interpone el «recurso de anulación» o el «recurso por inactividad».

En el marco del «recurso por incumplimiento», si el TJCE declara el incumplimiento del Estado y el mismo hubiera ocasionado perjuicios materiales a personas concretas, éstas sobre la base de dicha sentencia podrían solicitar una indemnización al Estado concernido, sin que el TJCE se pronuncie de forma expresa a este respecto.

Y en lo que a la «cuestión prejudicial» respecta, si el demandante a nivel nacional hubiera sufrido un daño material por el incumplimiento del Estado, sería el tribunal nacional el que al decidir el asunto (de acuerdo con lo resuelto por el TJCE) determinaría la indemnización. No obstante, en algunas ocasiones el TJCE se ha pronunciado sobre el derecho de la parte en el proceso interno al reembolso de gastos ocasionados en relación con la salud¹⁶⁰.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 El Informe de la Comisión de 22 de mayo de 1997 sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad¹⁶¹ examina las principales causas de mortali-

¹⁵⁸ En este contexto cabe mencionar: asunto C-428/04 (Comisión/Austria), Sentencia de 6 de abril de 2006; asunto C-132/04 (Comisión/España), Sentencia de 12 de enero de 2006; asunto C-121/03 (Comisión/España), Sentencia de 8 de septiembre de 2005; asunto C-364/03 (Comisión/Grecia), Sentencia de 7 de julio de 2005; asunto C-270/03 (Comisión/Italia), Sentencia de 9 de julio de 2005; asunto C-282/02 (Comisión/Irlanda), Sentencia de 2 de junio de 2005; asunto C-177/03 (Comisión/Francia), Sentencia de 9 de diciembre de 2004; y asunto C-229/00 (Comisión/Finlandia), Sentencia de 12 de junio de 2003.

¹⁵⁹ A título de ejemplo cabe mencionar: asuntos acumulados C-394/04 y C-395/04, Sentencia del TJCE de 1 de diciembre de 2005 (cuestión prejudicial interpuesta por un tribunal griego); asunto C-193/03, Sentencia del TJCE de 14 de octubre de 2004 (cuestión prejudicial interpuesta por un tribunal alemán); asunto C-8/02, Sentencia del TJCE 18 de mayo de 2004 (cuestión prejudicial interpuesta por un tribunal alemán); y asunto C-212/01, Sentencia del TJCE de 20 de noviembre de 2003 (cuestión prejudicial interpuesta por un tribunal austriaco).

¹⁶⁰ A título de ejemplo, asunto C-145/03, Sentencia de 12 de abril de 2005 (recurso interpuesto por el Juzgado de lo Social n.º 20 de Madrid-España).

¹⁶¹ <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/cha/c11558.htm>.

dad¹⁶² y de morbilidad¹⁶³, así como una serie de factores determinantes de carácter individual y social que influyen en la salud de la mujer en el marco de la evolución de las tendencias demográficas y sociales¹⁶⁴, entre ellos, el cáncer de mama, así como otros problemas de salud que revisten especial interés para las mujeres: bulimia, anorexia nerviosa¹⁶⁵ y SIDA¹⁶⁶. También se ocupa de los anticoncepti-

¹⁶² En lo que a la mortalidad de la niñas respecta se dice que ha disminuido significativamente en la Comunidad (de cada 1.000 niñas nacidas vivas, mueren 6,9 en el primer año de vida, lo que representa una disminución del 68% desde 1970) y que los índices de mortalidad materna también han descendido perceptiblemente (en un 79 % desde 1970), hasta alcanzar los 7 fallecimientos por cada 100.000 mujeres en 1992. El 62% de las mujeres de la Comunidad consideran que gozan de un estado de salud bueno o muy bueno. Esta cifra encubre enormes variaciones entre Estados miembros (del 75,8% de Irlanda al 34,7% de Portugal). En todos los grupos de edad, las causas más frecuentes de mortalidad femenina son las enfermedades del sistema cardiovascular (43%), el cáncer (26%), las enfermedades del sistema respiratorio (6%), los suicidios y los accidentes (5%). En gran medida, las dos causas principales de mortalidad (enfermedades cardiovasculares y cáncer) pueden evitarse mediante la prevención primaria (estilos de vida más sanos) o secundaria (diagnóstico precoz mediante programas de detección, por ejemplo). Entre los principales factores de riesgo asociados a una parte importante de la mortalidad prematura (fallecimiento de menores de 65 años) figuran el tabaquismo (el porcentaje de fumadoras en la mayoría de los Estados miembros es del 25% y se halla en constante aumento. Dinamarca y Portugal se distinguen, respectivamente, por su elevado (42%) y su reducido porcentaje (12%). El tabaquismo constituye el principal factor de riesgo en cerca del 30% de los cánceres y contribuye considerablemente a las enfermedades cardiovasculares). El consumo excesivo de alcohol aumenta el riesgo de padecer trastornos hepáticos, enfermedades circulatorias y determinados cánceres). Los hábitos alimentarios perniciosos conducente al exceso de peso constituyen un factor de riesgo significativo en relación con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer.

¹⁶³ Por término medio, casi una de cada cuatro mujeres manifiesta estar limitada en sus actividades diarias hasta cierto punto (17,3%) o seriamente (6,3%) como consecuencia de una enfermedad de larga duración (esta media va del 30% en Finlandia y Portugal a un mínimo del 15% en Luxemburgo; además, aumenta con la edad). El índice de limitación de actividad de corta duración es bastante escaso (Italia registra el índice más reducido, 5,6%, y los Países Bajos es el más elevado, 20%).

¹⁶⁴ Señala el Informe que la cantidad y el tipo de pruebas que se proponen a las mujeres varían considerablemente en función de la edad y del Estado miembro. Por ejemplo, el 44% de las mujeres mayores de 65 años se sometieron a un chequeo cardiaco durante el año previo, frente a sólo el 10% de las menores de 35 años. El 35,3% de las alemanas realizaron un examen cardiaco, frente al 9,7% de las neerlandesas. El porcentaje de mujeres que efectuaron análisis de detección de la diabetes en el año previo es aproximadamente del 22%, si bien la cifra alcanza el 44% entre las mujeres mayores de 40 años con exceso de peso. Se observan divergencias importantes entre los Estados miembros: Alemania registra el porcentaje de detección más elevado (35,3%), mientras que los índices más bajos corresponden a los Países Bajos y a Suecia (9,7% y 12,8%, respectivamente). Durante el año pasado alrededor del 16% de las mujeres de la Comunidad se sometieron a una prueba de detección de osteoporosis. Dicho porcentaje oscila entre el 4% de Finlandia y el 28% de Austria. Cerca del 40% de las mujeres manifiestan haberse sometido a un frotis vaginal durante el año pasado; con todo, también aquí se aprecian divergencias considerables entre Estados miembros (desde el 15,8% de Irlanda hasta el 63,5% de Dinamarca). Igualmente, cerca del 40% de las mujeres indican haber procedido a una autopalpación mamaria durante el último año y 18% indican haberse sometido a una mamografía durante el mismo período.

¹⁶⁵ La incidencia y prevalencia de las alteraciones de los hábitos alimentarios (bulimia y anorexia nerviosa) son muy escasos, pero se considera que han experimentado un aumento durante los veinte últimos años. Un estudio sitúa la mortalidad (suicidios, crisis cardíacas, etc.) entre anoréxicas en el 6% y en el 3% en el caso de las bulímicas.

¹⁶⁶ En relación con el SIDA señala el Informe que a finales de 1996 el 17% de los enfermos de SIDA de la Comunidad eran mujeres; dicha proporción estaba en aumento. La mayoría de las mujeres afectadas eran toxicómanas por vía intravenosa. Las principales vías de transmisión del VIH a las mujeres varían entre países: la toxicomanía por vía intravenosa en España, Italia, Portugal e Irlanda y las relaciones heterosexuales en Bélgica. Los hombres transmiten más fácilmente el VIH a las mujeres que las mujeres a los hombres. Las acciones de prevención que se les destinan son por lo general limitadas.

vos¹⁶⁷ y el aborto¹⁶⁸, la menopausia¹⁶⁹, la longevidad, la violencia ejercida contra las mujeres (que se va considerando poco a poco como un problema de salud pública, como consecuencia de sus efectos tanto físicos como psicológicos)¹⁷⁰.

Por otro lado, hay que señalar que el PE en 1998 condenó la mutilación sexual¹⁷¹ y en el año 2002 ha puesto de relieve las desigualdades existentes en la UE en materia de salud y derechos sexuales y genésicos¹⁷². Y ello sin perjuicio del apoyo a la salud sexual y reproductiva en el marco de la política exterior¹⁷³.

Además no se puede obviar que las mujeres (trabajadoras) embarazadas ocupan una atención especial en la UE¹⁷⁴.

6.2 Diversos problemas relacionados con la salud de los niños y adolescentes ocupan la atención de la Unión Europea: sobrepeso y obesidad¹⁷⁵, salud y seguridad

¹⁶⁷ La mayoría de los Estados miembros indican tasas de utilización de anticonceptivos situadas entre el 71% y el 81%, a excepción de España (59%) y Portugal (66%). Los anticonceptivos más ampliamente utilizados son las píldoras anticonceptivas, seguidas de los preservativos. La elección del método depende de distintos factores, como son los riesgos para la salud y los efectos secundarios asociados a un método en particular, así como de la edad de la mujer (las jóvenes prefieren la píldora o el preservativo, mientras que las mujeres de más edad se inclinan por los dispositivos intrauterinos o la esterilización quirúrgica).

¹⁶⁸ El aborto está permitido, conforme a diversos criterios y bajo algunas condiciones, en todos los Estados miembros, a excepción de Irlanda e Irlanda del Norte. Los índices de aborto por cada 1.000 mujeres varían entre Estados miembros, oscilando entre los 18,3 de Suecia y los 5,4 que registra España.

¹⁶⁹ El 75% de las mujeres menopáusicas experimentan síntomas desagradables, pero sólo solicitan asistencia médica entre el 10% y el 20%.

¹⁷⁰ A pesar de los pocos datos disponibles, en la actualidad se considera que la forma de violencia más endémica que sufre la mujer es la ejercida por el hombre del que es pareja. Se calcula entre una de cada tres mujeres (Portugal y Alemania) y una de cada cinco (Irlanda) el número de mujeres que son víctimas de la violencia en el hogar.

¹⁷¹ Resolución del PE de 11 de marzo de 1998. El Parlamento rechaza toda forma de discriminación contra mujeres y muchachas que se basan en doctrinas o conceptos religiosos. Condena firmemente la mutilación sexual e invita a los Estados miembros a prohibirla en su territorio (DO C104 de 6 de abril de 1998).

¹⁷² Que incluyen la planificación familiar, la contracepción, la educación sexual, el aborto y el embarazo, destacando la competencia de los Estados miembros en el ámbito de la salud genésica, recomendó elaborar políticas nacionales de calidad. Resolución del PE de 13 de marzo de 2002 (Bol. 7/8-2002, punto 1.2.1.).

¹⁷³ Reglamento 1567/2003 del PE y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

¹⁷⁴ En este contexto cabe hacer mención a la Directiva 92/85/CEE del Consejo, de 19 de octubre de 1992. El objetivo de la misma es adoptar las medidas mínimas de protección relativas a la salud y la seguridad de las trabajadoras embarazadas, que hayan dado a luz recientemente o que se encuentren en período de lactancia, a quienes debe considerarse como un grupo aparte expuesto a riesgos específicos. En el informe el 15 de marzo de 1999 (COM (99) 100 final) sobre la aplicación de dicha Directiva la Comisión presentó una descripción detallada de los derechos de las trabajadoras embarazadas, en período de lactancia o que hayan dado a luz recientemente en los Estados miembros de la UE.. Asimismo hay que tener presente la Comunicación de la Comisión, de 5 de octubre de 2000, sobre las directrices para la evaluación de los agentes químicos, físicos y biológicos y los productos industriales considerados peligrosos para la salud o la seguridad de la trabajadora embarazada, así como cuando haya dado a luz o esté en período de lactancia (COM (2000) 466 final).

¹⁷⁵ Los estudios muestran que uno de cada cinco niños de la Unión Europea tiene ahora sobrepeso. En la actualidad, hay 14 millones de niños con sobrepeso y 3 millones de niños obesos

de los jóvenes en el trabajo¹⁷⁶, medicamentos¹⁷⁷, mortalidad infantil y neonatal¹⁷⁸, y diabetes infantil¹⁷⁹.

en la Unión Europea y otros 400.000 empiezan a tener sobrepeso cada año. Hay una clara relación entre el rápido aumento en la obesidad y la diabetes «tipo 2». En todo caso, si las cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición es objeto de atención de la UE con carácter general, en relación con los niños y los jóvenes lo es con carácter particular. De ahí que en el Libro Verde de la Comisión «Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para el exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas» (en el que se ocupa de las incidencias de la alimentación en la salud), el Capítulo V.3 centra la atención en los niños y en los jóvenes.

¹⁷⁶ Respecto de la salud y seguridad de los jóvenes en el trabajo la Directiva 94/33/CE del Consejo, de 22 de junio de 1994, relativa a la protección de los jóvenes en el trabajo tiene por finalidad determinar una serie de obligaciones. A tales efectos cabe mencionar las obligaciones generales del empresario, tales como la protección de la seguridad y la salud de los jóvenes, la evaluación de los riesgos existentes para los jóvenes relacionados con su trabajo, la evaluación y la supervisión de la salud de los jóvenes, la información de los jóvenes y de los representantes legales de los niños sobre los posibles riesgos para la seguridad y la salud.

¹⁷⁷ Los medicamentos pediátricos es también objeto de preocupación en la UE toda vez que se constata la ausencia de medicamentos concebidos y elaborados específicamente para responder a las necesidades terapéuticas de los niños, lo que se considera un problema a escala europea. Actualmente, más del 50 % de los medicamentos que se prescriben a los niños no se han estudiado y autorizado a tal efecto, de ahí que exista una propuesta en la UE a fin de mejorar la salud y la calidad de vida de los niños en Europa garantizando que los nuevos medicamentos pediátricos y los ya comercializados estén plenamente adaptados a sus necesidades específicas. Para colmar las carencias en materia de investigación sobre este tipo de medicamentos, en la propuesta se prevén nuevas obligaciones para la industria farmacéutica, junto con recompensas e incentivos. Ello tiene su origen en el documento de consulta presentado por la Comisión en 2002:

http://europa.eu.int/comm/enterprise/library/enterprise-europe/issue7/articles/es/enterprise14_es.htm.

¹⁷⁸ De la mortalidad infantil se viene ocupando el EUROSTAT que ofrece los porcentajes de mortalidad infantil entre 1993 y 2004 (incluye a los niños fallecidos antes de cumplir un año):

http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=Yearlies_new_population&root=Yearlies_new_population/C/C1/C14/cba13072.

También la UE presenta estadísticas acerca de la mortalidad neonatal entre 1994 y 2003 (que incluye muerte fetal más mortalidad neonatal precoz):

http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_05_en.pdf. Por su parte, el Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores destaca que el asma es una de las principales causas de mortalidad infantil en los países industrializados y que su incidencia a nivel social y económico es aún mayor debido a que se halla en fuerte aumento. Dicho Consejo anima a la Comisión y a los Estados miembros a apoyar la investigación en este ámbito; recoger y a difundir datos pertinentes, para lo que sería especialmente útil la elaboración de una terminología común; promover el intercambio de buenas prácticas en materia de prevención y gestión de la ayuda. A este respecto, el mencionado Consejo invita a los Estados miembros a hacer intervenir al conjunto de las partes interesadas, y apela especialmente a responsabilizar a la población al mantenimiento de un entorno cotidiano de calidad para los niños. Desea finalmente que la cuestión del asma infantil sea objeto de una atención muy especial en el marco del plan de acción europeo sobre el medio ambiente y la salud de los niños y adolescentes, así como en las políticas nacionales de salud pública. Boletín UE 6-2004. Sanidad y protección del consumidor (14/16).

¹⁷⁹ Una especial atención se viene prestando a la diabetes infantil a través del proyecto EURO-DIAB, en el que se pone de manifiesto que la tasa de crecimiento de la enfermedad en los niños menores de cinco años es especialmente preocupante: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/diseases/diabetes_es.htm#rate.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

Las enfermedades transmisibles¹⁸⁰ y las no transmisibles¹⁸¹ (incluidas las llamadas enfermedades raras¹⁸²) ocupan la atención de la UE dentro del Programa de Salud Pública (2003-2008). Asimismo ocupan la atención de la UE el cáncer¹⁸³, las enfermedades cardiovasculares¹⁸⁴, la salud mental¹⁸⁵ y las cuestiones relacionadas con los diagnósticos *in vitro*¹⁸⁶.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La UE se ocupa del VIH/SIDA, tanto en el contexto europeo como en el marco de su acción exterior, a cuyos efectos viene financiando diversos programas de investigación¹⁸⁷.

¹⁸⁰ http://ec.europa.eu/comm/health/ph_threats/com/comm_diseases_es.htm. En el contexto de las enfermedades transmisibles cabe hacer mención a la Decisión de la Comisión, de 19 de marzo de 2002, por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión 2119/98/CE del PE y del Consejo (DO L86 de 3.4.2002). Y ello sin perjuicio de la Resolución del Consejo y de los Ministros de Sanidad de los Estados Miembros, reunidos en el Consejo de 13 de noviembre de 1992, sobre el control y la vigilancia de las enfermedades transmisibles (DO C326, 11 de diciembre de 1992).

¹⁸¹ Conforme al nuevo Programa 2003-2008, las acciones y medidas de apoyo en el ámbito de las enfermedades no transmisibles se centrarán en desarrollar «estrategias y mecanismos de prevención, intercambio de información y respuesta ante riesgos de enfermedades no transmisibles, incluidos los riesgos para la salud específicos para cada sexo y las enfermedades poco comunes».

¹⁸² http://ec.europa.eu/comm/health/ph_threats/non_com/rare_diseases_es.htm.

¹⁸³ Recomendación del Consejo, de 2 de diciembre de 2003, sobre el cribado del cáncer (DO C327, de 16 de diciembre de 2003); Resolución del Consejo, de 13 de diciembre de 1993, relativa a las futuras orientaciones «Europa contra el cáncer» (DO C015, de 18 de enero de 1994); Resolución del Consejo y de los representantes de los Estados Miembros reunidos en el Consejo, de 7 de julio de 1986, relativa a un programa de acción de las Comunidades Europeas contra el cáncer (DO C184, de 23 de julio de 1986).

¹⁸⁴ Resolución de Consejo, de 2 de junio de 1994, sobre las enfermedades cardiovasculares (DO C165, de 17 de junio de 1994).

¹⁸⁵ Resolución del Consejo, de 18 de noviembre de 1999, sobre la promoción de la salud mental (DO C86, de 24 de marzo de 2000). Vid. asimismo Libro Verde de la Comisión de 14 de octubre de 2005 «Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental», COM (2005) 484 final, no publicado en el DO; Conclusiones del Consejo, de 3 de junio de 2005, sobre una acción comunitaria en materia de salud mental, no publicadas en el DO. Conclusiones del Consejo de Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores, de 2 y 3 de junio de 2003, sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental; y Conclusiones del Consejo de 15 de noviembre de 2001 sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión, DO C6 de 9.1.2002).

¹⁸⁶ Reglamento 1882/2003 (DO L284, de 31 de octubre de 2003) del PE y del Consejo que modifica la Directiva 78/79/CE del PE y del Consejo de 27 de octubre de 1998, sobre productos sanitarios para diagnósticos *in vitro* (DO L331, de 7.12.1998). 2002/364/CE: Decisión de la Comisión, de 7 de mayo de 2002, sobre especificaciones técnicas comunes para productos sanitarios para diagnóstico *in vitro* (DO L131 de 16.5.2002).

¹⁸⁷ Proyecto europeo de microbicidas: http://ec.europa.eu/research/leaflets/aids/article_2877_es.html; Proyecto integrado para una vacuna contra el SIDA: http://ec.europa.eu/research/leaflets/aids/article_2876_es.html. Proyecto destinado a conseguir nuevos y mejores tratamientos contra el VIH/SIDA: http://ec.europa.eu/research/leaflets/aids/article_2878_es.html.

Por lo que respecta al contexto europeo, cabe citar la Decisión 96/647/CE del PE y del Consejo, de 29 de marzo de 1996¹⁸⁸, relativa a un programa de acción comunitario sobre la prevención del SIDA y de otras enfermedades transmisibles dentro del marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000), modificada por la Decisión 521/2001/CE del PE y del Consejo, de 26 de febrero de 2001, por la que se prorrogan algunos programas de acción comunitaria en el ámbito de la salud pública¹⁸⁹. Más recientemente ha sido adoptada la Comunicación de 2005 de la Comisión al Consejo y al PE sobre la lucha contra el VIH/SIDA en la UE y los países de su entorno (2006-2009)¹⁹⁰.

En el ámbito de la política exterior el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis han sido objeto de diversos actos comunitarios: Reglamento (CE) 1568/2003 del PE y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para la lucha contra las enfermedades relacionadas con la pobreza (VIH/SIDA, tuberculosis y malaria) en los países en desarrollo¹⁹¹. Comunicación de 2004 de la Comisión al Consejo y al PE sobre «Un marco político europeo coherente para la actuación exterior en la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis»¹⁹². Y la Comunicación de 2005 de la Comisión al Consejo y al PE en la que propone «Un programa de acción europeo para combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis a través de la actuación exterior (2007-2011)»¹⁹³.

9. FUENTES EN INTERNET

Unión Europea

http://europa.eu/index_es.htm

Parlamento Europeo

http://www.europarl.europa.eu/news/public/default_es.htm

Consejo de Europa

<http://www.consilium.europa.eu/showPage.ASP?lang=es>

Comisión Europea

http://ec.europa.eu/index_es.htm

Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas

<http://www.curia.europa.eu/es/index.htm>

Salud Pública

http://europa.eu/pol/health/index_es.htm

¹⁸⁸ Y ello sin perjuicio de que con anterioridad fue adoptada la Resolución del Consejo, de 13 de diciembre de 1993, sobre la ampliación hasta finales de 1994 del plan de acción 1991-1993 adoptado en el marco «Europa contra el SIDA» (DO C015, de 18.1.1994), y la Resolución del Consejo y los Ministros de Sanidad reunidos en el seno del Consejo, de 22 de diciembre de 1989, relativa a la lucha contra el SIDA (DO C10, de 16.1.1990).

¹⁸⁹ DO L79 de 17 de marzo de 2001.

¹⁹⁰ COM/2005/0654 final.

¹⁹¹ DO L224 de 6 de septiembre de 2003.

¹⁹² SEC (2004)1326, COM/2004/0726 final.

¹⁹³ COM/2005/0179 final.

II. PANORAMA NACIONAL

1. ANDORRA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Salud mental. 7.2 Reproducción asistida. 7.3 Personas mayores. 7.4 Trasplantes. 7.5 Urgencias médicas. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución de Andorra «reconoce el derecho a la vida y la protege plenamente en sus diferentes fases» (art. 8). El Capítulo V hace mención a los derechos y principios económicos, sociales y culturales, «reconoce el derecho a la protección de la salud, a recibir prestaciones para atender otras necesidades personales» y establece que «el Estado garantizará un sistema de Seguridad Social» (art. 30).

En el conjunto de la jurisprudencia dictada por el Tribunal Constitucional, una única sentencia hace referencia a la salud de modo tangencial. Esta es la Sentencia 43/2003, de 9 de mayo de 2003, que resuelve un conflicto de competencias entre el Ayuntamiento de Andorra la Vella y el Gobierno, para construir el horno incinerador nacional. Para obtener autorización, el Gobierno debía certificar que el terreno municipal no presentaba un grado de contaminación que pusiera en peligro la vida o la salud humana. Es importante destacar de esta sentencia, que aunque corresponde exclusivamente al Estado la organización del sistema de Seguridad Social con la finalidad de proteger la salud (art. 30 CA), también es cierto que todos los poderes públicos, y en este caso los ayuntamientos, tienen que tutelar éste y otros valores constitucionales en el ejercicio de sus competencias.

El Principado de Andorra firmó un Convenio de Seguridad Social con el Reino de España el 9 de noviembre de 2001, y el 14 de junio de 2001 ratificó otro similar con la República Francesa. Existe, igualmente, un acuerdo administrativo de Seguridad

* **Abreviaturas:** CA = Constitución de Andorra; CASS = Caja Andorrana de Seguridad Social; CHA = Centro Hospitalario Andorrano; CIPPCS = Comisión Interministerial del Programa de Prevención y Control del Sida; CP = Código Penal; LGS = Ley General de Sanidad; HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana; MSBSF = Ministerio de Salud, Bienestar Social y Familia; SAAS = Servicio Andorrano de Atención Sanitaria; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; SUM = Servicio de Urgencias Médicas; OMS = Organización Mundial de la Salud.

Social con la República de Portugal aprobado por el Parlamento el 2 de octubre de 1987. A su vez, el Principado de Andorra y la OMS suscribieron un acuerdo, el 11 de septiembre de 1998, en el que se establece una cooperación técnica de carácter consultivo.

1.2 El Ministerio con competencias sobre la salud es el Ministerio de Salud, Bienestar Social y Familia (MSBSF), conformado por dos departamentos: el de Salud y el de Bienestar Social y Familia. Cuenta con las siguientes áreas: atención social primaria, atención social especializada, inspección y control, protección, promoción y planificación sanitaria, farmacia, productos y establecimientos sanitarios, y administración.

Un Decreto, de 13 de octubre de 1994, crea el Servicio de Planificación Sanitaria, Educación y Promoción de la Salud, que incluye la vigilancia epidemiológica, el análisis e información sanitaria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.

Posiblemente, la organización civil más destacada en materia de salud sea la Cruz Roja Andorrana. Entre sus actividades está el servicio público de transporte sanitario secundario, colectivo y la colaboración con el Gobierno en la campaña del SIDA.

2. SISTEMA SANITARIO

El Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) asume la gestión y administración de todos los recursos públicos (humanos, materiales y financieros), dedicados a la atención sanitaria. Es una entidad paraestatal, con personalidad jurídica propia y autonomía financiera.

El SAAS está compuesto por el Centro Hospitalario Andorrano (CHA), el Servicio de Urgencias Médicas (SUM), el Servicio de Salud Mental, el Servicio de Atención Primaria, el Servicio de Salud Escolar, el Servicio de Información al Viajero y el Servicio de Pensiones Médicas.

El CHA tiene como finalidad obtener todos los recursos humanos y materiales necesarios para satisfacer las necesidades de atención hospitalaria de la población andorrana, configurándose como hospital general básico del sistema sanitario de Andorra. Ejerce sus funciones de acuerdo con las directrices del SAAS y bajo la tutela y la supervisión del MSBSF.

El Servicio de Atención Primaria incluye los Centros de Salud, los Centros de Atención Primaria, la Atención Domiciliaria, el Programa Materno-infantil y el Programa de Oxigenoterapia a domicilio.

La Caja Andorrana de Seguridad Social es una entidad paraestatal que asegura la gestión administrativa, técnica y financiera del sistema andorrano de Seguridad Social, bajo el control del Gobierno.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 La Ley General de Sanidad (LGS), de 20 de marzo de 1989, en su capítulo tercero regula la higiene laboral¹.

¹ Ley General de Sanidad. BOPA n.º.6, del 10 de abril de 1989, arts. 26, 27, 28, 29, 30, 31.

Durante los años 1983 a 1985 se aprobaron diversas leyes sobre las enfermedades infecto-contagiosas de declaración obligatoria, sobre los alimentos y los productos alimentarios, refrigerados, congelados y ultra congelados, sobre los residuos sólidos, sobre la protección del consumidor y sobre la contaminación atmosférica y los ruidos.

En lo que se refiere a las aguas potables, la LGS, la Ley de Policía y Protección de las Aguas de 31 de julio de 1985 y el Reglamento técnico sanitario para el suministro y el control de la calidad del agua destinada al consumo humano, elaborado por el MSBSF, son las bases legales con las que se persigue un control exhaustivo de la salubridad del agua en el Principado, que es considerada de elevada calidad.

3.2 a) Respecto a *enfermedades epidémicas*, el área de protección, promoción y planificación sanitaria, que depende directamente del MSBSF, tiene como objetivo general: velar y mejorar la salud de la población residente en el Principado; diseñar y desenvolver estrategias de prevención y control de enfermedades, y la protección y promoción de la salud. Mediante el Sistema Nacional de Vigilancia de la salud pública se identifican los principales problemas de salud, se optimiza su capacidad de respuesta y se aportan los conocimientos adecuados para tomar las decisiones en salud pública.

El Sistema Nacional de Vigilancia se organiza a su vez en cuatro subsistemas: vigilancia de enfermedades transmisibles, alerta y respuesta rápida, vigilancia de programas y vigilancia ambiental:

i) El subsistema para la vigilancia de enfermedades transmisibles es de base individual, sistemático, continuo y exhaustivo para el control de la enfermedad infecciosa en la población. Las fuentes (médicos, hospital, clínicas) tienen la obligación de notificar los casos o datos. El objetivo es controlar la enfermedad infecciosa mediante la captación oportuna de los casos sospechosos y probables existentes, y de sus brotes epidémicos, mediante diversos programas en funcionamiento: enfermedades de declaración numérica, de declaración nominal, de prevención y control de la tuberculosis, de vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles, de la gripe, de vigilancia de la poliomielitis, de infecciones tóxico alimenticias, *lesionelosis*, de enfermedades de transmisión sexual y HIV/SIDA. Cada año se realizan campañas de vacunación contra la gripe destinadas a personas mayores o grupos de riesgo, como por ejemplo el personal sanitario o personas con enfermedades crónicas, consideradas de riesgo, que puedan agudizarse y presentar otras complicaciones. En todas las campañas que se realizan se utilizan los medios de comunicación existentes en el país para su mayor difusión y conocimiento.

ii) El subsistema para la alerta y la respuesta rápida se encarga de notificar los síndromes, enfermedades y otros incidentes que representen un riesgo potencial de propagación y que requieren la rapidez en la comunicación y en la respuesta. Su objetivo es obtener la información oportuna y útil sobre problemas agudos de salud de la población residente y de turistas para detectar, investigar y controlar brotes y *cluters*, garantizando una intervención rápida.

iii) El subsistema de vigilancia de programas está orientado a la vigilancia de la efectividad de los programas de control, como por ejemplo la valoración del impacto de los programas de intervención o la evaluación de las medidas preventivas. Existen varios programas en funcionamiento, como el de las enfermedades inmunoprevenibles, el programa de vacunas, el de enfermedades relacionadas con el uso del agua y los programas de control de la calidad del agua. Otros están en fase de

desarrollo, como el de monitorización del programa de prevención del cáncer de mama y la medida de su efectividad, o también el de monitorización de patologías crónicas.

iv) Finalmente, el subsistema de vigilancia ambiental se encarga de vigilar los efectos de las condiciones adversas de la calidad ambiental sobre la salud de la población, con los objetivos de monitorizar las condiciones ambientales y reducir sus efectos adversos. Existe un programa, que se encuentra en desarrollo, que se encargará de monitorizar los problemas de salud relacionados con la calidad del aire.

b) Respecto a las *conductas adictivas* de la población, recientemente se ha creado la Unidad de Conductas Adictivas que realiza un seguimiento y trata las distintas adicciones de los pacientes que acuden, ya sea por problemas de alcoholismo, tabaquismo o de drogadicción. Por su lado, el Cuerpo de Policía de Andorra tiene en funcionamiento un departamento dedicado a la prevención del consumo de drogas, con la intención de dar soporte y ayuda a todas las personas implicadas en el mundo de las drogas. Se prioriza la lucha por la prevención, relacionada con estupeficientes, pero también se cuenta con la colaboración y la sensibilización de otros organismos y personas, como por ejemplo los padres, profesores, médicos, personal sanitario, sociólogos, etc., dado su importante papel en la identificación, el tratamiento y la rehabilitación de la drogodependencia.

4. DERECHOS

4.1 Para el cumplimiento de su misión, la Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS) cuenta con personalidad jurídica propia, con plenitud de derechos y obligaciones que le son inherentes.

Las coberturas para los afiliados a la CASS son del 75% en caso de enfermedad, el 90% por hospitalización, 100% por accidente de trabajo, 100% por protección maternal y 100% del precio efectuado en el caso de parto. En el caso de paro del trabajo por enfermedad, el pago que se efectúa es del 50% del salario, a partir del cuarto día durante los 27 días siguientes, y del 66,6% los días posteriores. En el caso de paro del trabajo por accidente de trabajo, el pago es del 50% durante los 30 primeros días y del 66,6% los días siguientes, y en el caso de paro de trabajo por maternidad, es del 90%.

Los asegurados asalariados tienen derecho al reembolso de prestaciones de enfermedad y maternidad, y de prestaciones de paro de trabajo por esos conceptos y a consecuencia de un accidente de trabajo. Los asegurados no asalariados tienen derecho al reembolso de prestaciones de enfermedad y maternidad, y como consecuencia de un accidente de trabajo. Los asegurados pensionistas tienen derecho al reembolso de prestaciones por enfermedad durante todo el período de percepción de las pensiones. Existen varias clases de pensiones: de vejez, de viudedad, de orfandad, de ascendentes y de invalidez. Finalmente, en el caso de los beneficiarios de asegurados, éstos gozan de los derechos de reembolso de prestaciones de enfermedad o maternidad condicionados a los derechos del asegurado correspondiente.

En el Principado existe la libre elección de médico, cualquier paciente puede elegir al profesional sanitario que desee y se puede considerar que existe un trato digno hacia los usuarios del sistema.

4.2 Mediante varios decretos y reglamentos se regulan los centros farmacéuticos y la venta y consumo de medicamentos. El Decreto del Parlamento, de 4 de octubre de 1977, aprobó el Reglamento de Medicamentos y el Reglamento de Farmacias, y el 13 de julio de 1978 se aprobó el Reglamento de las Substancias Médicas y Peligrosas.

Con el Decreto de 30 de diciembre de 1998 se establecieron los nuevos períodos de prescripción y control de los medicamentos estupefacientes de la tabla B² y, finalmente, el Decreto de 9 de abril de 2003 reguló el tratamiento de sustitución con metadona para personas dependientes de opiáceos en el Principado de Andorra³.

Desde el área de Farmacia, Productos y Establecimientos sanitarios, dependiente del MSBSF, se procede al control de los medicamentos que se comercializan en el país, se realiza la inspección farmacéutica de los mismos y se estudian las estrategias necesarias para promocionar el uso correcto de los medicamentos.

Los medicamentos que son prescritos mediante receta médica son abonados primeramente por los pacientes, y posteriormente reembolsados por la Seguridad Social Andorrana en un 75% del valor por enfermedad y el 100% en caso de accidente laboral.

4.3 Cualquier paciente puede acceder a toda la información sanitaria que precise, incluso de carácter administrativo, como el diagnóstico del paciente, siempre y cuando él mismo esté implicado. Los pacientes tienen derecho a la pertinente confidencialidad de la patología tratada o expediente sanitario, y la eutanasia está penada como homicidio consentido y será castigada con pena de prisión desde tres meses a tres años.

5. GARANTÍAS

5.1 a) El CP⁴ tipifica el delito de lesiones por imprudencia grave y lo castiga con la pena de hasta un año de prisión o multa, hasta de 45.000 euros o con una pena de arresto o multa hasta de 18.000 euros, en función de la gravedad de las lesiones. En el caso de que las lesiones se hayan cometido por imprudencia profesional, se impondrá además la pena de inhabilitación para el ejercicio de la profesión o el oficio hasta tres o cinco años, dependiendo de la gravedad de dichas lesiones.

b) El delito de omisión del deber de socorro está tipificado en el título V, libro segundo del CP, que castiga con pena de arresto «a quien, sin riesgo para él u otro, se abstenga de prestar socorro, mediante un acto personal o pidiendo la intervención de terceros, a una tercera persona expuesta a un peligro manifiesto y grave para la vida o la integridad física» (art. 131.1), y castiga con la pena de dos años de prisión, como máximo, al autor del delito «cuando el peligro es por un accidente causado fortuitamente» (art. 131.2). Con la pena de tres meses a tres años «cuando el accidente es debido a la imprudencia del autor» (art. 131.3) y el CP puede imponer, además de la pena que corresponda, la de inhabilitación para el ejercicio del

² Tipos de medicamentos y duración del tratamiento que aparecen en la tabla B. *BOPA* 1, año 11.

³ *BOPA* 32, año 15.

⁴ Ley 9/2005, de 21 de febrero, del Código Penal.

oficio o el cargo hasta seis años, «en los casos en que el autor de la infracción sea una persona obligada por su profesión a prestar socorro a terceros» (art. 131.4).

c) Los delitos contra la salud pública se encuentran en el título XV, libro segundo del CP. El capítulo primero está dedicado a los delitos contra la salud de los consumidores y el capítulo segundo a los delitos relativos al tráfico ilegal de drogas tóxicas.

d) Los derechos de los trabajadores están protegidos en el título XIII, libro segundo del CP. Éste hace referencia a las condiciones degradantes o peligrosas de trabajo; vela por la salud de los trabajadores; castiga a quien impone, con abuso de vulnerabilidad o necesidad, condiciones de trabajo incompatibles con la dignidad humana o peligrosas para la salud, e impone una pena de prisión hasta dos años y de inhabilitación para el ejercicio del oficio o el cargo hasta seis años. En el caso de que los trabajadores sean menores, las penas se imponen en su mitad superior (art. 249). El CP hace referencia a la omisión de medidas de seguridad en el trabajo, y castiga a quien no suministre los medios necesarios para que los trabajadores desarrollen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de manera que se pueda poner en peligro grave la vida, la salud o la integridad física de éstos. La pena es la prisión hasta dos años o multa de hasta 30.000 euros, así como la inhabilitación para el ejercicio del oficio o cargo hasta seis años (art. 251). Finalmente, el CP castiga el tráfico de personas para su explotación laboral, y sanciona con pena de prisión de dos a cinco años y multa de hasta 180.000 euros a quien realice esta conducta, concurriendo una serie de circunstancias como poner en peligro la vida de la víctima o generar un riesgo grave para la salud o su integridad física (art. 252).

5.2 En el SAAS existe el Departamento del Usuario, cuya misión es la de recibir y tramitar las quejas de los ciudadanos. Su actividad consiste en gestionar la atención del usuario desde un concepto total de la atención y en permanente contacto con él. Este servicio tramita las reclamaciones que recibe y las traslada a la Dirección General, donde son gestionadas. Primero se registra la queja y se inicia un dossier. Seguidamente se dirige una carta solicitando información a los responsables del servicio implicado, con la que se adjunta la queja. Una vez la Dirección General dispone de la información, evalúa los hechos y envía una carta de respuesta al usuario cerrando el dossier. Así mismo, todo ciudadano puede presentar su queja al Colegio de Médicos del Principado, el cual valora y efectúa un seguimiento de las actuaciones de los médicos.

No existe la figura del Defensor del paciente, aunque el *Raonador del Ciutadà* admite a trámite los casos que tienen relación directa con las instituciones sanitarias públicas.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Referente a la asistencia al embarazo y parto, una vez se ha notificado el estado de embarazo a la Seguridad Social, la embarazada tiene derecho a cuatro controles prenatales gratuitos en los que se realizan diversos actos, como visitas y analíticas gratuitas.

Para que sean cubiertos por la Seguridad Social todos los controles que se efectúan, éstos tienen que ser realizados por médicos o centros de análisis legalmente au-

torizados para ejercer en el territorio andorrano. Cualquier acto no previsto en estos cuatro controles tendrá que ser abonado por el asegurado, y la Seguridad Social reembolsará el gasto de acuerdo con sus tarifas de responsabilidad. En el caso de interrupción del embarazo, el asegurado deberá notificar a la Seguridad Social para poder finalizar la declaración de maternidad. La embarazada puede elegir libremente el profesional que se encargará de controlar el embarazo y asistir el parto.

El aborto está penado en Andorra. El aborto no consentido será castigado con pena de prisión de cuatro a diez años e inhabilitación para ejercer cualquier profesión sanitaria, hasta diez años. El aborto consentido será castigado con pena de prisión de tres meses a cuatro años e inhabilitación para ejercer cualquier profesión sanitaria, hasta un periodo de cinco años. La mujer que produzca su aborto o lo consienta será castigada con pena de arresto. El aborto por imprudencia será castigado a quien lo provoque con una pena de arresto o una multa de hasta 30.000 euros. Cuando el aborto se produzca por imprudencia profesional, se impondrá además la inhabilitación para ejercer la profesión u oficio hasta tres años⁵.

6.2 Durante el año 2006 se elaboró una encuesta en la que se refleja la salud de los niños y niñas del Principado. El 90% de niños y niñas de entre 0 y 16 años presentan una buena salud. De los datos obtenidos se evidencia el aumento de enfermedades emergentes, como el asma, que va ligada a la detección de enfermedades respiratorias entre la población infantil. Otro dato a destacar es que el 5,4% de la población infantil sufre algún tipo de restricción permanente en su actividad. La tasa de mortalidad infantil es muy baja⁶. En Andorra los niños están cubiertos por la Seguridad Social, como beneficiarios de sus representantes legales, hasta la edad de 18 años. Este margen de edad se amplía a los 25 años en los casos en que las personas continúen efectuando estudios.

Mediante el Servicio de Salud Escolar se procede a un examen y control exhaustivo de la salud de los niños, así como a la vacunación gratuita.

Existen programas específicos para la atención de niños con trastornos de conducta alimenticia, de hiperactividad o déficit de atención, salud buco-dental, etc. Así mismo se han iniciado diferentes programas destinados a menores y jóvenes referentes al SIDA, a las drogas⁷, el consumo de alcohol⁸ y de tabaco.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 La Escuela Especializada Nuestra Señora de Meritxell es el centro encargado de las personas discapacitadas. La Comisión Técnica de Discapacitados es la que se encarga, mediante un Reglamento de funcionamiento, de la aprobación de las solicitudes de prestaciones para las personas discapacitadas y del acceso a los programas que ofrece este centro. A partir de los 18 años se pueden beneficiar de una pensión de invalidez, que comporta además la afiliación a la CASS. En los casos en los que la persona no tenga acceso a dicha pensión, se le aumentan las coberturas sa-

⁵ Ley 9/2005 del 21 de febrero, calificada del Código Penal, arts. 107, 108 y 109.

⁶ En el año 1997 fue del 0%.

⁷ Creación del Plan Nacional contra las Drogodependencias (PND).

⁸ Prohibido en establecimientos públicos a los menores de 16 años.

nitarias y, si presenta un certificado de escolaridad, también hasta los 25 años. Si por diversas cuestiones hay personas o niños que no tienen cobertura sanitaria, se les ofrece de forma gratuita.

El Servicio de Salud Mental es el encargado de atender la discapacidad mental. Cada vez con más frecuencia este tipo de enfermedades afectan a pacientes de todas las edades, desde niños a personas de la tercera edad, los cuales son asistidos en la Consulta Externa del Centro de Salud Mental. Nuevos recursos terapéuticos han sido iniciados, haciendo especial mención a las técnicas en grupo, de demostrada utilidad, y siempre atendiendo a las necesidades detectadas.

El Programa de Pisos se ha ido desarrollando plenamente. Su éxito muestra cómo la integración comunitaria de los pacientes con trastornos mentales graves es una realidad modélica que permite superar visiones estigmatizadoras, impropias de una sociedad moderna.

Los programas de formación, docencia y búsqueda, que se consideran básicos en su actividad, han ido creciendo, así como las diferentes instancias de colaboración con diferentes organismos tanto nacionales como internacionales.

Se ha producido un incremento de la actividad asistencial de los Servicios de Salud Mental perceptible en diferentes aspectos. En el año 2004 se produjo un aumento del 20% de ingresos, debido a las mejoras asistenciales realizadas en estos servicios.

Referente a las personas con discapacidad, se desarrolla el Programa de Integración en el ocio-INTEGRA, así como el Proyecto de Información y Sensibilización Social, el Convenio de colaboración en programas y servicios destinados a personas con discapacidades con el Patronato de la Escuela Especializada de Nuestra Señora de Meritxell, el Programa de soporte a la integración escolar con necesidades educativas graves y permanentes, además de colaborar con organismos internacionales en materia de discapacitados.

7.2 La reproducción asistida se realiza en centros de países vecinos que tienen convenio con la Seguridad Social andorrana.

7.3 Las personas mayores constituyen un grupo de riesgo elevado de padecer los efectos negativos de los medicamentos, que viene determinado por diversos factores:

a) Polimedición: la estadística de un estudio de prescripción de medicamentos, de de 1999, confirma esta polimedición, ya que la población de más de 65 años tiene una media de cinco medicamentos prescritos y un máximo de 18.

b) Automedicación: a la larga lista de los medicamentos de prescripción que toma la tercera edad, hay que sumar los de automedicación, como los laxantes y analgésicos. La encuesta de salud de Andorra del año 2002 pone de manifiesto que un número elevado de personas de la tercera edad se automedica, concretamente un 31% de hombres y un 38% de mujeres, y que, sobre todo, toman analgésicos.

c) Modificaciones en la farmacocinética⁹ y en la farmacodinámica¹⁰: el envejecimiento produce una serie de modificaciones en el organismo, de manera que la tercera edad no responde de igual modo a los medicamentos que los otros grupos de edades.

d) Incorrecta aplicación del tratamiento: las prescripciones de medicamentos complicados, los problemas de visión, los problemas cognitivos o de movilidad, el aislamiento social, etc., dificultan que los tratamientos se tomen de forma adecuada.

⁹ Absorción, distribución, metabolismo y eliminación de los medicamentos.

¹⁰ Variaciones en el número de receptores o en el efecto producido en los receptores.

e) Prescripción inadecuada: diversos estudios han puesto de manifiesto una elevada prevalencia en el uso inadecuado de fármacos en la tercera edad, considerando como inadecuada la prescripción de medicamentos ineficaces o con un perfil de toxicidad inaceptable o con alternativas más seguras. También hay que tener en cuenta que en Andorra los pacientes pueden visitar diferentes médicos, incluso por la misma patología, y esto puede facilitar que se produzcan duplicaciones en los tratamientos.

f) Falta de estudios en la tercera edad: los ensayos clínicos previos a la comercialización de un medicamento no se realizan normalmente en los ancianos; por ello no se dispone de estudios específicos en este grupo de población.

En Andorra se ha creado el Programa de Medicamentos y Tercera Edad, planteado como un programa de uso racional del medicamento destinado a la tercera edad. Sus objetivos generales son: obtener el máximo beneficio de los medicamentos para mantener o incrementar los años y la calidad de vida; evitar el sufrimiento innecesario ocasionado por el consumo de medicamentos excesivo, inapropiado o inadecuado; mejorar la prescripción de medicamentos en la tercera edad, incidiendo en los medicamentos más claramente aplicados en efectos adversos e interacciones; disminuir la automedicación y mejorar el cumplimiento de los tratamientos. Las actividades de este programa, previstas para el 2005, están destinadas a informar sobre los medicamentos en la tercera edad, tanto para los profesionales sanitarios como para los pacientes.

El Área de Atención Social Especializada, que depende de la Secretaría de Estado de Bienestar del MSBSF, se encarga del Programa de la Tercera Edad y Participación Social destinado a las personas de más de 65 años. Dicho programa tiene como misión potenciar la tercera edad en la vida social, cultural y económica del país, y ofrecer a la sociedad en general una imagen activa a través de diferentes actividades en las que participan. Así mismo, pretende establecer relaciones entre la tercera edad de las diferentes parroquias¹¹, así como el desarrollo de hábitos saludables.

Se ofrecen varios servicios, como la promoción de la *Tarja Magna*¹², o Fiesta Magna, organización de la muestra de arte de manualidades de la tercera edad, organización de los juegos socioculturales y deportivos del Mediterráneo y colaboración en la organización de encuentros deportivos de residencias. Así mismo, el programa cuenta con un educador social.

7.4 En Andorra no se realizan trasplantes. Los afectados son desplazados a centros de otros países, principalmente a España y Francia, según los convenios efectuados por la Seguridad Social andorrana, en materia de asistencia sanitaria.

7.5 Las urgencias médicas en Andorra presentan un correcto funcionamiento. Actúan siguiendo un protocolo de selección, según el grado de emergencia del paciente y, normalmente, la asistencia médica es muy rápida.

El sistema de selección estructurado de urgencias permite estrategias de derivación de pacientes desde los servicios de urgencias hospitalarios a la atención prima-

¹¹ La parroquia es la división territorial andorrana. Andorra se divide en siete demarcaciones, parroquias o comunes.

¹² Tarjeta que se ofrece a los residentes del país cuando llegan a la jubilación y mediante la cual éstos obtienen diversas ventajas económicas.

ria de salud. El objetivo es estimar el porcentaje de potenciales pacientes que pueden ser derivados desde urgencias hospitalarias y describir sus características clínicas.

El método que se practica es el de analizar los pacientes con baja urgencia (niveles IV y V de selección) y baja complejidad (pacientes dados de alta desde urgencias), clasificados mediante el *Model Andorrà de Triage*.

Durante el año 2003 se estimó la proporción de pacientes que potencialmente se podían derivar según tres modelos de atención primaria. Los resultados obtenidos fueron que de los 25.319 pacientes incluidos, un 5,63% podría ser derivado, según el modelo A (sin atención continuada ni posibilidad de realizar exploraciones complementarias); un 75,22%, según el modelo B (con atención continuada y posibilidad de realizar exploraciones complementarias), y un 33,36% según el modelo C (con atención continuada y sin posibilidad de realizar exploraciones complementarias). El 81,04% de los pacientes que se podían derivar, según el modelo C, se clasificaron en siete categorías sintomáticas: lesiones y traumatismos, inflamación/fiebre, pediátricas, infección/alteración rinolaringológica, síntomas oculares, dolor y alergia/reacciones cutáneas. Del análisis de la casuística, basado en el nivel de urgencia de los pacientes y el criterio de alta, se permitía estimar la proporción de pacientes potencialmente que se podían derivar. El análisis de su perfil clínico puede ser útil para establecer protocolos de derivación.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La Comisión Interministerial del Programa de Prevención y Control del SIDA (CIPPCS) depende directamente del MSBSF y tiene como funciones: coordinar las actuaciones de educación sanitaria que se deriven del Programa; acordar acciones preventivas de forma conjunta con los ministerios, los organismos y las entidades, y realizar actos o acciones puntuales de carácter educativo y preventivo conjuntamente con otras entidades.

La CIPPCS está formada por dos representantes del MSBSF, un miembro del Servicio de Planificación, Promoción y Educación de la Salud, y el director del Programa del SIDA. También está compuesta por un representante del Ministerio de Asuntos Sociales y Cultura, un representante del Ministerio de Educación, Juventud y Deportes, un representante de la Cruz Roja Andorrana, un representante del Servicio de Policía y el director del Centro Penitenciario. De manera puntual, y cuando se estima necesario para el logro de los objetivos de la Comisión, pueden integrarse personas que pertenezcan a otras entidades y organismos.

El MSBSF ha realizado campañas informativas como «El SIDA y Tú. El SIDA es una enfermedad que tú puedes prevenir».

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.govern.ad>

<http://www.bopa.ad>

<http://www.policia.ad>

<http://www.consell.ad>

2. ARGENTINA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Salud mental. 7.2 Reproducción asistida. 7.3 Dependencia y atención socio-sanitaria. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 El derecho a la salud, en el marco constitucional argentino, aparece a partir de la reforma de 1994. Hasta ese momento no existía texto alguno, con jerarquía constitucional, que consagrara, explícitamente, el derecho a la salud. El nuevo artículo 42 de la Constitución Nacional (CN) dispuso la protección de la salud, aunque lo hizo en el contexto particular de la «relación de consumo». El artículo 75.22 de la CN otorgó jerarquía constitucional al Pacto Internacional de Derechos, Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), el cual contempla el derecho a la salud con un contenido y alcance más específico, refiriendo las obligaciones asumidas por el Estado (art.12.c PIDESC). En un sentido similar lo hace la Convención Americana sobre Derechos Humanos, CADH (art. 4.1 y 4.5) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, PIDCP (art. 5 y 6).

Es a partir de esa reforma constitucional de 1994 que la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) reconoce un tratamiento prefe-

* **Abreviaturas:** ANLIS = Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud «Dr. Carlos Malbrán»; AFIP = Administración Federal de Ingresos Públicos; ANMAT = Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica; APE = Administración de Programas Especiales; CADH = Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica); CN = Constitución Nacional; COFESA = Consejo Federal de Salud; CSJN = Corte Suprema de Justicia de la Nación; INSSJP-PAMI = Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; INCUCAI = Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante; ITS = Enfermedades de Transmisión Sexual; MS = Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; OPS = Organización Panamericana de la Salud; PMO = Programa Médico Obligatorio; PMOE = Programa Médico Obligatorio de Emergencia; PIDESC = Pacto Internacional de Derechos, Económicos Sociales y Culturales; PIDCP = Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; PVVS = Personas viviendo con SIDA; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. SSSalud = Superintendencia de Servicios de Salud; (t.o.) = texto ordenado; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

rencial para el derecho a la salud respecto a dos cuestiones: a) la protección de la salud con relación al interés superior del niño¹, y b) la protección de la salud con relación a los enfermos de HIV². De este modo reconoce que no se trata de un derecho meramente teórico de base programática, sino que hace la realidad cotidiana y, en ese contexto, debe ser analizado y resuelto.

1.2 El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación es la autoridad sanitaria nacional. Debe asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros en todo lo inherente a la salud de la población y al medio ambiente, a la promoción de conductas saludables de la comunidad, a la preservación y protección de los recursos naturales y tender al desarrollo sustentable.

Dependen de esta cartera del Estado, con carácter de organismos descentralizados: la Superintendencia de Servicios de Salud (SSSalud)³; la Administración de Programas Especiales (APE)⁴; el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP-PAMI)⁵; el Instituto Nacional Central Coordinador Único de Ablación e Implante (INCUCAI)⁶; la Administración Nacio-

¹ La doctrina de los fallos «Policlínica Privada», «Campodónico de Beviaqcuca» y «Monteserrín» delinearón los siguientes principios rectores: (i) La salud de los niños merece tutela jurisdiccional preferencial; (ii) La protección de la salud implica preservar la vida ya sea prestando un tratamiento médico asistencial o suministrando los medicamentos necesarios, como también, mejorar la calidad de vida; (iii) Se reconoció legitimación activa amplia a un nosocomio para ocurrir ante un tribunal y peticionar la tutela del derecho a la salud de un niño; (iv) El gasto en salud es una inversión prioritaria; (v) Ante la exigibilidad del derecho no resultan oponibles razones de restricción presupuestaria o de incompetencia, dado que el Estado Federal está obligado tanto en el plano nacional como internacional; (vi) No se ha aplicado, en forma directa, ningún instrumento de interpretación internacional específico referente a las observaciones generales emitidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

² La doctrina de los fallos «Asociación Benghalensis», «Etcheverry» y «Hospital Británico» se ocuparon de delinear los siguientes principios: (i) La lucha contra el SIDA es de interés público; (ii) El Estado en materia de salud, específicamente HIV, posee amplia discrecionalidad para ejercer el poder de policía, sobre una base objetiva tendiente a promover el principio de solidaridad social; (iii) El Estado asumió las obligaciones positivas frente a la sociedad nacional e internacional de suministrar los medicamentos y tratamientos necesarios contra el HIV; (iv) La cobertura privada o social de salud adopta la figura en forma análoga del contrato de adhesión, por ende regido por la Ley de Protección al Consumidor 24240; (v) Las entidades privadas de medicina prepaga si bien presentan rasgos mercantiles, asumen un compromiso social que trasciende el mero plano negocial en razón de la actividad que despliegan; (vi) Ante la exigibilidad del derecho no resultan oponibles razones de restricción presupuestaria o de incompetencia, dado que el Estado Federal está obligado tanto en el plano nacional como internacional; (vii) La partida presupuestaria, si bien es un acto político, el estricto cumplimiento de las obligaciones jurídicas positivas son exigibles judicialmente; (viii) En la medida que se complementa el derecho internacional de los derechos humanos la reglamentación local del derecho a la salud cobra mayor operatividad; (ix) El poder judicial como órgano es el último resorte del Estado responsable del cumplimiento de las obligaciones positivas internacionales, en la medida que se asegure la plena vigencia y efectividad del «disfrute más amplio posible» en forma «progresiva».

³ La SSSalud regula el funcionamiento de las obras sociales que integran el subsector de la Seguridad Social y es autoridad de aplicación de las leyes 23660 y 23661/1989.

⁴ La APE tiene a su cargo la asistencia económica de las obras sociales en lo que atañe a la cobertura de prácticas de alta complejidad.

⁵ El INSSJP, entidad a la que se conoce popularmente como PAMI (debido a un Plan que tuvo el Instituto), es la obra social que brinda cobertura médico-asistencial a los jubilados y pensionados del régimen ordinario de jubilaciones y pensiones, tal como lo prevé la ley 19032/1971 y sus modificatorias y normas concordantes.

⁶ El INCUCAI se encarga de los operativos de ablación e implante de órganos a nivel nacional, dicha actividad es regulada por la ley 24193/1993 y sus modificatorias y normas concordantes.

nal de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)⁷, y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud «Dr. Carlos Malbrán» (ANLIS)⁸.

A su vez, cada provincia cuenta con un organismo de similares características al nacional, y, según lo establecido en el artículo 121 de la CN, «las provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno federal». Al no ser la salud una de las materias delegadas en los términos que informa la CN, cada provincia sostiene su propio sistema de salud.

La relación entre la autoridad nacional y sus pares provinciales se verifica en el ámbito del Consejo Federal de Salud (COFESA), creado por Ley 22373/1981, cuya actividad, principalmente, se vincula con los problemas de salud comunes a todo el país.

1.3 Las políticas sanitarias están delineadas en el Compromiso Federal de Salud, suscrito, el 19 de diciembre de 2002, entre las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que forman parte del Acuerdo de la Mesa del Diálogo del Sector Salud, en la que participaron la Iglesia y demás cultos, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la OPS, entidades gremiales y sindicales, organizaciones de la sociedad civil, ONGs y otras vinculadas directamente al sector salud. Este ha demostrado ser el ámbito adecuado para la construcción de los consensos que permiten desarrollar y coordinar las políticas públicas de salud. Ello ha permitido recuperar la función rectora del MS, con la participación activa de los titulares de las carteras sanitarias provinciales y del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Se consideró imprescindible que la Nación, las Provincias y el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires propendan a asegurar la provisión y el acceso a los servicios de salud de toda la población.

En este sentido, el Plan Federal de Salud, que se desarrolla en el seno del COFESA, como ámbito adecuado para llevar adelante la tarea en cuestión, estableció los pilares fundamentales de la política sanitaria convenida a través del desarrollo de la Política Nacional de Medicamentos mediante la prescripción a través de la Denominación Común Internacional (DCI); la disminución de la mortalidad materno-infantil; los programas protegidos, es decir vacunas, medicamentos para HIV/SIDA, leche fortificada, bienes e insumos críticos; la prioridad de la prevención, promoción y educación para la salud; el fortalecimiento de la atención primaria, a través de los denominados Centros de Atención Primaria (CAP).

⁷ El ANMAT es el organismo del que dependen el Instituto Nacional de Alimentos, el Instituto Nacional de Medicamentos y el Instituto Nacional de Tecnología Médica, teniendo a su cargo cada uno de ellos la aprobación y demás procedimientos vinculados con la autorización para importar, elaborar y comercializar los productos respectivos.

⁸ La ANLIS, es el organismo nacional del que dependen los Institutos y Laboratorios de Salud: Instituto Nacional de Epidemiología; Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas; Instituto Nacional de Parasitología; Instituto Nacional de Producción de Biológicos; Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemo-Epidemias; Centro Nacional de Investigaciones Nutricionales; Centro Nacional de Control de Calidad de Biológicos; Centro Nacional de Genética Médica y Centro Nacional de Red de Laboratorios.

Entre los logros del Plan figura la Política Nacional de Medicamentos⁹, la política de prescripción por nombre genérico (Programa Remediar) y la Lucha contra los retrovirus del VIH/SIDA/ITS.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 El sistema sanitario argentino está estructurado en tres subsectores que presentan características propias como son: el Público, el de las Obras Sociales y el Privado. El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MS) es la autoridad sanitaria nacional y el organismo encargado de generar las políticas respectivas para todo el sector salud.

a) El subsector Público encuentra como referente al «hospital público» que brinda asistencia a quienes carecen de cobertura, además de erigirse en prestador de las Obras Sociales, con el propósito de gestionar recursos y obtener el pago de los servicios que brindan a sus beneficiarios. Es así que la llamada «autogestión hospitalaria» permitió perseguir el cobro de los servicios que el hospital brinda a los beneficiarios de las Obras Sociales, así como requerir el pago a aquellos usuarios que pueden afrontarlo, brindando atención gratuita sólo a las personas sin recursos, previa evaluación que realizan los servicios sociales de esos establecimientos.

b) Las «Obras Sociales», desde que se reguló el sistema con la Ley 18610/1970¹⁰ y demás normas concordantes, han sido las que proveen cobertura médico-asistencial a los trabajadores bajo relación de dependencia. Se trata del subsector de la Seguridad Social.

c) Por último, se produjo la aparición de las denominadas «empresas prestadoras de servicios de medicina prepaga», que conforman el subsector Privado. Es de mencionar que el inconveniente de este subsector es que carece de un marco regulatorio específico. La incorporación de los usuarios para obtener los servicios respectivos se produce mediante la suscripción de un contrato de adhesión, que debe garantizar como mínimo las prestaciones previstas en el Programa Médico Obligatorio PMO.

2.2 En cuanto a la participación ciudadana, es la reforma constitucional de 1994, ya mencionada, la que brinda mecanismos para permitir que toda persona pueda

⁹ La política de prescripción de medicamentos por nombre genérico permitió: Que más de 3 millones de argentinos que antes no podían comprar los medicamentos puedan hacerlo; Que los argentinos ahorrasen 1.200.000.000 \$ durante 2002 en función de la ley de prescripción; Que en 15 meses se lograra consignar el nombre genérico en el 71% de las recetas prescriptas; Que se informara a la población sobre su derecho a elegir el medicamento más conveniente, a partir de campañas de difusión. La continuidad y el fortalecimiento del Programa REMEDIAR permitió: Que 15 millones de personas que no tenían acceso a los medicamentos los recibieran gratuitamente; Que el Estado ahorre aproximadamente 800.000.000 \$ anuales en medicamentos debido a la compra centralizada; Que se brindaran gratuitamente más de 29,5 millones de tratamientos. En cuanto al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano VIH/SIDA y ETS, permitió: Que se entregaran 44.393.034 unidades de medicamentos (antirretrovirales y medicamentos para las enfermedades oportunistas) a las personas viviendo con VIH/SIDA bajo tratamiento; Que se distribuyeran 1.422.582 unidades de reactivos y 28.180 cargas virales; Que se distribuyeran a las provincias aproximadamente 98 millones de pesos, en medicamentos, reactivos y cargas virales.

¹⁰ Las que la sustituyeron o modificaron: leyes 22269, 23660 y 23661, y la llamada desregulación acaecida a partir del dictado del Decreto 9/1993.

intentar la defensa de sus derechos frente a todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares. El artículo 43 de la CN reconoce legitimación procesal al Defensor del Pueblo de la Nación, así como a las ONGs.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

La Atención Primaria en Salud (APS), implementada por la autoridad sanitaria nacional, implica el «cuidado de la salud», noción que tiene una connotación mucho más amplia e integral que la de «atención».

La Ley 31589/1944 fijó las atribuciones y deberes, en ese entonces, de la Dirección Nacional de Salud Pública¹¹, con el fin de promover y preservar la salud de los habitantes del país, asegurando la asistencia médico-social y tratamiento de las enfermedades¹². La ley 15465/1960 se ocupó del régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria, precisando quiénes están obligados a realizarla, y la Ley 22964/1983 legisló sobre el control y tratamiento de la lepra. Argentina cuenta con un calendario nacional de vacunación que comprende la inmunización de los recién nacidos y los niños de hasta 16 años.

También cuenta con otros programas a cargo del MS; entre éstos figura el Programa Nacional de Control del Tabaco, cuya difusión se realiza a través de medios gráficos, radiales, televisivos y mediante promociones, particularmente, por medio de eventos deportivos organizados bajo el lema: «Deporte sin tabaco», en 2002 durante el Mundial de Voley, y entre 2004 y 2006 en las playas de la costa Argentina. Se promociona, asimismo, un registro para «empresas libres de humo» y concursos como «Abandone y gane».

Por otra parte, con la Ley 24788/1997 de Lucha contra el Alcoholismo se prohibió la venta, en todo el territorio nacional, de bebidas alcohólicas a menores de 18 años de edad¹³.

4. DERECHOS

4.1 a) *Universalidad*. El nivel de cobertura ha sido, discrecionalmente, establecido por el Estado Argentino, para lo cual ha formulado y ejecutado políticas públicas dictadas en la materia a través del Decreto 1269/1992, luego derogado y sustituido por el Decreto 455/2000 que determina el Marco Estratégico Político para la Salud de los Argentinos. La población total asciende a 36.260.130 habitantes¹⁴; de ellos, el 48,1% carece de cobertura de todo tipo.

b) *Accesibilidad*. La asistencia sanitaria gratuita se brinda a través del subsector público por medio de los «hospitales públicos» en las condiciones antes expli-

¹¹ Se trata del actual Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

¹² Entre otras facultades atribuye a la Dirección la posibilidad de ordenar el examen preventivo de los sospechosos de enfermedades transmisibles o contagiosas, el tratamiento de las personas afectadas, por las mismas y las vacunaciones necesarias al efecto.

¹³ La graduación alcohólica prevista por la norma quedó modificada por las normas del MERCOSUR.

¹⁴ Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

cadás (§ 2.1, a), sin distinción de nacionalidad. Por su parte, quienes cotizan son aquellos que se incorporan a las «Obras Sociales» en razón de su desempeño laboral bajo relación de dependencia y los que se adhieren a las empresas de medicina prepagada (§ 2.1 b y c). Las diferencias que existen en cuanto a la proximidad de los centros sanitarios, van en relación directa con la extensión territorial. Las provincias son territorios más o menos extensos, con diversos climas y diferentes realidades en cuanto a densidad poblacional y nivel de vida, lo que implica también la realización de distintas actividades laborales; en función de ello no podemos referir un esquema homogéneo. Así, la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 33 hospitales públicos que dependen del Gobierno de la Ciudad, dedicados a distintas especialidades y contando con importantes recursos dadas las posibilidades de recaudación con que cuenta esta jurisdicción.

c) *Extensión.* Las prestaciones que brinda el hospital público a los usuarios sin recursos son todas las que tiene a disposición el establecimiento. A los beneficiarios de las obras sociales y las empresas prepagadas se les debe otorgar las prestaciones contenidas en el PMO¹⁵.

d) *Calidad.* La elección del médico es un derecho que el paciente ejerce con ciertos límites. Al referirse al sistema de salud argentino y sus subsistemas (público, de la Seguridad Social y privado), se presentan dos situaciones: En el primer caso, el paciente elige el profesional por el que desea ser atendido, obteniendo el reintegro (cuyo porcentaje habrá de variar según el plan que tenga), y, en el segundo, la elección la realiza en función de una lista predeterminada, por la entidad responsable, la que puede sufrir modificaciones, es decir altas y bajas de profesionales, que deben informarse a los pacientes para que éstos puedan realizar una nueva elección. El tratamiento digno del paciente se da en el contexto de la relación médico-paciente, ámbito en el que debe procurarse un trato respetuoso para quienes se sometan a las prácticas médicas, en un franco grado de asimetría. En particular, la Ley de Trasplante de Órganos, determina cómo debe tratar el médico a su paciente, en los claros términos que utiliza el artículo 25.c) de ese texto legal.

4.2 Con la Ley 25649/2002, y el Decreto 1855/2002 que la promulga, se estableció la Política Nacional de Medicamentos, mediante la que se promovió la prescripción de medicamentos por su nombre genérico. Ello dio lugar a la implementación de «Remediar», un programa consistente en la provisión gratuita de medicamentos ambulatorios a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud del país.

El acceso a los medicamentos en el país es disímil, teniendo en cuenta la dispersión territorial y los diferentes sistemas de salud que presenta cada jurisdicción. La población objetivo se calcula en unos 15.000.000 de personas bajo la línea de pobreza o que carecen de cobertura social, y ha tenido como propósito enfrentar la emergencia social y sanitaria.

La distribución a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud de todo el país comenzó en octubre del 2002, teniendo su financiación asegurada hasta finales de 2006 a través del préstamo OC-AR 1193 del Banco Interamericano de Desarrollo. En el ámbito del COFESA, se estableció un índice equitativo de distribución por provincia sobre el total de botiquines.

¹⁵ Vid. Resolución 1991/05, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En cuanto a la población que cuenta con obra social u otra clase de cobertura médico-asistencial, cabe indicar que el acceso a los medicamentos conlleva, en algunos supuestos, descuentos a partir del 40%, que es el porcentaje mínimo que prevé el PMO. En otras situaciones, como en el caso de tratamientos oncológicos, el descuento es del 100%, es decir el precio total se encuentra a cargo de la obra social y para el caso de enfermedades crónicas prevalentes, establecidas por la Autoridad Sanitaria Nacional, dentro del *vademecum* previsto, el descuento es del 70%.

En lo que respecta a la política de medicamentos, el Decreto 150/1992 previó la denominación genérica de los medicamentos que debía aparecer consignada visiblemente en el envase, conjuntamente con la marca comercial. Por su parte, el Decreto 486/2002, en función de la «emergencia sanitaria», faculta al MS para monitorear los precios de medicamentos frente a posibles alzas injustificadas o irrazonables. También le permite emitir normas tendientes a implementar el listado de medicamentos e insumos, los precios de referencia, la prescripción por el nombre genérico y la sustitución del medicamento recetado con marca registrada por otro que contenga los mismos principios y contemple un menor precio.

4.3 a) Derecho a la información. Las cuestiones atinentes a la información que debe darse a los pacientes se vincula estrechamente con el tratamiento que se da al «consentimiento», dado que es condición *sine qua non* brindar información adecuada y veraz, previa, tal como lo prevé la CN al referirse a los derechos del consumidor y del usuario (art. 42) para que el consentimiento sea válido, en tanto debe ser expresado con libertad, en función del principio de autonomía. La Ley 24198/1993, de Trasplante de Órganos, regula no sólo el consentimiento del paciente, sino las condiciones que debe reunir la información que se le brinda para que aquel se verifique.

b) Derecho a la intimidad y confidencialidad. El marco legal dado al secreto médico en Argentina comprende la Ley 17132/1967, que regula el ejercicio de la medicina y también el Código Penal, que establece penas de multa e inhabilitación especial a todo aquel que por su estado, oficio, profesión o empleo tuviera noticia de un hecho y lo revelare sin justa causa¹⁶.

¹⁶ Las situaciones que admiten ser calificadas como «justa causa» que ameriten que el obligado vulnere la confidencialidad, son aquellas que determinada legislación reconoce por razones de orden público, por ejemplo la lepra (Ley 11359) y peste (Ley 11843) extensiva al farmacéutico. Enfermedades infectocontagiosas, enfermedades transmisibles (Ley 12317), enfermedades venéreas en período de contagio (Leyes 12331 y 16668). SIDA (Ley 23798) que establece que un profesional que asista a un portador de HIV puede compartir información con otro profesional cuando sea necesario para su cuidado y tratamiento y tiene además el deber de denunciar los enfermos en estadio IV dentro de las 48 horas de confirmado el diagnóstico. Para evitar un mal mayor (art. 11, Ley 17132). Cuando el médico actúa como perito. Cuando el médico tratante es requerido por la Justicia para prestar declaración testimonial. Sin perjuicio de ello en el fuero civil podrá negarse a responder cuando sea citado como testigo, siempre que para responder deba revelar el secreto que guarda, en este caso invocará el artículo 444 del Código de Procedimientos Civil y Comercial de la Nación. Denuncia de nacimientos y defunciones (Ley 14586, Decreto 8204/1963) dentro de los cinco días hábiles posteriores al evento, siempre que el médico o la partera haya visto con vida al recién nacido o haya asistido al difunto en su enfermedad. Excepciones: no pueden denunciar delitos de instancia privada (violación, estupro, abuso deshonesto, ultraje al pudor, delitos contra la integridad sexual) a menor que resultare la muerte de una persona o que hubiera sufrido lesiones gravísimas (art. 72, CP). Por el contrario, la denuncia es obligatoria, independientemente de la voluntad de la víctima, cuando se trate de menores o incapaces, cuando no haya representantes legales o se encuentren en situación de abandono, o ante la existencia de intereses gravemente contra-

c) *Regulación de la historia clínica.* Argentina cuenta con legislación vinculada con la historia clínica, así lo hacen: la Ley 17132/1967 y su reglamento aprobado por Decreto 6216/1967; la Resolución 648/1986, dictada por la Secretaría de Estado de Salud Pública, referida al plazo de conservación de las historias clínicas (estipulado en 15 años); la Resolución 310/2004, dictada por el Ministerio de Salud Pública de la provincia de Corrientes; la Ley 25326/2000, sobre la protección de datos personales; la Ley 25506/2001 de firma digital y otras normas específicas (Ley de Trasplante de Órganos). La historia clínica también se constituye en una prueba de máxima importancia en conflictos vinculados principalmente con la mala *praxis*, en tanto contiene el relato circunstanciado y pormenorizado, salvo excepciones, del padecimiento y enfermedad del paciente. En el supuesto de que se inserten datos irreales, haya omisiones, se incluyan hechos que no ocurrieron o que sucedieron en forma distinta de la indicada, tal conducta es constitutiva del delito de falsedad ideológica que el CP argentino tipifica en los artículos 292 y siguientes¹⁷. Por su parte, la voluntad del paciente debe registrarse en la historia clínica u otros registros con las formalidades que dispone el Decreto 208/2001, reglamentario de la Ley de Salud 153/1999 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

d) *Derecho al consentimiento.* Argentina no cuenta (salvo casos específicos) con una norma de carácter general que imponga el consentimiento informado. Sin embargo, algunas normas lo prevén concretamente. Así, la Ley 17132/1967, que regula el ejercicio de la medicina, establece el respeto de la voluntad del paciente, indicando que cuando se trata de operaciones mutilantes debe solicitarse su conformidad. La Constitución de la Provincia de Santa Fe también se ocupa y, por su parte, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionó la Ley Básica de Salud (153/1999), que establece concretamente el derecho de las personas a que se les solicite el consentimiento informado. El Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina requería la autorización formal y expresa (por escrito) del enfermo. También fueron incluidas en el proyecto de reforma del Código Civil dos disposiciones específicas al respecto. En este orden, la Ley de Trasplante de Órganos (24198/1993) contempla el requerimiento del correspondiente consentimiento, luego de brindar la información al respecto. La justicia argentina ha resguardado este derecho, en tanto lo ha considerado un derecho personalísimo que impone al profesional no sólo brindarle al paciente información adecuada y veraz respecto de la totalidad de las prácticas, sino también, y especialmente, respecto de los riesgos que asumirá en el caso de prestar su conformidad.

puestos entre el incapaz y su representante. El artículo 177 del Código de Procedimiento en lo Penal, impone la denuncia de los delitos de acción pública «...Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:...2. Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional...».

¹⁷ Como delito autónomo, se tipifica además el uso del documento falso adulterado (art. 296); es el caso de quien conociendo la falsedad de la historia clínica falsa o adulterada hace un uso específico de la misma para perjudicar los derechos del paciente. El artículo 298, del mismo Código Penal, establece la agravación de la pena cuando el delito fuere ejecutado por un funcionario público en abuso de funciones. Este artículo es importante, pues el médico, jefes de área y directores de hospitales públicos son funcionarios públicos.

5. GARANTÍAS

5.1 a) El CP argentino tipifica los denominados delitos de lesiones (Tít. I, Cap. II, arts. 89 a 94) y el de abandono de personas (Tít. I, Cap. VI, arts. 106 a 117).

b) También contempla los «delitos contra la salud pública» (Tít. VII, Cap. IV, arts. 200 a 208). Así, se establece una pena severa de reclusión o prisión (de tres a diez años) para quien envenenare o adulterare de un modo peligroso para la salud aguas potables, o sustancias alimenticias, o medicinales destinadas al uso público, o al consumo de una colectividad de personas (art. 200). El delito se agrava si se produce la muerte de alguna persona.

En lo que respecta al Derecho administrativo sancionador, observamos que la Ley 25326/2000 de Habeas Data, dispone a través del Capítulo I su objeto en orden a las previsiones constitucionales contenidas en el artículo 43 de la CN. El artículo 2 de la norma específica, califica como «datos sensibles» a aquellos vinculados con la salud, y el Capítulo VI, artículo 31, refiere las sanciones de orden administrativo de las que serán objeto los infractores.

En cuanto a la Ley 23798/1990, que declaró de interés nacional la problemática del SIDA, encontramos que los actos u omisiones que impliquen transgresiones a las normas de profilaxis serán consideradas «faltas administrativas» (art. 13) y establece cómo serán sancionados los infractores (art. 14). El Decreto 1244/1990, reglamentario de esta norma, crea el registro nacional de infractores, cuyos datos son tenidos en cuenta para la aplicación de las sanciones que correspondan (art. 15).

Las provincias cuentan con normas similares, entre las que mencionamos, la Provincia de Buenos Aires, la de Catamarca, la de Córdoba, la del Chaco, la de Entre Ríos, la de Formosa, la de Jujuy, la de La Pampa, la de La Rioja, la de Mendoza, la de Neuquén, la de Río Negro, la de Salta y la de San Juan¹⁸.

5.2 El MS está encargado de articular los mecanismos que hagan que las políticas implementadas mediante los distintos Planes y Programas (§ 1.3) nacionales sean debidamente cumplidos, debiendo seguir las instancias administrativas adecuadas para lograr este propósito.

5.3 La responsabilidad por daños, en el marco del derecho a la salud, se rige por las disposiciones del Derecho civil y del Derecho penal. En el caso del Derecho civil, el daño material se rige por las previsiones de los artículos 519, 1068 y 1069 del Código Civil; en cambio, si la lesión afecta al honor (daño moral o extrapatrimonial) se aplican las prescripciones de los artículos 522 y 1078 del Código Civil.

Existen situaciones específicamente previstas; es el caso de la Ley 22990/1983 sobre Sangre Humana, y el Decreto 375/1989 sobre regulación de las actividades relacionadas con la sangre humana, sus componentes, derivado y subproductos. En este sentido también revisten interés las normas de medicina transfusional¹⁹. Asimismo, la Ley 23798/1990, de lucha contra el SIDA y su Reglamento aprobado por

¹⁸ Las normas provinciales son las que a continuación se mencionan: Ley 7714; Ley 3904; Ley 1041; Ley 4451; Ley 1122; L5826; Ley 5714; Ley 1922; Ley 2393 y Anexo I al Decreto provincial 2288/1992; Ley 6600; Ley 5923 y Ley 6320, respectivamente.

¹⁹ Normas Técnicas y Administrativas para los Servicios de Hemoterapia e Inmunohematología y Bancos de Sangre, elaboradas por la Asociación Argentina de Hemoterapia e Inmunohematología, aprobadas por Resolución MS 702/1993.

Decreto 1244/1991 y normas concordantes, contienen las pautas y obligaciones a cumplir, las que serán tenidas en cuenta al momento de evaluar las responsabilidades de las distintas personas que pudieron tener relación con una transfusión que pudo provocar daños al paciente.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 El Consejo Nacional de la Mujer fue creado por el Decreto 1426/1992, pero los derechos de la mujer, en el ámbito constitucional argentino, fueron incorporados tras la reforma de 1994. Por Ley 23179/1985, se aprobó la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. En función de ello comenzaron a aprobarse normas que ampliaron los derechos reconocidos a las mujeres, tanto civiles, laborales como políticos. El dictado de normas específicas vinculadas puntualmente con la salud de la mujer, incluye, entre otras: la Ley 25273/2000, sobre la Creación del Sistema de Inasistencias justificadas por razones de gravidez; la Ley 25543/2001, sobre el test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada; la Ley 25584/2002, por la que se prohibió en establecimientos de educación pública acciones que impidan el inicio o continuidad del ciclo escolar a alumnas embarazadas o madres en período de lactancia, modificada por Ley 25808/2003. También es de destacar la Ley 25673/2002, por la que se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su Reglamento aprobado por Decreto 1282/2003.

Asimismo, el 28 de mayo de 2003, la Honorable Cámara de Diputados de la Nación aprobó una declaración de repudio a la medida cautelar interpuesta contra el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Dentro de esta misma temática, por Ley 25929/2004, se establecieron los Derechos de la Madre durante el embarazo, trabajo de parto y post-parto, los del recién nacido y los de los padres del recién nacido, en función de dicho acontecimiento.

En el marco del subsistema de la Seguridad Social, es decir de las Obras Sociales, el PMO contempla el Programa Materno Infantil que asegura la cobertura de la mujer durante el embarazo y el parto, a partir del momento del diagnóstico y hasta el primer mes después del nacimiento. En los programas de prevención de cánceres femeninos, fundamentalmente del cáncer de mama y de cuello uterino, se contemplan prácticas específicas²⁰.

6.2 El Honorable Congreso de la Nación sancionó la Ley 26061/2005, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta norma tiene por objeto establecer un sistema de protección para esta población, estableciendo sus derechos y garantizando su cumplimiento. Este texto legal fue reglamentado por el Decreto 415/2006, de 17 de abril de 2006, siguiendo los lineamientos de la Convención sobre los Derechos del Niño. Protege el derecho a la vida, destacando

²⁰ Para el cáncer de mama: mamografía anual para beneficiarias mayores de 49 años, o bien, menores de 49 años con antecedentes de cáncer de mama familiar o personal u otros factores de riesgo. Para la prevención del cáncer de cuello uterino establece la obligación de cubrir un examen anual de *Papanicolaou* en toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales o mayores de 18 años. Si los resultados son normales, la obligación de cobertura posterior será de un examen cada dos años.

que deben acceder a una buena calidad de vida, signada por el resguardo de su integridad física, sexual, psíquica y moral (arts. 8 y 9 de la Ley).

En cuanto al «derecho a la salud», prevé que los organismos de Estado deben garantizar su acceso a los servicios de salud (art. 14). En cuanto al reglamento aprobado por Decreto 415/2006, éste se ocupa de dar operatividad al artículo 14 del texto legal, precisando los mecanismos mediante los que debe concretarse la atención de la salud. El reglamento establece la participación de las autoridades que conforman el COFESA, instándolas a disponer las medidas o acciones necesarias para dar cumplimiento al modelo de políticas públicas involucradas en esta materia puntual. Es decir, que tanto la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como las provincias quedan vinculadas en los términos que informa la norma comentada. Otro de los planes organizado por la autoridad sanitaria nacional es el Plan Nacer.

6.3 El Estado argentino estableció las medidas que permiten hacer cesar los actos que pudieran menoscabar el ejercicio de los derechos y garantías fundamentales que reconoce la CN. La Ley 23592/1988 establece cuáles son los actos u omisiones discriminatorios: aquellos que se generen por motivos de raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos, y pone el acento en que se repare el daño moral o material al damnificado. Ese es el marco que nos señala no sólo las causas de discriminación, sino los sujetos que son objeto de la misma. En consecuencia, las minorías que han merecido especial atención son los migrantes, los indígenas de distintas etnias y las personas discapacitadas.

En cuanto a la situación de los migrantes, el censo nacional de 2001 estableció que 1.527.320 personas nacieron en el extranjero, lo que representa aproximadamente un 4,2% de la población total. La situación de los migrantes, particularmente los nacidos en los países limítrofes (aproximadamente un 2,5% de la población), preocupa al Estado, que dictó la Ley 25871/2004 de Migraciones y que, entre otros derechos, reconoce al inmigrante, establece obligaciones para que su ingreso y permanencia en el país sea regular, evita situaciones denigrantes y asegura el acceso a la protección y amparo de su salud (art. 6). El mismo cuerpo legal garantiza el acceso a la salud de los extranjeros, cualquiera fuese su situación migratoria (art. 8).

En cuanto a los indígenas, el Programa Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas (ANAHÍ), desarrollado por el MS, se enmarca en los lineamientos del Plan Federal de Salud, con los valores definidos por la OPS: equidad, excelencia, solidaridad, respeto e integralidad. El Programa reconoce que los pueblos indígenas constituyen minorías étnicas en situación de vulnerabilidad, motivo por el que intenta desarrollar acciones basadas en el respeto a la diversidad cultural en un espacio intercultural. Se encuentran bajo este Programa las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 En cuanto a las personas discapacitadas, la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) de 2001 precisa que el 7,1% de la población tiene alguna discapacidad (2.176.123 personas). Las discapacidades más frecuentes son motoras (39,5%), visuales (22%), auditivas (18%) y mentales (15,1%). Las personas discapacitadas pue-

den solicitar el certificado que acredita dicha condición que otorga el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad de la Nación, obteniéndose por ello los siguientes beneficios: transporte público gratuito; símbolo de acceso para el automóvil (logo) y exención del pago de patente automotor; trámite de asignaciones familiares y trámites ante las Obras Sociales.

La legislación que rige en la materia está dada por las leyes 22431/1981 y 24901/1997. Esta última prevé la cobertura total y obligatoria de las prestaciones básicas enunciadas por ese texto normativo. Los beneficiarios deben recibir las prestaciones incluidas que indiquen los profesionales médicos, que darán la orientación para servicios específicos de acuerdo con las dolencias que padezcan. En caso de factores de riesgo en el recién nacido, deben otorgarse prestaciones preventivas, extremado controles y exámenes complementarios

Las cuestiones atinentes a la salud mental han sido materia de tratamiento legislativo. En el ámbito nacional, el Poder Ejecutivo Nacional dictó la Resolución 245/1998, del registro del MS, por la que se estableció el Plan Nacional de Salud Mental; posteriormente, mediante la Ley 25421/2001, se creó el Programa de Asistencia Primaria de Salud Mental, cuya función consiste en propiciar y coordinar las acciones que se derivan de la aplicación de la Ley. El MS es el organismo de aplicación de la norma.

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se sancionó la Ley 448/2000, con el objeto de garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la ciudad. Por su parte, la Provincia de Santa Fe dictó la Ley 10772/91, también con el propósito de asegurar que quienes padezcan alteraciones mentales reciban tratamiento. La Provincia de Buenos Aires puede considerarse una de las pioneras en la materia, dado que la Ley 8388 data de 1973, aprobándose el Programa Provincial de Salud Mental y creando, con el fin de implementarlo, el Consejo Provincial de Salud Mental.

7.2 En los últimos años se ha extendido la posibilidad de acudir a distintos métodos de los denominados de «fertilización asistida». No se ha establecido un marco regulatorio relativo a esta temática y algunas entidades financiadoras han rehusado atender y han limitado las prácticas que correspondían al cursar el embarazo (parto, cuidados intensivos en los supuestos de partos múltiples, límite para los días de internamiento de los recién nacidos y otras).

7.3 Argentina experimenta un cambio demográfico significativo, el envejecimiento de su población es creciente²¹ en un territorio extenso y con diversidades étnicas y socioeconómicas. La oferta socio-sanitaria tradicional ha estado en manos del Estado, sin que ello haya sido garantía de eficiencia en la planificación de las acciones dirigidas a las personas mayores. Los recursos económicos, si bien no puede decirse que han sido siempre escasos, no parecen haberse manejado con la necesaria solvencia.

En este sentido, coexisten diversos regímenes jubilatorios y de pensiones de carácter contributivo, que se obtienen en función de los aportes realizados durante los años de actividad y hasta que se produce el retiro de la vida activa; y también no contributivo, que consisten en una prestación dineraria y social que se otorga por cues-

²¹ En el total de la población Argentina, las personas en edad avanzada (65 años y más) son el 9,9%.

tiones socioeconómicas. Tanto en uno como en otro caso, el sistema no destaca por brindar una atención eficiente. Sin embargo, para dar un ejemplo, no son pocos los recursos que administra la Obra Social para la tercera edad más grande de Latinoamérica, ya que el INSSJP/PAMI cuenta con una población cercana a los 3.000.000 de beneficiarios.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

El número estimado de personas viviendo con SIDA en la Argentina asciende a 130.000²². La respuesta nacional frente al VIH/SIDA se enmarca dentro del Plan Estratégico Nacional liderado por el MS. Las metas propuestas son cuatro: 1) disminuir la transmisión del VIH/SIDA promoviendo en la población el cuidado de la salud; 2) posibilitar el desarrollo integral de la persona viviendo con VIH/SIDA en la sociedad; 3) mejorar la posibilidad de estudios epidemiológicos en cada una de las provincias, y 4) formar una red regional multisectorial sobre el VIH/SIDA. Las estrategias de prevención aceptadas por la autoridad sanitaria nacional son: a) manejo sindrómico; b) promoción del uso del condón; c) consejería; d) intervenciones para el cambio de comportamiento en grupos con conducta de riesgo; e) eliminación de sífilis congénita; f) disminución de la transmisión vertical, y g) provisión de sangre segura²³.

La atención de estos pacientes abarca aspectos psicosociales, médicos y de laboratorio. El tratamiento puede ser prescrito por el infectólogo, el ginecólogo, el obstetra, el pediatra y el clínico. Se cuenta con personal entrenado que, si bien no ha sido cuantificado, incluye médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, bioquímicos, nutricionistas, kinesiólogos, agentes sanitarios y voluntarios de la sociedad civil.

En cuanto al tratamiento de las PVVS, el 100% de las personas que necesitan tratamiento se encuentran recibéndolo. El MS se encarga del tratamiento de 17.226 pacientes (73,3%), y la Seguridad Social de 5.774 pacientes (24,6%). No hay información respecto de las Fuerzas Armadas ni de la Policía Nacional. 500 personas cuentan con otras entidades a cargo de sus tratamientos. Por último, se realiza la profilaxis de infecciones oportunistas, al igual que en el resto de los países de la subregión.

A su vez, destaca la existencia de un programa específico para la lucha contra el VIH llamado Programa Nacional de lucha contra los retrovirus del humano, SIDA y ETS, destinado a suministrar medicamentos para las personas que padecen estas afecciones y que no cuentan con cobertura de salud ni recursos para afrontarla. Se realizan periódicamente campañas de difusión.

Con referencia a la legislación vigente podemos observarla, por un lado, evitando la «discriminación» y, por otro, relacionada con el problema de salud pública que involucra el VIH/SIDA. Dentro de lo primero se encuentran la CN, cuyo artículo 75.22 confiere rango constitucional al Pacto de San José de Costa Rica y a la Convención sobre los Derechos del Niño, y la Ley 23592/1988. En cuanto a lo segundo, cabe citar la Ley 23798/1990, por la que se declaró de interés nacional la

²² ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del VIH/ SIDA*, 2002.

²³ Fuente de datos: Programa Nacional de Lucha contra los Rh, SIDA y ETS.

Lucha contra el SIDA, que contiene pautas de diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, plantea aspectos relativos a la prevención, asistencia y rehabilitación de las PVVS, incluidas las patologías derivadas y las medidas destinadas a evitar su propagación, poniendo la responsabilidad en cabeza del MS.

La Ley 24455/1996, que obliga a las obras sociales a brindar cobertura total de la atención médica, psicológica y farmacológica para las PVVS. La Ley 24754/1996 obliga, por su parte, a las EMP (seguros privados) a cubrir las mismas prestaciones que las obras sociales nacionales (es decir, las que integran el sistema regulados por las leyes 23660 y 23661).

Por último, resulta interesante señalar que si bien el subsistema de la Seguridad Social, así como el privado, deben brindar obligatoriamente como mínimo las prestaciones previstas por el PMO, también les corresponde brindar todas aquellas prestaciones que han sido establecidas por imperio de normas especiales.

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.infoleg.gov.ar>
<http://www.sssalud.gov.ar>
<http://www.msal.gov.ar>
<http://www.anmat.gov.ar>
<http://www.anlis.gov.ar>
<http://www.snr.gov.ar>
<http://www.indec.gov.ar>
<http://www.deis.gov.ar>
<http://www.anses.gov.ar>
<http://www.pjn.gov.ar>
<http://www.sommer.gov.ar>
<http://www.ateneopsi.com.ar>
<http://www.pastoralsida.com.ar>
<http://www.ama.org.ar>
<http://www.csjn.gov.ar>
<http://www.cnm.gov.ar>
<http://www.forobioquimico.com.ar>
<http://www.defensor.gov.ar>

3. BOLIVIA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Según la legislación vigente, la Constitución Política del Estado consagra la vida y la salud como prioridades para el país. Bolivia ha suscrito los más importantes tratados internacionales que regulan la protección de la salud y, en particular, el 13 de diciembre de 2005 suscribió el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, denominado Protocolo de San Salvador

La CPE, si bien garantiza el derecho a la salud, no obliga a una mayor inversión en el gasto público. El Estado boliviano destina un porcentaje que oscila entre un siete y un 8% del Presupuesto General de la Nación, lo que es insuficiente para la promoción, protección, atención y rehabilitación gratuita. Observados los indicadores de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad, puede concluirse que la inversión del Estado en salud no es prioritaria y que existe discriminación e inequidad.

1.2 El Ministerio de Salud y Deporte (MSD) es la cabeza del sector salud con una estructura descentralizada en nueve Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y dos subsectores: el Público y el de Seguridad Social.

Instituciones vigentes, como el Seguro Único Materno-Infantil y el Seguro Médico Gratuito de Vejez amplían la cobertura de salud, y atienden a poblaciones con mayor riesgo de contraer afecciones y enfermedades, pero no a toda la población.

* **Abreviaturas:** APS = Asistencia Primaria de Salud; CPE = Constitución Política del Estado; CNS = Cajas Nacionales de Salud; INSO = Instituto de Salud y Ocupación; ITS: Enfermedades de Transmisión Sexual; ODM = Objetivos de Desarrollo del Milenio; MSD = Ministerio de Salud y Deporte; PAI = Programa Ampliado de Inmunización; PVVS = Personas viviendo con SIDA; SUMI = Seguro Único Materno Infantil; SMGV = Seguro Médico Gratuito de Vejez.

Si bien como se mencionó, el MSD es la cabeza del sector, existen las Prefecturas que tienen que ver con el presupuesto departamental y los municipios encargados de la infraestructura hospitalaria y de los centros de salud. Los municipios del área rural disponen de pocos recursos económicos de la coparticipación tributaria que se les asigna por la Ley de Participación Popular. A mayor número de habitantes, los municipios disponen de mayores ingresos y, éstos, son destinados, en mayor porcentaje, a obras públicas, puentes, escuelas, caminos, etc. Esta es la razón por la cual los municipios suelen solicitar mayor apoyo del nivel central, del Tesoro General de la Nación.

Dentro de la Comisión de Política Social de la Honorable Cámara de Diputados y Senadores existe la Comisión Parlamentaria de Salud.

1.3 Existen planes nacionales y políticas referidas al sector salud, como el SUMI, que da cobertura a la población de cero a cinco años y a las madres en edad reproductiva. Actualmente se ha ampliado la atención a las mujeres con cáncer cérvico-uterino.

Por otro lado está el SMGV, para la atención de personas adultas mayores en los dos subsectores de salud, el Público y el de la Seguridad Social. Actualmente se espera mejorar la cobertura con la Ley de Salud y la Ley del Adulto Mayor, que está en discusión en el Parlamento Nacional.

A partir del año 1997, el Estado se ha ido convirtiendo en fiscalizador y regulador de las políticas de educación y salud. Actualmente, ante la creciente demanda social, el Gobierno ha anunciado su Plan de Salud dirigido a mejorar la prestación de salud, identificando área y poblaciones con desnutrición, sin acceso al agua potable ni buenas comunicaciones, además de no contar con servicios sanitarios de primer nivel de atención. Aún está pendiente de aprobación la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 En Bolivia coexisten dos sistemas integrados de salud: el subsector Público y el subsector de la Seguridad Social citado anteriormente. El sistema, si bien es público, también cuenta con el sistema privado de salud sujeto al control público por el MSD.

El financiamiento del sistema sanitario se realiza, esencialmente, mediante el Presupuesto General para el rubro de profesionales y trabajadores en salud, y por medio de la Ley de Participación Popular, que obliga a los municipios a hacerse cargo de la infraestructura de los centros de salud, ya sean postas, centros de salud y hospitales.

La Seguridad Social se financia con un aporte de la patronal correspondiente al 10% del salario de trabajadores afiliados a la Caja Nacional de Salud (CNS). Existen otras Cajas como la Petrolera, Caminos, el Seguro Universitario y otras que admiten asegurados de forma voluntaria.

Los seguros médicos privados dan cobertura a grupos poblacionales que no ingresan a las Cajas de Salud.

La red asistencial de salud incluye algunos centros y hospitales, como, por ejemplo, el Hospital Boliviano Holandés, de segundo nivel de atención, financiado, en parte, por la Cooperación Holandesa.

Los centros sanitarios cuentan con todo el respaldo jurídico legal para su funcionamiento y con la autorización del MSD, que califica los requisitos y acredita a los centros de salud, previa evaluación de sus servicios.

En el año 2005 existían en Bolivia 2.135 establecimientos de salud, de los cuales el 95% corresponden al primer nivel de atención constituido por postas de salud o sanitarias y centros de salud que ofrecen asistencia primaria de salud. El 3,7% corresponden al segundo nivel de atención, constituido por hospitales que brindan atención en las cuatro especialidades básicas: pediatría, ginecología-obstetricia, medicina interna y cirugía general, incluyendo la especialidad de anestesiología. El 13% restante corresponde al tercer nivel de atención, constituido por los hospitales generales (clínicas) e institutos de especialidades, caracterizados por su alta complejidad para resolver enfermedades y patologías.

Los centros sanitarios, en general, cuentan con escasos recursos e insumos médicos. La atención se paga en los hospitales de tercer nivel de atención, con el monto de 15 bolivianos (alrededor de 5 \$\$), igual que las curaciones en consulta externa, el día cama, los medicamentos y otros que recetan y requieren los profesionales médicos.

Si bien existe el SUMI para niños entre cero y cinco años, si el niño o niña presentara una apendicitis aguda, los padres tienen que abonar los gastos de la operación. Igual en el caso de un traumatismo craneo-encefálico (TEC).

Durante el año 2000 se ha descontinuado el llamado «año de Provincia»¹ en desmedro de los más pobres ubicados en el área rural. Este importante servicio sanitario, al ser retirado, ha motivado un desfase en la atención de la salud médica, odontológica y de enfermería. La privatización de la salud no ha beneficiado a las personas más pobres.

El gasto público en salud, en el año 2002, fue de 541 millones \$\$ para unos 8,5 millones de habitantes, lo que representa un 3,84% del PIB. El gasto en salud *per capita* es de 34,8 \$.

El PGN del año 2005 fue de 343.634 millones \$\$, lo que muestra un incremento en relación al 2004 de 5.331.022 millones \$\$ y el presupuesto del MSD 49.107 millones \$\$ para 2004 y 43.315 millones \$\$ para 2005. Los gastos corrientes fueron 22.300.358 \$\$ y los gastos de capital 21.014.248 \$\$ sumando un total de 43.414.605 \$.

El número de médicos es de 1,2 por cada tres mil habitantes, concentrados especialmente en las capitales de los nueve departamentos, en las provincias y los municipios (317 municipios en el año 2005).

El número de enfermeras es de 0,6 por tres mil habitantes en todo el país; la mitad del número es de médicos, que, tratándose de un personal tan necesario para la atención, prevención y promoción de la salud, es considerado un número muy bajo.

El número de auxiliares de enfermería es de 1,7 por tres mil habitantes, en el subsector, ascendiendo a 4.782 auxiliares en todo el país, lo que sumado al subsector de la Seguridad Social alcanza a 7.265 en todo el país, superando el número de médicos y licenciados de enfermería en todo el territorio nacional.

Estas cifras tienen relevancia y significan que el sector social más desatendido y desprotegido está en el área rural, donde los pueblos indígenas y campesinos tienen

¹ Año en prácticas que debían realizar los profesionales en zona rural.

poco acceso a la salud, y la atención, prevención y promoción no llega hasta sus regiones. Se constituye así una población vulnerable y en mayor riesgo por efecto de la exclusión social y pobreza, que se manifiesta además por los indicadores, no sólo de salud, sino también por los de educación.

2.2 Las organizaciones civiles u ONGs, en materia de salud, cumplen un rol muy importante junto a las de la Iglesia católica y otras iglesias, como la metodista y luterana, que dan atención de salud en el área rural, constituyendo un mecanismo de control social para la fiscalización y seguimiento del gasto e inversión en salud.

Los ciudadanos y ciudadanas, y entidades no estatales organizadas para el control del derecho a la salud son incipientes en la gestión de hospitales.

Existen entidades como los Colegios de Profesionales Médicos, Odontólogo, de Enfermería, o Acción Internacional por la Salud (AIS), que defienden el derecho a la salud junto al de acceso a los medicamentos y a la alimentación.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 a) La higiene y salud laboral para el desempeño del trabajo se ha asumido por el Estado realizando controles de salud ocupacional, control de ITS e higiene de las personas y provisión de vestimenta.

b) El agua potable, o segura, ha merecido atención en los últimos tres años, dado que el Gobierno deseaba privatizar el líquido elemento y ha surgido un movimiento social llamado *Guerra del Gas*, liderado por la denominada Coordinadora del Agua, con sede en la ciudad de Cochabamba, que defendió con valentía la no privatización del recurso natural del agua y el derecho de la población a acceder a tan importante recurso en condiciones de igualdad. Actualmente se ha creado el Ministerio de Agua, con un Viceministerio de Riego para dar solución y respuesta a la demanda social.

El control de la salubridad de las aguas está a cargo del MSD, pero aún no se han atendido, adecuadamente, las denuncias de contaminación del río Pilcomayo y la contaminación del mercurio en los ríos provenientes de empresas auríferas, pese a que han ocasionado la muerte de los peces y la contaminación del medio ambiente. El tratamiento de las aguas para su salubridad está circunscrito al área urbana y rural. El agua potable segura tiene una cobertura nacional del 85%, con niveles del 90% para el área urbana y 40% en el área rural, afectando esta escasez especialmente a los pueblos indígenas. El sistema de alcantarillado para las excretas es del 73% de cobertura a nivel nacional, distribuidas 90% área urbana y 10% área rural.

3.2 El Estado trabaja en la prevención de la salud a través de:

a) Campañas de vacunación para enfermedades prevenibles en la población infantil como difteria, tétanos, *coqueluche*, sarampión. Actualmente se administra a la población juvenil y adulta, hasta los 39 años, la vacuna contra la rubéola y, a mujeres hasta los 50 años, la vacuna contra el tétanos. En los centros sanitarios se vacuna al personal de salud, tanto médicos, enfermeras/os, auxiliares de enfermería, estudiantes de medicina, contra la hepatitis B y C, y contra el tétanos. La educación sanitaria se realiza en las unidades educativas y mediante campañas en medios de comunicación referidas especialmente a las vacunas y cuidado dental. Están

siendo controladas la malaria, el paludismo, *el chagas* y la fiebre amarilla con prevención y acceso a los medicamentos. La tuberculosis cuenta con un programa de distribución y control gratuito de medicamentos, tanto de primera línea como de segunda línea. El bocio ha disminuido con la ingesta de sal yodada superando la epidemia de años atrás.

b) La lucha contra la drogadicción, especialmente del consumo de marihuana y cocaína, ha merecido especial atención, pero aún es un problema de salud incipiente, existiendo entidades privadas que dan atención. Así mismo, existen centros privados para tratar a las personas alcohólicas.

c) La atención contra el tabaquismo, aparte de realizar campañas y contar con grupos comprometidos contra el consumo, aún no es una prioridad de atención en salud. La Ley del Medio Ambiente indica, claramente, que no se debe fumar en oficinas públicas, ni delante de niños y niñas, y mujeres embarazadas.

4. DERECHOS

4.1 a) *Universalidad.* El subsector Público, a través del MSD, atiende al 30% de la población boliviana para su cobertura de salud. En este grupo poblacional se encuentran los que no cuentan con un trabajo asalariado, ni afiliación a la CNS, y que no dependen de ninguna otra institución; los trabajadores que obtienen ingresos económicos a través de la economía informal, constituidos por artesanos y vendedores gremiales; pueblos indígenas y originarios; campesinos; los denominados trabajadores por cuenta propia (plomeros, electricistas, lavanderas); y las trabajadoras del hogar, que pese a contar con una ley que las protege y un estudio matemático (para definir la prima o cotización), aún no acceden a la atención en salud en las Cajas de Salud de la Seguridad Social. El subsector de la Seguridad Social atiende al 25% de la población boliviana, entendida como trabajadora y con relación obrero-patronal fija. Lo hace a través de las diferentes Cajas de Salud de trabajadores petroleros, de militares (COSSMIL), de universitarios, de caminos (SNC), trabajadores de salud y educación, funcionarios públicos y trabajadores obreros. La dispersión de recursos, en diferentes Cajas de Salud, determina la no universalidad de la norma vigente.

b) *Accesibilidad.* Ambos subsectores no llegan a las áreas más alejadas del área rural y no todas las personas que viven en área urbana tienen atención de salud debido a sus bajos ingresos; según un estudio publicado por OPS/OMS, el 70% de la población está excluida de la protección que da el MSD. El Estado publica una cartilla sanitaria informando sobre los lugares en los tres niveles de atención y los cuidados sobre higiene, agua potable y aplicación de vacunas necesarias. La asistencia gratuita sanitaria no existe como tal; en el subsector Público las personas pagan su atención. Sólo la Ley del SUMI y del SGMV contempla la gratuidad pero aún no llega al área rural.

c) *Continuidad.* Las normas vigentes y la CPE garantizan la atención básica sanitaria.

d) *Extensión.* El acceso a zonas rurales se dificulta por la inexistencia de caminos, impidiendo que la red sanitaria se extienda.

e) *Calidad.* Existe presión asistencial, en la CNS y en los hospitales públicos determinando largas listas de espera, tanto para la atención, como para las opera-

ciones. Los servicios de emergencia actúan con celeridad en casos de emergencias. Existe un catálogo de prestaciones sanitarias públicas y el sector privado oferta sus servicios. Las condiciones de atención se pueden apreciar por el número de causas y el movimiento cada vez más ágil en cuanto a permanencia hospitalaria. La consulta odontológica tiene mucha demanda. En las operaciones abdominales se utiliza la técnica laparoscópica. La discriminación se hace ostensible, cuando se habla del área rural, donde quedan niños y niñas a cargo de abuelos. Las personas con mayores ingresos económicos recurren en la mayoría de las veces a las clínicas privadas de salud. La libre elección del médico no es respetada ni en la Seguridad Social ni en el sector Público. El trato digno se va haciendo cada vez más cotidiano y se mantiene la reserva y confidencialidad acerca de las patologías que presentan los pacientes.

4.2 La Ley de Medicamento vigente ha liberalizado el acceso a los medicamentos, existiendo la libre oferta y demanda. El acceso a medicamentos esenciales en la Seguridad Social es más asequible que en el sector Público, donde deben adquirirse en las farmacias hospitalarias o en otras privadas. La receta no se realiza en genérico, sino con el nombre comercial, lo que encarece el costo por la patente de la marca.

Los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis son gratuitos y para el *chagas* y la malaria, en las zonas endémicas, se puede disponer con facilidad.

Los medicamentos anticancerígenos para las quimioterapias no están cubiertos por el seguro del sector Público, constituyendo un verdadero drama social su adquisición debido a su elevado costo.

La discriminación se manifiesta en el poco acceso que tienen las personas con escasos recursos de adquirir los medicamentos, sean esenciales u otros.

4.3 a) Derecho de información. La información al paciente, como un derecho, está tomando cada vez más adeptos, de tal manera que resulta difícil evadir la información.

b) Regulación de la historia clínica. La historia clínica es un documento clínico y legal, por lo que su manejo está restringido al ambiente hospitalario.

c) Derecho al consentimiento. Actualmente se trabaja en el consentimiento informado para cualquier experimento o investigación clínica.

5. GARANTÍAS

5.1 Existe la protección y garantías en la CPE, donde se indica que toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio:

a) A la vida, la salud y la seguridad (art. 7 a) y a la Seguridad Social en forma determinada por esta Constitución y las leyes (art. 7 k).

b) La salud se encuentra protegida y el deber del socorro, o auxilio en casos de emergencia, no se puede negar bajo ninguna circunstancia.

c) Los delitos contra la salud pública no se consideran como tales.

d) Los delitos contra la salud laboral son frecuentemente demandados, existiendo el Instituto de Salud y Ocupación (INSO), para calificar la invalidez, y el Instituto Nacional de Salud que norma la auditoría médica.

5.2 Los usuarios pueden acudir a los centros de atención o al Ministerio de Salud. El arbitraje se está implementando a partir del 2005, así como las Auditorías médicas, para determinar correcciones y asumir responsabilidades por parte de la dirección de centros de salud, hospitales y profesionales de salud. El control social de la ciudadanía no ha logrado aún insertarse en los Tribunales de Ética.

5.3 La Ley 313, de 8 de agosto de 2005, sobre el Ejercicio Profesional Médico, brinda garantías a través de normas y reglamentos que regulan su accionar a la organización hospitalaria, e instrumentos de control médico para el desempeño de las actividades diarias que se realizan. Si se comprueba un acto de mala *praxis* médica, éste pasa a la Justicia Penal, donde la sentencia indica el pago para el resarcimiento y se estima el daño civil causado.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 El Programa de Salud Sexual y Reproductiva avanza para mejorar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, e incluye la educación para la sexualidad y reproducción saludable. No obstante, la ley referida a este derecho no ha sido aún aprobada.

La mortalidad materna es de 390 sobre cien mil nacidos vivos, porcentaje que a la fecha se mantiene por el aborto clandestino, ocasionando del 30 al 35% de las muertes maternas, constituyendo un problema de salud pública aún no resuelto.

El aborto en la CPE está penalizado con privación de libertad de uno a seis años, pero está permitido cuando es consecuencia de una violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada y cuando se evita la muerte de la madre o corre grave riesgo de salud (art. 263). En ambos casos debe ser realizado por un médico con el consentimiento de la madre y la respectiva autorización judicial (art. 266). Pero se advierte la resistencia de jueces y médicos para autorizar y realizar un aborto legal.

La Ley 2426 de 2002 o SUMI otorga prestaciones para mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto. La Ley de 6 de diciembre del 2005 amplía el SUMI con la prevención del cáncer de cuello uterino, para que se realice la prueba de *papanicolau* en forma anual y dar tratamiento de lesiones premalignas contemplando además métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. El Defensor del Pueblo considera que la cobertura debe ser ampliada a todas las mujeres sin importar su edad.

6.2 La mortalidad infantil fue de 54 por mil niños y niñas, en el área urbana, para el año 2003, y asciende a 67 por mil niños y niñas nacidos vivos. Se evidencia que es más elevada en el área rural. Las enfermedades respiratorias y las diarreas ocupan el primer lugar como causa de mortalidad infantil.

La protección de salud la reciben los niños y niñas de cero a seis años de edad a través del seguro materno-infantil (SUMI).

La fluorinización en las escuelas ha prevenido las caries dentales, que desembocan en procesos infecciosos que muchas veces ponen en riesgo la vida. La higiene bucal y dental merece atención del Estado a través de programas y cartillas divulgativas.

Las campañas de vacunación dirigidas a los niños y niñas se desarrollan con regularidad por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Desde 1995, Boli-

via ha sido certificada como libre de poliomielitis y en el año 2000 no se reportaron casos de sarampión. Actualmente se vacuna contra la rubéola.

El bocio ha disminuido ostensiblemente por el consumo de sal yodada, aunque en las zonas rurales y pueblos indígenas aún se presentan casos debido al poco acceso de estas poblaciones al consumo de sal yodada.

Aunque la nutrición infantil ha mejorado, un 26% de niños y niñas menores de tres años presenta desnutrición crónica. La anemia afecta a un porcentaje alto, el 67%, y la carencia de vitamina A afecta al 11% de la población infantil.

Alrededor de 3.500 niños y niñas viven y trabajan en la calle sin protección alguna contra el abuso del alcohol, drogas y explotación sexual y laboral.

Los adolescentes están expuestos, en mayor riesgo, a adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA y embarazos en edad temprana, éstos suponen en Bolivia el 11% del total de embarazos. No existen políticas públicas ni planes de acción para disminuir la exclusión social, la migración y el desplazamiento interno por razones socioeconómicas y el sexo comercial.

El Código del Niño, Niña y Adolescente se encuentra vigente y se aplica en los municipios a través de las Defensorías de la Niñez y Adolescencia a nivel central; el Viceministerio de Juventud, Niñez y Adolescencia (VIJUNTE) ha sido transferido al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, siendo atendida la temática por el Viceministerio de Género y Generacional, donde está situada la Jefatura Nacional de Niñez y Adolescencia (Ley LOPE 2006).

6.3 Los pueblos indígenas constituyen, en el país, un porcentaje mayoritario. Actualmente se estima que el 63% se establece en áreas urbanas por el desplazamiento y la migración, y los que radican en el área rural no tienen acceso y oportunidades de acceder a los servicios sanitarios.

El Convenio 169 de la OIT no se aplica en la zona rural. Se excluye a los pueblos indígenas de los procesos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se considera necesario articular las políticas sociales con la política económica. La Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBR) está referida a disminuir la brecha entre pobres y ricos.

Los recursos, destinados a la lucha contra la pobreza, por la condonación de la deuda externa (HIPPIIC), se destinaron a fortalecer la salud, enviando personal de salud al área rural, pero de 2.032 profesionales y trabajadores de salud, sólo 500 fueron destinados a las zonas desprotegidas, dejando en área urbana a este personal médico.

Los derechos agrarios, la tenencia de la tierra, los derechos ambientales y el acceso y uso a los recursos naturales, junto al derecho a la identidad, fueron negados convirtiendo a los pueblos indígenas en los más excluidos.

El pueblo Yuquí, que radica en el Departamento de Cochabamba, en la zona de El Chapare, ha develado su gran vulnerabilidad al encontrarse en peligro de extinción por la confluencia de factores sociales y de enfermedades como la tuberculosis y micosis pulmonar.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Respecto a la discapacidad física y mental, se ha conseguido avanzar hacia una política pública de protección de los Derechos Humanos. La población de per-

sonas con discapacidad es del 10% de la población total. Actualmente se cuenta con el Plan Nacional de Equiparación e Igualdad de Oportunidades, que, mediante Decreto Supremo 28671, determina que sea una política pública para su aplicación.

La Educación Especial y Ordinaria ha sido asumida por el Estado a través del Ministerio de Educación y la afiliación al Seguro de Salud.

La inclusión del ácido fólico a las harinas para la preparación del pan ha merecido la atención de las autoridades del sector dando cumplimiento a la Ley 2022, que, junto con el hierro, contribuirán a combatir la anemia y las enfermedades congénitas.

Previendo discapacidades se ha erradicado la poliomielitis, se controla el sarampión y se vacuna contra la rubéola.

7.2 A las personas mayores se les denomina, en Bolivia, Adultos Mayores (AM). Para su atención existe el SMGV a partir de los 60 años de edad. Éste se inició bajo la Seguridad Social, a través de la Caja Nacional de Salud, con cobertura en las ciudades; posteriormente se extendió al sector de la salud pública, siendo su aplicación aún incipiente en las zonas rurales.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Recientemente el Ministerio de Salud, a través del Programa ITS/VIH-SIDA, con el apoyo de las Naciones Unidas y la OMS/OPS, ha desarrollado acciones dirigidas a cristalizar la prevención y atención del PVVS, además de elaborar el Informe UNGASS sobre VIH/SIDA para ser enviado a ONUSIDA.

Teniendo en cuenta que nos encontramos ante una epidemia concentrada, con características de epidemia generalizada, el seguimiento se ha concentrado en mirar la prevalencia del 5% en los grupos que tienen comportamientos sexuales con mayor riesgo.

Últimamente se ha identificado que la falta del uso del condón, por razones económicas y de información, la alta frecuencia de ITS y la presencia del VIH en grupos de mayor riesgo, exponen la transmisión del VIH a la población general (Informe UNGASS sobre el VIH/SIDA en Bolivia, febrero del 2006). Aun así, la Ley del SIDA no ha sido todavía aprobada para la protección adecuada de las PVVS.

9. FUENTES EN INTERNET

Defensor del Pueblo de Bolivia

<http://www.defensor.gov.bo>

Ministerio de Salud

<http://www.sns.gov.bo>

Ministerio de Educación

<http://www.minedu.gov.bo>

4. COLOMBIA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Desplazados. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Enfermedades ruinosas o catastróficas. 7.2 Atención de urgencias. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política de Colombia (CP) establece que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado; garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; establece la responsabilidad del Estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad; establece la responsabilidad de fijar políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y la de ejercer su vigilancia y control. La CP le otorga a la ley la facultad de señalar los términos para la atención básica gratuita y obligatoria para todos los habitantes¹. A su vez, establece el deber de toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y el de su comunidad, y la especial protección constitucional a la salud de las poblaciones más vulnerables, como los niños y trabajadores agrarios.

En Colombia, el marco general que establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud está contemplado en la Ley 100 de 1993, que fue complementada por leyes como la 715 de 2001 (norma orgánica de recursos y competencias, y disposiciones para la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros) y la Ley 972 de 2005 (norma para la atención por parte del Estado colombiano de

* **Abreviaturas:** ARS = Aseguradoras de Riesgos de Salud; CP = Constitución Política de Colombia; EPS = Entidades Promotoras de Salud; FOSYGA = Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud; IPS = Instituciones Promotoras de Salud; IEC = Información, Educación y Comunicación; OIT = Organización Internacional del Trabajo; PAI = Plan Ampliado de Inmunización; POS = Plan Obligatorio de Salud; SGSSS = Sistema General de Seguridad Social en Salud.

¹ Artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, desarrollada por la Ley 100 de Seguridad Social Integral, de diciembre 23 de 1993, y sus cerca de 18.000 normas reglamentarias entre decretos, resoluciones, circulares externas y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, cuerpo colegiado conformado por representantes del Gobierno y el Sector Privado.

la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA), entre otras.

Colombia forma parte de la OMS/OPS y la OIT, entre otros organismos internacionales que velan por la salud y la seguridad social, y ha suscrito la mayoría de los tratados internacionales relativos al derecho a la salud. El alcance de los mismos involucra el análisis efectuado por diversos organismos cuya interpretación autorizada es vinculante para el Estado colombiano.

Actualmente se discute, en el Congreso de la República, un proyecto de ley que pretende modificar la Ley 100 de 1993, en el que se establecen nuevas fuentes de financiación y el flujo de recursos para el logro de la cobertura universal, la regulación del mercado en las relaciones entre entidades promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de salud (IPS), respecto de la integración vertical y el abuso de la posición dominante y el fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control, y la creación de la figura del Defensor del Usuario, entre las reformas más importantes.

1.2 El SGSSS está conformado por los organismos de dirección, vigilancia y control (Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), los organismos de administración y financiación (EPS, direcciones seccionales, distritales y locales de salud, y el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud —Fosyga— y las IPS públicas, mixtas y privadas), además de otros organismos de participación ciudadana.

La ley responsabiliza a las EPS del recaudo de las cotizaciones (impuesto del 12% sobre el ingreso de los trabajadores), de la afiliación de los aportantes y su núcleo familiar² y de la conformación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud, ya sea ésta propia o externa.

En Colombia, dentro del SGSSS, coexisten, articuladamente, para su financiamiento y administración, un Régimen Contributivo de Salud y un Régimen de Subsidios en Salud, con vinculaciones mediante el Fosyga.

En el Régimen Contributivo se encuentran los individuos y las familias, y la vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o, en concurrencia, entre éste y su empleador. Actualmente, el 32,7% de la población pertenece a este régimen.

En el Régimen Subsidiado, la vinculación de los individuos al sistema se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Este régimen cubre al 34,2% de los colombianos más pobres y vulnerables.

Adicionalmente, existen tres regímenes de excepción que cubren la seguridad social de las Fuerzas Militares y de Policía, el magisterio y los empleados de la empresa estatal de petróleos ECOPETROL, que juntos cobijan al 3,3% de la población. El restante 29,8% se distribuye entre familias con capacidad de pago y familias menos pobres que están priorizadas para recibir subsidios del Estado.

Los servicios de salud operan en forma descentralizada, por niveles de complejidad y con participación de la comunidad. Son de naturaleza jurídica pública (14,9%), privada (85%) y mixta (0,1%).

² Familia de la Seguridad Social equivale al cotizante, cónyuge e hijos hasta los 18 años de edad, 25 años si son estudiantes permanentes y de cualquier edad si son discapacitados.

1.3 El Plan de Atención Básico contempla acciones individuales a cargo de las EPS y acciones colectivas a cargo de los entes territoriales. Sus componentes más relevantes son: a) el Plan Ampliado de Inmunización (PAI), que garantiza la adquisición y suministro oportuno de vacunas; b) la provisión de insumos críticos para la prevención y control de zoonosis y brotes de rabia humana; c) la acción para la salud sexual y reproductiva, y d) la prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

2. SISTEMA SANITARIO

Al SGSSS concurren IPS públicas y privadas, en los tres niveles de complejidad. En el esquema de mercado establecido por Ley 100 de 1993, todas las IPS públicas deben ser competitivas y autosostenibles, es decir, su operación debe ser financiada con la venta de servicios a entidades aseguradoras (EPS y ARS, riesgos profesionales, accidentes de tránsito), a entes locales de salud y a particulares, así como a las instituciones privadas, con o sin ánimo de lucro.

La nueva Ley generó expectativas de inversión en el sector salud, en especial la creación de oferta descontrolada de servicios en urbes grandes y medianas, mientras que en las pequeñas poblaciones continúa siendo el hospital público el que ofrece servicios de baja complejidad y muy poca oferta privada. Esta explosión de la oferta incentivó una guerra de tarifas que viene atentando contra la calidad de los servicios, para lo cual, y amparados en la misma Ley 100, se diseñó y se está implementando un sistema de garantía de calidad³ que contempla la habilitación y acreditación de instituciones, tanto públicas como privadas, convirtiéndose en un requisito para que las EPS contraten sus servicios. Así, a través de estas entidades, se ejerce el control del cumplimiento de los estándares mínimos de calidad.

Los principios de racionalidad, eficacia y eficiencia del modelo de seguridad social obligaron a que los hospitales públicos, que anteriormente se sostenían con presupuestos históricos, vía recursos públicos del orden nacional y local (recursos de oferta), se transformaran en entidades autónomas administrativa, técnica y financieramente. Durante los cinco siguientes años de la reforma, se aceleró el caos financiero de los hospitales públicos de todos los niveles de complejidad y se presentó un reacomodamiento del mercado de los servicios de salud en franca competencia con el sector privado.

A partir del sexto año, después de un decantamiento de la reforma, se identificó que los hospitales de primer nivel venían sustituyendo, de manera casi perfecta, los recursos de oferta por venta de servicios. Los hospitales de tercer nivel aún presentaban déficit presupuestal que se cubría principalmente con aportes nacionales, y los hospitales de segundo nivel en su mayoría cuentan aún con graves problemas de sostenibilidad financiera, debido principalmente a que los servicios que les son propios ofrecer no hacen parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen subsidiado, es decir, su mercado natural para atender población pobre es limitado.

Transcurridos 12 años de la nueva Ley, los hospitales públicos han sufrido diversas transformaciones para adaptarse al modelo de mercado, de tal suerte que algunos

³ Decreto 2309 de 2002, que define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

se han cerrado, liquidado y vuelto a abrir con un nuevo esquema administrativo, donde principalmente se elimina la onerosa carga prestacional que, en su esquema de costos, le impedía competir con las instituciones privadas. Otros hospitales insignia, por su origen religioso y por ser centros científicos de formación académica, no han logrado superar la transformación al modelo de mercado, al considerar que este esquema, basado en resultados financieros, atenta contra los logros de los trabajadores, las reivindicaciones sindicales y la formación profesional y científica de las nuevas generaciones.

Es de tener en cuenta que la nueva Ley extendió la cobertura de las contingencias en salud al núcleo familiar; antes cubría sólo a trabajadores, madres gestantes e hijos hasta el primer año de edad. El gasto en salud se cubre con el 55,9% de las contribuciones a la nómina (salud y riesgos profesionales) y aportes de los trabajadores independientes. El 34,6% se cubre con recursos del presupuesto nacional, denominados Sistema General de Participaciones, establecido por la Ley 715 de 2001, los cuales tienen tres destinaciones: mantenimiento y ampliación de cobertura del régimen subsidiado, atención a la población pobre no afiliada y acciones de salud pública. El resto se compone de pólizas privadas de salud, pólizas obligatorias para el cubrimiento de accidentes de tránsito e impuestos a rifas y juegos de azar.

Se estima que el gasto en salud, basado en el modelo de aseguramiento, ascendió del 4,5% del PIB en 1992, al 9,8% en el 2005, lo que representa cerca de 7.500 millones \$\$.

Entre las transformaciones más relevantes en el sector hospitalario están las de carácter laboral. Los trabajadores de planta, que en su mayoría fueron liquidados⁴, pasaron a formar nóminas de contratación civil u órdenes de servicios que normalmente no pasan de un año, cuyos aportes a la seguridad social en salud y pensiones deben ser asumidos por el propio trabajador. Otra modalidad de la que se quejan los trabajadores es la constitución de cooperativas de trabajo asociado, figura de contratación que les redujo de manera importante su ingreso respecto a los salarios y garantías de un trabajador de planta. Estas nuevas condiciones son consideradas por los contradictores de la reforma como una desinstitucionalización de los servicios de salud, que, además de menoscabar en su estabilidad laboral, afecta la educación continuada de los profesionales de la salud que brindaban los hospitales.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En materia de acceso al agua, se destaca que el 95% de los municipios colombianos tienen el servicio de acueducto. No obstante, en informes recientes de la Defensoría del Pueblo, se comprobó que las empresas prestadoras de servicios públicos no cumplen sus obligaciones relacionadas con las condiciones de potabilidad y tratamiento del agua, tal y como lo establece el Decreto 475 de 1998.

3.2 Las políticas públicas en Colombia se centran en atender:

⁴ Anthoc, agremiación sindical de los profesionales de la salud, presentó en su informe a la OIT una cifra de 11.000 trabajadores despedidos con motivo de la reforma del sistema de salud en Colombia.

a) El Plan de Atención Básico, que incluye también el PAI, que garantiza la adquisición y suministro oportuno de vacunas para evitar enfermedades inmunoprevenibles como sarampión y rubéola, que afectan a la población recién nacida y a menores de cinco años y que se quiere ampliar hasta los 39 años. También el PAI prioriza la vacunación de fiebre amarilla, como respuesta al brote epidémico del año 2003, y la provisión de insumos críticos necesarios para la prevención y control de la zoonosis, así como de la rabia humana transmitida por murciélagos y la generada por caninos.

b) Otro eje de la política pública es la prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica, por medio de la estrategia de información, educación y comunicación (IEC).

c) La lucha contra el alcoholismo, tabaquismo y drogadicción forman parte de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y son de orden interinstitucional y sectorial. El sector educativo lleva a cabo la divulgación de las campañas.

4. DERECHOS

4.1 a) *Universalidad*. Más del 70% de los colombianos está cubierto por el SGSSS.

b) *Calidad*. En investigación reciente de la Defensoría del Pueblo⁵ se encontró que aún se presentan deficiencias en la prestación de los servicios, como es el caso de la oportunidad en la atención de citas de medicina general (seis días), citas odontológicas (ocho días), toma de exámenes de laboratorio (cuatro días), realización de cirugías (43 días), realización de imágenes diagnósticas (11 días), medicina especializada (21 días) y atención de urgencias, entendida desde el ingreso para la solicitud del servicio hasta el primer contacto con un profesional de la salud (101 minutos).

4.2 El POS contempla un listado de medicamentos genéricos⁶ que responde a la codificación de medicamentos de especialidades en salud, ocupaciones, actividades económicas y medicamentos esenciales, a los que los usuarios pueden acceder mediante el pago de una cuota moderadora. La no entrega oportuna y completa de medicamentos es la queja más reiterada de los usuarios de los servicios de salud, a tal punto que muchos tienen que pagarlos de su propio peculio o exigirlos mediante acciones judiciales de tutela.

5. GARANTÍAS

La CP contempla que toda persona tendrá derecho a interponer la Acción de Tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe en su nombre, la pro-

⁵ Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud, 2005.

⁶ Acuerdo 228 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, por el cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud y se dictan otras disposiciones.

tección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública (art. 86). La protección consistirá en una orden para que aquel respecto de quien se solicita la tutela, actúe o se abstenga de hacerlo. El fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión.

Esta acción sólo procederá cuando el afectado no disponga de otro medio de defensa judicial, salvo que aquella se utilice como mecanismo transitorio para evitar un perjuicio irremediable. En ningún caso podrán transcurrir más de diez días entre la solicitud de tutela y su resolución.

La ley establecerá los casos en los que la acción de tutela procede contra particulares encargados de la prestación de un servicio público o cuya conducta afecte grave y directamente el interés colectivo, o respecto de quienes el solicitante se halle en estado de subordinación o indefensión.

Esta es considerada una de las mayores conquistas que el constituyente entregó a los más desvalidos para acceder a la justicia, cuando han visto amenazada su integridad por la vulneración de sus derechos fundamentales, entre éstos el derecho a la salud por conexidad con el derecho a la vida.

La Defensoría del Pueblo, mediante un estudio denominado *La Tutela y el Derecho a la Salud, Causas de la Tutela en Salud*, pudo establecer que, en el último año, el 35% de estas acciones está relacionado con temas de salud. Por lo anterior, la Defensoría viene impulsando ante el Congreso de la República la creación de la figura del Defensor del Paciente, quien intervendría como vocero de los usuarios ante las entidades aseguradoras y entes territoriales para gestionar las quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a los derechos y obligaciones de los pacientes en la prestación de servicios; sus decisiones y recomendaciones tendrían valor vinculante y serían obligatorias para las EPS. La actuación de este Defensor contribuiría a disminuir el número de acciones judiciales.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Un eje de la salud pública contempla la salud sexual y reproductiva con acciones intersectoriales, colectivas e individuales en la prevención y control de la fecundidad no deseada en grupos de mayor vulnerabilidad, a cargo de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, y los entes territoriales. La estrategia incluye campañas en medios masivos y capacitación sobre métodos efectivos de planificación familiar para los municipios de mayor vulnerabilidad dirigidos a la población de alto riesgo, con la garantía del consentimiento informado, perspectiva de género y respeto por los derechos sexuales y reproductivos, según las particularidades de la población, especialmente de la adolescente.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos es universal en las mujeres del país. Los métodos más conocidos son la píldora, la inyección, el condón y la esterilización femenina.

El 87% de los embarazos en los últimos cinco años fueron atendidos por médicos y el 7% por enfermeras; tres de cada cuatro embarazadas recibieron complemento de hierro y el 86% recibieron vacuna antitetánica. El 92% de los partos tuvo lugar en una institución de salud.

Los problemas más comunes en las mujeres durante el puerperio se relacionan con depresión posparto, sangrado intenso vaginal, flujos o líquidos vaginales, fiebre, temperatura o escalofrío y dolor o ardor al orinar⁷.

6.2 La tasa de mortalidad infantil es de 19 por mil para el quinquenio 2000-2005, siendo de 17 por mil en la zona urbana y de 24 por mil en la zona rural, con una disminución del dos por mil durante dicho periodo.

En cuanto a vacunación, el porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad al que le han aplicado el esquema completo de vacunación es del 58%; al 37% de los niños les colocaron todas las vacunas durante los primeros 12 meses de edad. Las vacunas más aplicadas han sido la BCG (97%), la primera dosis de DPT-1 (97%), la DPT-2 (89%) y la DPT-3 (81%). El 83% recibió la de polio al nacer, en tanto que las de polio 1, 2 y 3 disminuyeron desde el 89% al 69%. El 82% recibió la de sarampión⁸.

6.3 Uno de los grupos más vulnerables en Colombia, como consecuencia del conflicto armado interno, son los desplazados. Se estima que en los últimos tres años, más del 5% de la población ha sido forzosamente desplazada.

La obligación estatal de proteger los derechos de la población desplazada, reconocida en el país a partir de la aprobación de la Ley 387 de 1997, asignó a las entidades públicas del SGSSS la responsabilidad de implementar mecanismos expeditos para el acceso de la población desplazada a los servicios de asistencia médica, quirúrgica, odontológica, psicológica, hospitalaria y de rehabilitación, de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social Integral.

La Ley 387 señaló las obligaciones de las autoridades de garantizar la atención en salud de la población desplazada. Acciones inmediatas para garantizar la atención humanitaria en alimentación, atención médica y psicológica; transporte de emergencia y alojamiento transitorio en condiciones dignas, con atención especial a las mujeres y niños; medidas de mediano y largo plazo para propiciar la sostenibilidad económica y social de la población desplazada, en el marco del retorno voluntario o el reasentamiento; para el acceso a la oferta pública social, incluyendo los servicios de salud.

En el año 2004, la Corte Constitucional de Colombia declaró la existencia de «un estado de cosas inconstitucional». La Corte ordenó al Gobierno que adoptara medidas correctivas en el plazo de un año. Por tal motivo, la Presidencia de la República publicó una directiva donde se ordena a las entidades que conforman el Consejo Nacional y el Sistema Nacional de Atención Integral a la población desplazada y a los servidores públicos que laboran en dichas entidades, dar cumplimiento a los principios de eficacia, economía y celeridad, en la atención de las necesidades de la población desplazada, focalizar los recursos en sus respectivas competencias e informar de ello al ente Coordinador del Sistema, de manera que se concreten medidas efectivas de protección, se informe de manera clara y precisa a las personas desplazadas sobre la *Carta de derechos básicos*, precisando el alcance de éstos y el procedimiento para acceder a los beneficios señalados en la Ley, y que no se podrá exigir la interposición de la acción de tutela como requisito para acceder a cualquiera de los beneficios establecidos en la Ley.

⁷ PROFAMILIA, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005*.

⁸ *Ibid.*

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Para mejorar la atención por parte del Estado de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, el Congreso de la República expidió la Ley 972 de 2005, que declara de interés y prioridad nacional la atención integral a estas enfermedades. Igualmente, se garantiza el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada una de las entidades concernidas.

Con dicha Ley se preserva el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud es lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente para evitar la propagación de la enfermedad.

Las entidades que conforman el SGSSS, en cuanto a su competencia, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, a un paciente que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas.

Los pacientes asegurados son atendidos obligatoriamente por la EPS a la cual se encuentran afiliados. Si perdieran su afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no puede suspenderse el tratamiento y la EPS, en ese caso, recobra a la subcuenta ECAT del Fosyga.

Los pacientes no asegurados, sin capacidad de pago, son atendidos por la respectiva entidad territorial, con cargo a recursos provenientes de oferta.

Respecto a la salud mental, el Estado colombiano ha ratificado las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, la Declaración sobre los Derechos de los Enfermos Mentales y la Declaración de los Derechos de los Impedidos.

7.2 La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que ofrecen servicios de salud a todas las personas, independientemente de su capacidad socioeconómica, de acuerdo al artículo segundo de la Ley 10 de 1990; ordinal segundo del Decreto 412 de 1992; artículo 168 de la Ley 100 de 1993; inciso segundo del artículo 10 de la Resolución 5261 de 1994; numeral 4.1 de la Circular 14 de 1995; numeral 6, párrafo primero del artículo 6 del Acuerdo 30 del CNSSS, y artículo 67 de la Ley 715 de 2001. Por consiguiente, las IPS de salud del país están obligadas a atender a todas las personas que ingresen al servicio de urgencias.

Para acceder al servicio inicial de urgencias no se requiere convenio o autorización previa de la entidad promotora de salud o de cualquiera otra entidad responsable; tampoco se requiere remisión de profesional médico ni pago anticipado de cuota moderadora ni de copagos.

Sin embargo, se han presentado obstáculos en la atención de urgencias, como es la práctica restrictiva de las IPS al solicitar autorización a la EPS para este tipo de atención, lo que retarda la fluidez del proceso. Adicionalmente, cuando la entidad aseguradora no tiene contrato o no autoriza la prestación del servicio con la IPS a la cual se acude, se cobra este servicio a los usuarios.

La Defensoría del Pueblo no comparte la acuñación del término «urgencia vital» y los diferentes filtros que vienen aplicando las entidades aseguradoras para que los usuarios accedan al servicio de urgencia. La Defensoría del Pueblo ha manifes-

tado que la deficiente e inoportuna atención de urgencias es causa constante de quejas y reclamos de los usuarios, ya que se da cuenta de la incorporación por parte de los aseguradores de aparentes refinamientos técnicos, consideradas meras ambigüedades reglamentarias, que tocan la esencia y el sentido de la «urgencia» (como acepción de lo inaplazable), además de desconocer su precisión legal. Así, por ejemplo, se ha acuñado el término de «urgencia vital» para impedir o restringir a los usuarios el acceso al servicio. También se ha adoptado una escala de preferencia en la atención de urgencias, de acuerdo a los niveles de su complejidad, conocida como «Triage».

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Actualmente, Colombia ocupa el deshonroso tercer lugar en el número de personas enfermas de VIH/SIDA en América Latina, en donde siete de cada mil personas son portadoras del virus y se estima que, dentro de los siguientes diez años, esta tasa se duplicará.

La tendencia seguirá creciendo mientras no se adopten planes eficaces, proporcionales a la dimensión catastrófica del problema, en materia de prevención. En un reciente estudio elaborado por la Defensoría del Pueblo⁹, se comprobó, con indicadores objetivos, la insuficiente presencia de los programas de promoción de la salud y de prevención de esta patología. En efecto, se constató que el 64% de los usuarios del SGSSS no habían sido beneficiarios de tales programas.

Los aseguradores públicos y privados de salud, que reciben importantes partidas para tales fines, no se empeñan en el diseño de estrategias adecuadas para persuadir a sus usuarios de la importancia de programas como el control prenatal y la salud sexual y reproductiva, trascendentales para la detección de situaciones de riesgo. Ello con el fin de lograr una oportuna intervención para evitar la consolidación o el avance de patologías de alto costo social y económico, tales como la infección por el VIH/SIDA, calificadas por el sistema de salud como «catastróficas» o «terminales».

Por otra parte, tanto las autoridades sanitarias, como algunas empresas de salud no le reconocen la importancia necesaria al tratamiento de esta enfermedad, razón por la que lo niegan, sin mayor recato, con los consecuentes efectos nefastos para las personas enfermas. Lo anterior obliga a la utilización intensiva de un mecanismo constitucional de protección (como el de la Acción de Tutela), para evitar la vulneración de los derechos a la salud y a la vida. En este sentido, el estudio *La Tutela y el Derecho a la Salud*, adelantado por la Defensoría del Pueblo, encontró que, en los últimos cinco años, de cada 100 tutelas interpuestas que invocan el derecho a la salud, seis acciones (el 6%) corresponden a demandas presentadas por portadores del VIH/SIDA. Este porcentaje viene en constante ascenso al pasar del 3% en el año 1999, al 9% en el año 2003, lo que supone un incremento del 200%.

Para dar una idea de la relevancia que tiene el manejo de la mencionada enfermedad, es necesario señalar que del total de las tutelas en salud que exigen tratamientos médicos, el 11% corresponden a pacientes con VIH/SIDA. El incremento de este

⁹ Evaluación de los servicios de salud que brindan las entidades promotoras de salud, 2005.

tipo de acciones judiciales en los últimos cinco años ha sido del 280%. Por su parte, de las tutelas en salud que exigen medicamentos, el 13% corresponde a solicitudes de pacientes con VIH/SIDA. El incremento en los últimos cinco años de este tipo de acciones judiciales ha sido del 232%.

El alto costo que supone el manejo del VIH/SIDA parece generar todo tipo de obstáculos o barreras de acceso para el suministro de los respectivos servicios de salud. La Defensoría del Pueblo ha establecido que, en muchos casos, ciertas empresas de salud ya no actúan ni siquiera bajo el apremio de la tutela, pues sólo son sensibles a las providencias de desacato, lo que no guarda correspondencia con la gravedad y urgencia de la enfermedad.

Para la Defensoría del Pueblo resulta inaplazable la necesidad de implementar programas de educación, promoción, prevención primaria y secundaria, fortalecimiento del binomio madre-hijo y el diagnóstico temprano, con el fin de evitar la transición del VIH al SIDA, así como la adopción por parte del Ministerio de la Protección Social de las guías de manejo que se encuentran para su aprobación.

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.defensoria.org.co>

<http://www.supersalud.gov.co>

<http://www.minproteccionsocial.gov.co>

5. COSTA RICA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.4 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Salud mental. 7.2 Reproducción asistida. 7.3 Trasplantes. 7.4 Cuidados paliativos. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 De acuerdo con la Constitución Política, «toda persona tiene derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado (...) El Estado garantizará, defenderá y preservará ese derecho» (art. 50). De acuerdo con la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (CSJ), el derecho a vivir en un ambiente sano se ha visto como un corolario inevitable del derecho a la salud (Resolución 5691/98) y que ésta depende, en gran medida, de las condiciones ambientales que rodean a las personas (Resolución 180/98).

La CSJ ha señalado que «como no es posible garantizar a nadie la salud perfecta, se ha considerado más correcto, en doctrina, hablar del derecho a la salud. La atención de la salud comprende una variada gama de servicios que incluye la prevención de las enfermedades, la protección ambiental, el tratamiento y la rehabilitación». Además, el órgano constitucional ha reconocido que tanto el derecho a la salud, como el derecho a un ambiente libre de contaminación, sin el cual el primero no podría hacerse efectivo, son derechos fundamentales, de modo que «es obligación del Estado brindar protección, ya sea a través de políticas generales para procurar ese fin o bien a través de actos concretos por parte de la Administración» (Resolución 1763/94).

* **Abreviaturas:** APS = Atención Primaria en Salud; CP = Constitución Política; CPn = Código Penal; CT = Código del Trabajo; CCSS = Caja Costarricense del Seguro Social; CINAI = Centros Integrados de Atención Integral; CCJ = Consejo Superior de Justicia; CSJ = Corte Suprema de Justicia; CNS = Consejo Nacional de Salud; CONARE = Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial; EBAIS = Equipos Básicos de Atención Integral a la Salud; IAFA = Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco dependencia; INS = Instituto Nacional de Seguros; MINSA = Ministerio de Salud Pública; LGAP = Ley General de Administraciones Públicas; LGS = Ley General de Salud; LDD-PUSSPP = Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados; PGR = Procuraduría General de la República; PNS = Política Nacional de Salud.

La Ley General de Salud es la normativa más importante que rige la materia. Dispone que la salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado (art. 1). Además, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud, la Ley General de la Administración Pública, así como los decretos ejecutivos que crean el sector salud y el sistema de salud, son otras leyes relacionadas.

Costa Rica forma parte de diversas organizaciones, tales como la OPS, y ha ratificado la mayoría de instrumentos internacionales relativos a este tema.

1.2 En Costa Rica, el sector salud agrupa una serie de instituciones que tienen como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad. El ente rector es el Ministerio de Salud Pública, al cual le corresponde la definición de la política nacional de salud, la planificación y la coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud. Al MINSAL le corresponde también la rectoría en materia de alimentación y nutrición y salud ambiental. Además, existen una serie de instancias adscritas al MINSAL tales como la Comisión Nacional de Vacunación y Epidemiología, el Consejo Interinstitucional a la Madre Adolescente, el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), y el Instituto sobre Alcoholismo y Fármaco dependencia (IAFA).

Además, existen consejos de coordinación sectorial: el Consejo Nacional de Salud, encargado de analizar los problemas políticos, técnicos e institucionales del sector; el Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA es la máxima instancia a nivel nacional encargada de recomendar las políticas y los programas de acción de todo el sector público en la materia; el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, que tiene como objetivo orientar y coordinar la participación activa de todos los sectores del país, para la adaptación y ejecución de políticas y medidas que procuren la integralidad y la sostenibilidad de acciones dirigidas al desarrollo de la población con discapacidad.

La Caja Costarricense del Seguro Social es la institución autónoma encargada de administrar el seguro de salud y de pensiones, mediante la oferta de servicios de salud para la prevención, promoción, curación, rehabilitación y prestaciones sociales a la población. A la CCSS le corresponde asumir la prestación de los servicios integrales de atención directa a las personas, lo cual incluye los servicios de apoyo clínico (laboratorio, farmacia y rayos X), consulta prenatal, postnatal, planificación familiar, así como los programas de inmunizaciones, cáncer, dermatología sanitaria, control de enfermedades de transmisión sexual, entre otros. Además, otorga protección económica y social tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos en materia de invalidez, vejez y muerte.

El Instituto Nacional de Seguros es una institución autónoma encargada de proteger a la población trabajadora, a la cual le otorga asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria, farmacéutica y de rehabilitación en caso de accidente o de enfermedad laboral.

El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (AyA) tiene como objetivo prestar servicios relacionados con el suministro de agua potable, recolección y tratamiento de aguas negras y residuos industriales líquidos en todo el territorio nacional, así como también los sistemas de alcantarillado pluvial en las áreas urbanas.

1.3 De acuerdo con la ley, al MINSAL le corresponde elaborar, aprobar y asesorar en la planificación que concrete la Política Nacional de Salud, y evaluar y supervisar su cumplimiento. La PNS contiene las prioridades y estrategias que guiarán a las instituciones; está integrada por cuatro ámbitos: a) fortalecimiento y consolidación

del sistema de salud, equidad, universalidad, acceso y calidad; b) recreación y promoción de la salud; c) salud ambiental, y d) desastres, por medio de la cual se busca mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes del territorio nacional con énfasis en los más pobres. Además, existen políticas nacionales en temas específicos como alimentación y nutrición, antidrogas, vigilancia epidemiológica o vacunación, entre otros.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 La atención de la salud de la CCSS está referida a tres niveles: el primer nivel, cuya cobertura está a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud, es responsable de la atención de la población ubicada en un determinado sector geográfico y está encargado de los servicios de promoción de la salud, prevención, curación de la enfermedad y rehabilitación, los cuales se realizan en los ámbitos domiciliario, comunitario, en establecimientos educativos y en la consulta externa de medicina general, para lo cual se han desarrollado cinco programas de atención integral que cubren a diferentes grupos de población: niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores. El segundo nivel apoya al nivel primario mediante intervenciones preventivas, curativas y de rehabilitación (ambulatorias y hospitalarias), y está a cargo de los hospitales regionales y periféricos, albergues temporales y casas de salud. El tercer nivel presta servicios de una mayor complejidad y especialización, y está a cargo de los hospitales nacionales y especializados.

El seguro de salud fue planteado desde sus inicios como un sistema público universal, solidario, equitativo y obligatorio, que tiene por base el aporte tripartito de trabajadores, patronos y Estado. Las formas que adoptan estas contribuciones son diversas, pues los mecanismos de afiliación establecidos por la CCSS son múltiples (asalariado obligatorio, seguro voluntario, asegurado familiar, por cuenta del Estado, pensionado, entre otros). Sin embargo, es importante señalar que el mayor peso recae sobre el grupo de asalariados, pues es el único grupo obligado legalmente a participar en la financiación del seguro de salud (art. 73 CP).

La CCSS cuenta con cinco hospitales especializados, tres nacionales, siete regionales, 14 periféricos, unidades especializadas de Atención de Patologías Específicas de cobertura nacional (clínica oftalmológica, cuidados paliativos, cáncer gástrico, entre otras), 97 áreas de salud, 812 EBAIS, sucursales y agencias. Además, el MINSA cuenta con 53 Centros Integrados de Atención Integral (CINAI) y 477 Centros de Educación y Nutrición (CEN) en todo el país.

Para el 2004, el gasto nacional en salud representó un 7,4% del PIB, con un 5,9% de crecimiento anual promedio. De acuerdo con la CCSS, en el 2004 el seguro de salud tenía una cobertura contributiva del 87,8% de la población. Según la condición de aseguramiento, un 23,8% correspondía a asegurados directos, un 12,8% a los que son por cuenta del Estado, un 6,3% a los pensionados, un 44,8% tenía seguro familiar y un 12,2% no estaba asegurado. Visto desde la PEA, el seguro de salud cubría al 53,4% del total, al 61,8% de la PEA asalariada y tan sólo a un 39,1% de la no asalariada.

El 67% de la atención demandada es del primer nivel de atención en medicina general, y el 22%, de especialidades. El 78% de las personas utilizan la red de servicios de la CCSS (el 57% en EBAIS y el 21% en hospitales). En el INS, la cober-

tura de atención se registra en la modalidad de riesgos de trabajo con un 72,6% y un 27,4% de demanda no cubierta.

El campo de los recursos humanos en salud está regido, entre otros, por el Código de Trabajo, el Estatuto de Servicio Civil y su reglamento, el Reglamento Interior de Trabajo de cada una de las instituciones del sector, la LGAP, la Ley para la Desconcentración de Hospitales y Clínicas (LDHC) de la CCSS, las leyes y estatutos específicos para el ejercicio de profesiones en ciencias de la salud, así como normas y acuerdos en la materia.

Sin embargo, a pesar de que el país cuenta con profesionales especializados en las más avanzadas técnicas (cirujanos pioneros en trasplantes, cardiólogos, ortopedistas, oftalmólogos, entre otros), los servicios de salud vienen enfrentando problemas en los ámbitos de infraestructura hospitalaria, organización de la prestación y funcionamiento. De acuerdo con el MINSA, los principales problemas, en cuanto a planta física, los presentan los hospitales periféricos que atienden poblaciones rurales. De 13 hospitales periféricos evaluados en el 2004, ocho tienen instalaciones en estado crítico y no cumplen el 60% de los estándares especificados, particularmente en los servicios de cirugía, medicina, pediatría, emergencias, anestesiología, así como en los servicios de apoyo (farmacia, nutrición y trabajo social). También se reporta falta de personal profesional, lo que a su vez provoca recargo de funciones y equipos en mal estado, lo que ha dificultado la prestación de los servicios y la ampliación de las llamadas «listas de espera».

2.2 La LDHC de la CCSS, creó las Juntas de Salud como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, el cumplimiento de las normas aplicables a los establecimientos de salud, así como la promoción de la participación ciudadana. Según la ley, las Juntas podrán colaborar con los directores de los hospitales y las clínicas en la elaboración de los anteproyectos y las modificaciones presupuestarias de estos centros, vigilar la correcta ejecución del presupuesto asignado, emitir criterio respecto de los candidatos al cargo de director general de un hospital o clínica antes del nombramiento, participar en la definición de las prioridades y políticas generales del hospital o la clínica en materia de inversión, contratación administrativa y de promoción e incentivos para los trabajadores del centro de salud, acorde con las políticas de la CCSS.

Las Juntas de Salud estarán constituidas por siete miembros: dos representantes patronales de la zona de influencia del centro de salud, tres asegurados y dos representantes de las asociaciones pro hospitales o pro clínicas. Los miembros de la Junta de Salud ejercerán sus cargos *ad honorem* y podrán ser reelegidos (arts. 2 y 5).

Además, existen diversos mecanismos de participación social de las instituciones del sector salud, tales como grupos de voluntarios, asociaciones, programas culturales, recreativos y deportivos, ferias y campañas de salud.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 La LGS, al disponer que la salud de la población es un bien de interés público, señala también una serie de aspectos que el Estado debe garantizar, entre los cuales se puede mencionar la salud ocupacional, la conservación y mejoramiento del medio ambiente y la nutrición.

a) Respecto a la salud ocupacional, la CP establece que todo patrono debe adoptar en sus empresas las medidas necesarias para la higiene y la seguridad del trabajo (art. 66). El derecho se ve protegido por una serie de leyes y reglamentos cuyo cumplimiento debe ser garantizado por las instituciones del sector salud, la LGS, la Ley de Riesgos del Trabajo, el Reglamento sobre Higiene Industrial y el Reglamento General de Seguridad e Higiene del Trabajo, normativa relacionada con la salud ocupacional cuyo cumplimiento debe ser verificado por la inspección del MINSA junto con la del Ministerio de Trabajo.

b) La LGS dispone que toda persona, natural o jurídica, está obligada a contribuir a la promoción y mantenimiento de las condiciones del medio ambiente natural y de los ambientes artificiales que permitan satisfacer las necesidades vitales y de salud de la población (arts. 262 y ss). En este sentido, establece prohibiciones para quienes deterioren por cualquier medio, especialmente el aire, el suelo y el agua, produzcan una disminución de su calidad o los haga inservibles. Además, incluye especiales señalamientos a la protección del recurso hídrico (arts. 264 y ss.), al prohibir la contaminación de las «aguas superficiales, subterráneas y marítimas territoriales, directa o indirectamente, mediante drenajes o la descarga o almacenamiento, voluntario o negligente, de residuos o desechos líquidos, sólidos o gaseosos, radioactivos o no radioactivos, aguas negras o sustancias de cualquier naturaleza que, alterando las características físicas, químicas y biológicas del agua la hagan peligrosa para la salud de las personas, de la fauna terrestre y acuática, o inservible para usos domésticos, agrícolas, industriales o de recreación». La LGS también establece indicaciones para el tratamiento y disposición de desechos sólidos (arts. 278 y ss.) y para la construcción de viviendas y urbanizaciones (prohibiciones de construir en zonas específicas, condicionamientos para los permisos, aprobación del MINSA, entre otros). En cuanto al tema de la contaminación (arts. 293 y ss.), la ley prohíbe a toda persona, física o jurídica, la descarga, emisión o emanación de contaminantes atmosféricos de la naturaleza y en proporciones prohibidas, resultantes de sus actividades personales, domésticas, industriales, comerciales o de cualquier otra índole que cause o contribuya a la contaminación atmosférica¹.

Dentro de los esfuerzos estatales por proteger el medio ambiente, es importante mencionar el «Proyecto Bandera Azul Ecológica», el cual se estableció como un incentivo a hoteleros, cámaras de turismo y comunidades costeras para proteger de manera integral las playas de Costa Rica. El AyA evalúa periódicamente la calidad del agua de las playas con el fin de hacer diagnósticos sanitarios y proteger la salud de los habitantes y visitantes de las zonas costeras, y otorga el reconocimiento a la comunidad que logra satisfacer los aspectos de calidad del agua de mar, calidad de las playas, acceso a agua potable, tratamiento de aguas residuales, educación ambiental, seguridad y administración.

c) Finalmente, respecto a la nutrición y alimentación, la LGS hace especial señalamiento en cuanto a la necesidad de una adecuada nutrición y la ingesta de alimentos de buena calidad (arts. 196 y ss.) y establece disposiciones para quienes se

¹ El 46% que tiene agua intradomiciliar no tiene un control de su calidad. Sólo el 22% cuenta con alcantarillado sanitario, un 68% con tanque séptico y un 10% con letrinas; Un habitante genera 500 gramos de basura por día. Sólo 27 cantones cuentan con rellenos sanitarios que cubren un millón y medio de habitantes. Se carece de celdas de seguridad para desechos peligrosos. La contaminación se ha incrementado con la importación de vehículos.

ocupen en actividades relacionadas con alimentos para consumo humano. Además, se prohíbe toda propaganda que atribuya propiedades terapéuticas a los alimentos o que induzca a error o engaño al público en cuanto a su naturaleza, calidad, propiedades u origen. En cuanto a la calidad, la Ley dispone que toda persona física o jurídica que se ocupe de la importación, elaboración o comercio de alimentos, debe solicitar previamente el permiso del MINSA y la inclusión del producto alimenticio en el correspondiente registro, sujetándose a las disposiciones reglamentarias pertinentes.

3.2 La LGS dispone la obligación de la vacunación² y revacunación contra las enfermedades transmisibles; además, toda persona está obligada a mostrar los certificados de vacunación y de salud cuando la autoridad sanitaria así lo requiera (arts. 150 y 152).

a) El Programa Ampliado de Inmunizaciones contempla vacunas (sarampión, rubéola, difteria, tétanos, tosferina, poliomielitis, hepatitis B, *haemophilus influenzae* tipo B y tuberculosis). El impacto de este programa se refleja en la baja incidencia de algunas de estas patologías hasta incluso su erradicación. Este programa ha mantenido niveles de cobertura del 90% y más. Es importante mencionar además que la elaboración de estrategias de monitoreos rápidos para la identificación de poblaciones sin vacunar de los grupos meta del programa de inmunización (zonas fronterizas, costas), ha permitido elevar la cobertura en cantones que habían mantenido sistemáticamente bajas coberturas.

Además, la LGS dispone que todo establecimiento de educación primaria y media, público o privado, deberá destinar horas de sus programas para la enseñanza de tópicos y normas obligatorias relativas a la salud personal y de trascendencia para la salud de terceros. Asimismo, los medios de comunicación colectiva (prensa, radio, televisión y otros) quedan obligados a destinar el espacio necesario para incluir programas referentes a la enseñanza de tópicos y normas obligatorias relativas a la salud personal y de trascendencia para la salud de terceros, particularmente cuando exista peligro de epidemia o epidemia declarada. Por otra parte, también se establecen prohibiciones para toda propaganda o publicidad engañosa o ambigua que pueda ser perjudicial para la salud de las personas o que pueda inducir a error al público en asuntos relativos a su conservación o recuperación (arts. 259 y 261).

b) De acuerdo con la Ley Orgánica del MINSA, el IAFA es la institución encargada del estudio, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la adicción al alcohol, el tabaco y otras drogas lícitas o ilícitas. Además, será responsable de coordinar y aprobar todos los programas tanto públicos como privados relacionados (art. 22). Por otra parte, la Ley 7501, de regulación del tabaco, prohíbe fumar en lugares tales como cines, teatros, museos, auditorios, clínicas, hospitales y todo lugar destinado a la recreación de las personas menores de edad, vehículos de transporte remunerado de personas, centros de enseñanza públicos y privados, y dependencias estatales. Además, deberán delimitarse áreas especiales para fumar en lugares tales como restaurantes, cafeterías, entre otros (art. 2).

² Para información sobre las campañas de vacunación en personas menores de edad, vid. § 6.2.

4. DERECHOS

4.1 a) *Universalidad*. La LGS consagra la salud de la población como un bien de interés público tutelado por el Estado (art. 1). Como parte del proceso de reforma al sector salud, la CCSS estableció los EBAIS, compuestos por un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico de atención primaria; su característica más importante, según la CCSS, es atender al ser humano desde los puntos de vista biológico, psicológico y social. De acuerdo con lo dispuesto por la CCSS, los EBAIS deben «...ofrecer atención básica a toda la población, con la finalidad de cerrar la brecha de acceso y oportunidad de servicios, producida entre los habitantes de zonas rurales y aquellos que viven en las zonas urbanas».

b) *Accesibilidad*. En lo que se refiere a la Atención Primaria en Salud (APS), la Ley dispone que existirá un EBAIS por cada cinco mil habitantes. En cuanto a las especialidades, muestran un déficit, lo que entre otros factores incide en la acumulación de citas a largo plazo y produce lo que dentro del sector se han llamado «colas». También se tiene evidencia de la concentración de especialistas en los hospitales, particularmente los nacionales. Por otra parte, con excepción de los poblados de baja densidad y acceso geográfico difícil, que en la mayoría de los casos reciben una visita periódica (semanal, quincenal o mensual) del EBAIS más cercano, los problemas de accesibilidad geográfica en atención primaria prácticamente han desaparecido con la implementación del nuevo modelo de atención.

c) *Continuidad*. El Reglamento del Seguro de Salud establece que todos los asegurados son iguales ante la Ley y los reglamentos (art. 2).

d) *Extensión*. De acuerdo con la CP, las personas extranjeras tienen los mismos deberes y derechos individuales y sociales que los costarricenses (art. 19). En lo que se refiere al sistema de Seguridad Social, toda persona nacional o extranjera que presente una comprobación de derechos (orden patronal) emitida por la CCSS a su nombre, es sujeta de todos los derechos y beneficios que otorgan los seguros de salud y de maternidad, invalidez, vejez y muerte, para ella y sus beneficiarios. Cuando se trate de mujeres embarazadas extranjeras en condición irregular o indocumentada y no aseguradas, la primera atención ambulatoria u hospitalaria será gratuita. Sin embargo, en ninguna de ambas situaciones procederá el otorgamiento de beneficio por cuenta del Estado, razón que será comunicada inmediatamente a la interesada.

En cuanto a vacunas, se indica que las correspondientes al esquema básico oficial serán de acceso y aplicación irrestricta y gratuita para todas las personas que lo solicitan, independientemente de cualquier condición, incluido el estatus migratorio.

Por otra parte, la Sala Constitucional ha hecho referencia en varias oportunidades a la obligación de reconocer la igualdad entre personas nacionales y extranjeras: «Este Tribunal constitucional ha considerado que, en tratándose de derechos fundamentales o derechos humanos, los costarricenses y los extranjeros están en igualdad de condiciones, ya que esos derechos no derivan de la condición de nacional o extranjero, sino de la propia dignidad humana. De manera que, en esa materia, cualquier distinción que se hiciese entre costarricenses y extranjeros sería contraria a los artículos 19 y 33 constitucionales. De manera que, en esa esfera de derechos derivados de la dignidad humana, el de ser reconocido como sujeto de derecho, el derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la salud, al disfrute de un ambiente sano y libre de contaminación, a la intimidad y, en general, todos aquellos derechos que por su naturaleza no requieren de condiciones especiales de nacionalidad

o de ciudadanía de su titular para su ejercicio, por ser consustanciales a la esencia misma del ser humano» (Resolución 01415/99).

e) *Calidad*. De acuerdo con la LGAP, la actividad de los entes públicos «deberá estar sujeta a los principios fundamentales del servicio público, para asegurar la continuidad, su eficiencia, su adaptación a todo cambio en el régimen legal o en la necesidad social que satisfacen y la igualdad en el trato de los destinatarios, usuarios o beneficiarios» (art. 4).

Además, el Reglamento del Seguro de Salud establece el derecho de los asegurados a recibir la aplicación pertinente sobre su estado de salud, sobre la evolución futura y la instrucción suficiente de toda indicación o contraindicación médica, así como esperar una atención continua y a recibir información sobre sus necesidades de atención posteriores a su egreso, así como a recibir adiestramiento de acuerdo con los recursos institucionales, sobre cómo cuidar personalmente su salud (art. 75).

En años recientes, la CCSS ha emprendido diversas iniciativas orientadas a resolver problemas como los largos tiempos de espera para atención en procedimientos diagnósticos de consulta externa (gastroscopias, ecocardiogramas, ultrasonidos ginecológicos, entre otros) y en una serie de especialidades como sistema vascular periférico y ortopedia. Entre las medidas para superar éstas y otras limitaciones, están los compromisos de gestión y la desconcentración de los centros de salud. Una tendencia favorable es la creciente asignación de recursos al nivel primario de atención (27% del presupuesto total efectivo de la CCSS).

La CP establece que los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, ambiente y seguridad, a recibir información adecuada y veraz, a la libertad de elección y a un trato equitativo (art. 46).

4.2 El sistema de salud costarricense permite, por medio de la Seguridad Social, tener acceso a los medicamentos, aunque no de manera ágil. La CCSS suministra el 80% de los medicamentos que consume la población; en lo que se refiere a los estupefacientes, la LGS le da la potestad exclusiva de su importación al MINSA, el cual vende estos productos a farmacias y servicios prestadores de atención registrados (arts. 128 y 129).

No existe una política de regulación del precio de los medicamentos, los cuales se venden de acuerdo con la oferta y la demanda; por ello, se han desarrollado políticas para mejorar la accesibilidad en el sector privado que han permitido una mayor competencia y apertura del mercado de medicamentos³.

Por otra parte, la LGS establece que es obligatorio registrar un medicamento antes de su fabricación, importación o comercialización (art. 113 y ss.), lo que permite garantizar su calidad. Por esa razón se emitió un Reglamento de Inscripción, Control, Importación y Publicidad de Medicamentos, cuyo propósito es establecer los requisitos y trámites necesarios para todas las personas que fabrican, importan o comercializan este tipo de productos en el país. En este decreto se definen los requisitos que deben cumplir las drogas nuevas, los fármacos multiorígen y los alimentos dietéticos.

Con el propósito de facilitar la accesibilidad de la población a los medicamentos, se desarrolló una política para fomentar el empleo de los productos genéricos;

³ Se puso en práctica un programa de información al consumidor, así como una línea gratuita que atendió consultas de más de 30.000 habitantes en temas como la ubicación y datos de farmacias, los medicamentos disponibles, sus precios y los medicamentos genéricos existentes.

sin embargo, debido a que su calidad y eficacia han sido cuestionados, el decreto establece la necesidad de identificar aquellos que tengan riesgos sanitarios, los cuales además de los requisitos mencionados, requieren estudios de equivalencia terapéutica. Este Reglamento ha significado un gran paso para asegurar la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos.

La aplicación de este conjunto de normas, acompañada por el proceso de capacitación que se ha venido desarrollando con la participación de la industria privada, las universidades y la Dirección de Registros y Controles, brinda a los usuarios un respaldo acerca de la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos disponibles en Costa Rica. Como complemento a estas acciones, se estableció un procedimiento de vigilancia de las alertas emitidas por la OMS y países avanzados en materia de medicamentos (como los de la Unión Europea).

4.3 a) Derecho de información. La LGS dispone que toda persona tiene derecho a obtener, de los funcionarios competentes, la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y de la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y uso de elementos técnicos especiales. Asimismo, hace especial referencia a los derechos de las mujeres embarazadas a recibir los servicios de información materno-infantil, al control médico durante su embarazo; a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el período de lactancia (art. 10 y ss.).

El Reglamento del Seguro de Salud de la CCSS establece que todos los pacientes y asegurados tienen derecho a recibir la información necesaria sobre su estado de salud en términos que pueda entender, así como a las implicaciones que conllevan una intervención o tratamiento al que debe ser sometido. Además, deberá ser informado de la razón de solicitud de cualquier medida diagnóstica, terapéutica o petición de prueba complementaria y de las demoras en la espera de los servicios, así como también conocer el nombre del médico tratante y del personal responsable de su atención, así como la especialidad y calificación del personal y su responsabilidad en la coordinación, selección y administración del tratamiento (art. 75).

b) *Derecho a la intimidad y confidencialidad.* La CP garantiza el derecho a la intimidad de las personas (art. 24). Además, la CSJ ha indicado que el derecho a la intimidad es el «derecho del individuo a tener un sector personal, una esfera privada de su vida, inaccesible al público salvo expresa voluntad del interesado» (Voto 5376/94). El Reglamento del Seguro de Salud indica que todos los informes y registros deben recibir trato absolutamente confidencial, salvo cuando por ley especial deba darse noticia de ellos a las autoridades sanitarias (art. 75).

c) *Regulación de la historia clínica.* La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados establece que cualquier persona tiene derecho a hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda información relativa a su enfermedad, salvo cuando por ley especial deba darse noticia a las autoridades sanitarias (art. 2).

d) *Derecho al consentimiento.* La LGS dispone que ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o de la persona llamada a darlo legalmente si estuviera impedido para hacerlo. Únicamente se hace la

excepción cuando las intervenciones tienen el carácter de urgentes (art. 22). Además, el Reglamento del Seguro de Salud establece que los asegurados tienen derecho a tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo (art. 75).

En lo que se refiere a la eutanasia, el Código Penal establece prisión para quien, movido por un sentimiento de piedad, mate a un enfermo grave o incurable «ante el pedido serio e insistente de éste, aun cuando medie vínculo de parentesco» (art. 116).

5. GARANTÍAS

5.1 El Código Penal establece diferentes sanciones para quien, directa o indirectamente, atente contra la salud de los demás.

a) Los delitos de lesiones (art. 123 a 130) protegen a la persona frente a los actos que puedan dañar su integridad física o mental, causarle disfunciones intelectuales, sensoriales o físicas, o trastornos emocionales. Se consideran lesiones gravísimas aquellas que produzcan incapacidad permanente para el trabajo, pérdida de un órgano, imposibilidad de usar un órgano o miembro o la pérdida para engendrar o concebir.

b) El delito de omisión de auxilio (art. 144) castiga a «quien encuentre perdido o desamparado a un menor de diez años o a una persona herida o amenazada de un peligro cualquiera y omita prestarle el auxilio necesario según las circunstancias, cuando pueda hacerlo sin riesgo personal (...) con una multa igual a la mitad del salario mínimo establecido». El juez podrá aumentar esta sanción hasta el doble, considerando las condiciones personales del autor, sus posibilidades económicas, los efectos y la gravedad de la acción.

c) En el CPn se establecen sanciones (días multa o prisión) para quien atente contra la salud pública, particularmente «a quien envenene, contamine o adultere de modo peligroso aguas o sustancias alimenticias o medicinales destinadas al uso público o de una colectividad». También se contemplan sanciones para «quien sea responsable de la propagación de enfermedades infecto-contagiosas, para quien suministre sustancias medicinales en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica o diversa de la declarada o convenida, así como para quien ejerza ilegalmente la medicina» (arts. 261 y ss.). Además, el CPn señala sanciones a quien sustraiga u oculte artículos insalubres (art. 414) y a los empresarios o industriales que no adopten las medidas necesarias para evitar los escapes de humo, vapor o gas que causen molestias al público o perjudiquen su salud, o que no provean la eliminación de desechos que ocasionen contaminación ambiental (art. 415).

5.2 La Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud Públicos y Privados (LDDPUSSPP) creó la Auditoría General de Servicios de Salud (AGSS), como órgano de desconcentración máxima del MINSA, con el objetivo de tutelar los derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados establecidos en todo el territorio nacional, así como recibir, investigar y atender los reclamos o denuncias que presenten los usuarios de servicios de salud por la presunta violación a sus derechos e iniciar de oficio las

investigaciones referentes a presuntas violaciones a los derechos de los usuarios de los servicios de salud (art. 13).

La AGSS podrá, además, conocer aquellas denuncias o reclamos referidas a acciones u omisiones que pongan en grave riesgo la salud de las personas, o que impliquen un deterioro de la calidad de los servicios de atención médica. En la tramitación de tales asuntos, la Auditoría General promoverá la aplicación de los mecanismos de resolución alterna de conflictos previstos en el ordenamiento jurídico (art. 23).

La queja, reclamo o denuncia podrá ser presentada por escrito o verbalmente, de inmediato o, a más tardar, dentro de los cinco días hábiles siguientes al hecho que los originó, salvo cuando el afectado se encuentre internado; en tal caso, el plazo comenzará a correr a partir de su egreso del establecimiento de salud. No se requerirá de formalidades especiales; sin embargo, deberá indicarse la información que permita identificar al afectado, incluyendo lugar o medio de notificación, los hechos u omisiones que motivan su reclamo, indicación de las posibles personas o dependencias involucradas, y cualquier referencia a elementos de prueba. En aquellos reclamos o denuncias donde figure como afectado un menor de edad, éste deberá estar acompañado por sus padres o representantes. En todos los casos se deberá guardar reserva de la identidad del denunciante cuando éste lo haya solicitado expresamente. La Ley dispone que la AGSS no podrá conocer los asuntos que hayan sido interpuestos ante las autoridades judiciales y que se encuentren pendientes de resolución, así como tampoco aquellos sobre los cuales exista un pronunciamiento judicial con autoridad de cosa juzgada. La investigación que se realice deberá ser sumaria e informal, con audiencia a las partes afectadas; cuando el resultado de la investigación determine que en un establecimiento se pone en riesgo la salud o la integridad de los usuarios, la AGSS procederá a comunicar tal situación a las autoridades de salud para que se adopten las medidas sanitarias especiales contempladas en la LGS (arts. 22 a 43).

5.3 La LDDPUSPP dispone que todo establecimiento de salud, clínica, hospital público o privado, deberá contar con una Contraloría de Servicios de Salud (art. 14), a la cual le corresponde recibir las quejas o denuncias por violación a los derechos del paciente y realizar las investigaciones internas preliminares, de oficio o a solicitud de parte, sobre fallas en el servicio o violaciones a los derechos del paciente. Además, le corresponde contribuir activamente a la formación de una cultura institucional orientada al usuario; informar y orientar oportunamente a los pacientes sobre sus derechos y responsabilidades, así como sobre la organización, el funcionamiento, la prestación de los servicios y demás trámites administrativos que sean de su interés; llevar un registro de las reacciones de los pacientes frente a los servicios que permita medir el grado de avance en el logro de los cometidos de mejoramiento continuo de la calidad, y elaborar informes semestrales sobre las denuncias recibidas y las resoluciones emitidas.

Para cumplir su cometido, las Contralorías de Servicios de Salud tendrán libre acceso, en cualquier momento, a todos los libros, archivos y documentos de la entidad, así como a otras fuentes de información relacionadas con su actividad; solicitar a cualquier funcionario o empleado, en la forma, las condiciones y el plazo que estimen convenientes, los informes, datos y documentos necesarios para el cabal cumplimiento de sus funciones; solicitar a funcionarios y empleados, de cualquier nivel jerárquico, la colaboración, el asesoramiento y las facilidades que demande su ejercicio (arts. 10 y ss.).

La Ley que crea la Defensoría de los Habitantes establece que éste es el órgano encargado de proteger los derechos y los intereses de los habitantes y debe velar porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la CP, las leyes, los convenios, los tratados, los pactos suscritos por el Gobierno y los principios generales del derecho. Además deberá promocionar y divulgar los derechos de los habitantes. De acuerdo con las competencias asignadas por ley, le corresponde garantizar la prestación de los servicios de salud y el respeto a los derechos de los pacientes. Específicamente, la Dirección de Calidad de Vida es la instancia de la Defensoría encargada de velar por la protección del derecho a un ambiente sano, el derecho de atención a la salud y el derecho a una vivienda digna, temas estructurales del acontecer nacional y que inciden directamente en la calidad de vida de los habitantes⁴.

5.4 El fundamento de la responsabilidad objetiva por daños se encuentra prevista en la CP al señalar que encontrarán reparación para las injurias o daños que hayan recibido en su persona, propiedad o intereses morales, y que además deberá hacerse justicia pronta, cumplida, sin denegación y en estricta conformidad con las leyes (art. 41).

La LGAP dispone que «la Administración deberá reparar todo daño causado a los derechos subjetivos ajenos por faltas de sus servidores cometidas durante el desempeño de los deberes del cargo o con ocasión del mismo» (art. 191) y que «cabrá responsabilidad por el daño de bienes puramente morales, lo mismo que por el padecimiento moral y el dolor físico causados por la muerte o por la lesión inferida» (art. 197). La PGR señala que el artículo 190 de la LGAP «consagra un régimen de responsabilidad objetiva por parte de la administración, lo que significa la obligación de responder por todos los daños que cause su funcionamiento, legítimo, ilegítimo, normal o anormal, siempre que se trate de lesiones resarcibles (...) no sólo por la conducta de su autor, sino básicamente porque quien los sufre no tiene el deber jurídico de soportarlos y en el entendido que exista la relación de causa efecto entre el hecho que se imputa y el daño producido, que debe ser siempre directa» (Consulta 106/92).

Sin embargo, una resolución de la Sala Primera de la CSJ es contundente al indicar que «no se le exige probar la culpa de la administración, o del funcionario, en la producción del daño. Es suficiente, para la precedencia de la indemnización la efectividad del daño sufrido». (Resolución 38/96).

El CPn establece que los delitos contra la salud serán de conocimiento de los tribunales penales correspondientes, según las reglas que sobre jurisdicción y competencias en materia penal contengan las leyes respectivas (art. 385 y 386).

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 De acuerdo con la CP, la mujer embarazada dispone de protección especial por parte del Estado (arts. 51 y 55). De acuerdo con la LGS, «toda madre gestante tiene derecho a los servicios de información materno-infantil, al control médico du-

⁴ Sobre la actuación de la Defensoría de los Habitantes, vid. § III.

rante su embarazo, a la atención médica del parto y a recibir alimentos para completar su dieta, o la del niño, durante el periodo de lactancia» (art. 12). Por otra parte, tanto el Código de Trabajo, como el Reglamento del Seguro de Enfermedad y Maternidad de la CCSS señalan que la mujer tiene el derecho a 16 semanas de licencia por maternidad (un mes antes y tres meses posteriores al parto) (art. 95 CT), a recibir su salario durante el periodo de la licencia (50% aportado por la CCSS y el otro 50% por el patrono), a prestaciones médicas durante el embarazo y el parto, una hora diaria de lactancia por el periodo que el médico certifique como necesario para el o la menor, así como la prohibición del despido durante el embarazo, parto y posparto. Si esto sucediera, la trabajadora podrá gestionar ante el juez de trabajo su reinstalación inmediata en pleno goce de todos sus derechos (art. 94 bis CT). Cuando por causa justificada, originada en falta grave a los deberes derivados del contrato, el patrono deba despedir a una mujer embarazada, se requiere una autorización de la Dirección Nacional de Inspección del Trabajo del MTSS, previa comprobación de la falta (art. 94 CT). Al respecto, la Sala Segunda de la CSJ señala que «no es concebible que el Estado, llamado a tutelar aquel derecho fundamental, tome en cuenta el estado de embarazo de la servidora para negarse a mantenerla en el empleo mientras la situación particular del puesto lo permite porque, en el fondo, se está haciendo lo que el ordenamiento no quiere que se haga».

Es importante señalar, además, que se han producido avances para mejorar la salud preventiva para las mujeres en edad reproductiva (entre 18 y 44 años). Desde la perspectiva de la salud integral de las mujeres se han promovido acciones a través del Programa de prevención y detección del cáncer cérvico-uterino y de mama, así como un nuevo modelo de atención de la salud en el Hospital de las Mujeres.

El derecho de las mujeres a contar con servicios de consejería profesional y optar por la esterilización quirúrgica se reconoció mediante el Decreto Ejecutivo 27913-S, el cual autoriza a los hospitales públicos y privados a realizar la esterilización quirúrgica de hombres y mujeres a partir de los 18 años, si así lo desean y sin que medie más que su decisión personal. En este sentido, la persona deberá suscribir un documento en el cual manifieste su consentimiento informado, que conoce las consecuencias irreversibles en su capacidad reproductiva, así como libera de toda responsabilidad al médico tratante y a la institución que la practique bajo el principio del apego a las leyes del buen arte médico (art. 5 d).

En Costa Rica, el derecho a la vida es protegido constitucionalmente (art. 21), y la acción tendiente a dañar o destruir una vida en gestación es sancionada por el Código Penal. La interrupción del embarazo está tipificado como delito contra la vida y penalizado con prisión (art. 118). La pena respectiva se elevará, si del hecho resulta la muerte de la mujer. Sin embargo, no es punible el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios (art. 121).

6.2 En los últimos años se ha producido una disminución en la tasa de mortalidad infantil: 9,25 por cada mil nacidos vivos, la más baja registrada en el país. Costa Rica tiene la esperanza de vida más alta de la región y es el tercer país con la menor tasa de mortalidad infantil, superado solamente por Cuba y con tasas similares a Chile. De acuerdo con el Sistema Nacional de Análisis de la Mortalidad Infantil (SINAMI), las muertes infantiles se dan sobre todo en el periodo neonatal, básicamente por afecciones en el periodo perinatal, malformaciones congénitas y enfer-

medades del sistema respiratorio e infecciosas. Además, un estudio realizado en el 2004 determinó que un 40% del total de casos era prevenible⁵.

Para dar cumplimiento a lo estipulado en la Convención de los Derechos del Niño, así como al Código de la Niñez y la Adolescencia, instrumentos en los cuales se garantiza el derecho a la atención médica de que gozan los niños, niñas y población adolescente, los centros o servicios públicos de prevención y atención de la salud están obligados a prestar, en forma inmediata, el servicio que esta población requiera, sin discriminación de raza, género, condición social ni nacionalidad. No podrá aducirse ausencia de sus representantes legales, carencia de documentos de identidad, falta de cupo ni otra circunstancia.

Además, las personas menores de edad tienen derecho a que sus padres y el Estado velen por su salud y su desarrollo social, físico y psicológico, por lo que tienen derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la mayoría de edad; los que presenten discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y emocionales gozarán de servicios especializados. Por otra parte, la LGS dispone que todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos, así como participar en los programas de educación sobre salud y en nutrición complementaria, que deberán ofrecer los establecimientos educacionales públicos y privados (arts. 13-16).

De acuerdo con la LGS, los padres y encargados son responsables por la vacunación obligatoria oportuna de los menores a su cargo. Además, dispone que la presentación de certificados de vacunación y revacunación obligatorias y cualesquiera otros que la autoridad sanitaria disponga, será requisito para la matrícula anual de los escolares (arts. 151 y 153).

6.3 La CP y las leyes disponen que todas las personas son iguales y que no existirá discriminación. En lo que se refiere al sistema de Seguridad Social, toda persona nacional o extranjera que presente una comprobación de derechos (orden patronal) emitida por la CCSS a su nombre, es sujeta de todos los derechos y beneficios que otorgan los seguros de salud, y de maternidad, invalidez, vejez y muerte, para ella y sus beneficiarios. El Reglamento del Seguro de Salud establece que «tratándose de no asegurados, cuando la atención sea urgente, serán atendidos de inmediato, bajo su responsabilidad económica, entendiéndose que el pago podrá hacerse, en esta hipótesis, después de recibir la atención médica. En el caso de que la atención no sea de urgencia o de emergencia, el pago deberá efectuarse por el no asegurado antes de recibir la atención, sin perjuicio de poner a su disposición las alternativas de aseguramiento que ofrece la institución» (art.61).

Cuando se trate de mujeres embarazadas extranjeras en condición irregular o indocumentada y no aseguradas, la primera atención ambulatoria u hospitalaria será gratuita; sin embargo, en ninguna de ambas situaciones procederá el otorgamiento de beneficio por cuenta del Estado, razón que será comunicada inmediatamente a la interesada.

En cuanto a vacunas, se indica que las correspondientes al esquema básico oficial serán de acceso y aplicación irrestricta y gratuita para todas las personas que lo solicitan, independientemente de cualquier condición, incluido el estatus migratorio.

⁵ Datos del SINAMI incluidos en el 11.º Informe del Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, Proyecto Estado de la Nación, 2005, p. 83.

La tutela del derecho a la salud no sólo se ve protegido por las normas de carácter general que lo regulan, sino que tiene un reforzamiento expreso para el caso concreto de las etnias indígenas en los artículos 24 y 25 del Convenio 169 de la OIT. Dichas normas establecen que los regímenes de Seguridad Social se deben extender progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. El país ha realizado importantes esfuerzos para poner a disposición de los pueblos indígenas costarricenses los servicios de salud adecuados o los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, con el fin de que las ocho etnias indígenas del país puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

En cuanto al perfil de mortalidad de la población indígena, éste ha venido cambiando. Las muertes por enfermedades infecto-contagiosas han cedido a las causadas por enfermedades crónicas y traumatismos, a un ritmo semejante al experimentado por la población nacional. No obstante, la brecha entre ambas poblaciones continúa. Por otra parte, la tendencia de las defunciones indígenas a causa del cáncer y otras enfermedades crónicas es menor respecto al resto del país. Los indígenas han incrementado su población de ocho a 16 habitantes por cada diez mil habitantes en el período de 1970 a 1999, mientras que la población no indígena ha pasado de 17 a 22 en el mismo tiempo. Respecto de la tasa de defunciones causadas por enfermedades crónicas (diferentes del cáncer), para el mismo período la tasa aumentó de 15 a 30 habitantes en los distritos indígenas y de 35 a 45 en el resto del país, destacándose que si bien la brecha ha disminuido, esto ha obedecido al vertiginoso aumento de este tipo de padecimientos en la población indígena.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 El ordenamiento jurídico costarricense tiene un conjunto de disposiciones relativas a los derechos de las personas con discapacidad mental, promulgados a inicios de la década de los setenta, entre los que cabe mencionar la LGS, la Ley de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad (LIOPD), la Ley de Derechos y Deberes de las Personas Usuaris de los Servicios de Salud Públicos y Privados. La LGS hace especial referencia al internamiento, voluntario e involuntario (art. 22 y 30), y obliga al director del establecimiento a comunicar los ingresos que no son voluntarios en forma inmediata a la CSJ (Juzgado de Familia de la jurisdicción correspondiente). Por otra parte, la LIOPD desarrolla una serie de derechos para las personas con discapacidad, que incluye a los enfermos mentales, como el derecho a la educación, al trabajo, al transporte y a los servicios de salud, entre otros.

Los trastornos mentales cada vez están tomando más importancia como problema de salud pública. Diferentes estudios y encuestas señalan que los principales problemas detectados se refieren a la violencia intrafamiliar, el alcoholismo y la drogadicción, el abuso sexual, los trastornos depresivo-ansiosos y el suicidio.

La enfermedad, más que la salud mental, es atendida por una amplia red de hospitales y clínicas de la CCSS, mediante consultas ambulatorias, hospitalizaciones, medicina de enlace y atención de emergencias⁶. Se cuenta con dos hospitales na-

⁶ Se cuenta con recursos humanos altamente especializados: aproximadamente 73 psiquiatras y 81 psicólogos.

cionales especializados⁷ y servicios de psiquiatría en cinco hospitales nacionales. En los siete hospitales regionales y trece periféricos se cuenta con un psiquiatra; también se dispone de consulta externa en nueve clínicas del área metropolitana. La proporción de consulta por trastornos mentales casi no ha variado en los últimos veinte años y se produce con mayor frecuencia en hombres (4,05%) que en mujeres (3,95%). De las consultas por trastornos mentales, el 65% corresponde a trastornos neuróticos y de la personalidad, seguidos de la psicosis y otras alteraciones mentales.

La necesidad de fomentar y mantener un enfoque de salud mental se ha venido desarrollando en la última década con los programas de «Escuelas para padres», «Comités de niño agredido», «Programas de promoción y prevención sobre alcoholismo y fármaco dependencias en adultos, niños y adolescentes», así como también el desarrollo de programas escolares como «Trazando el camino» y «Habilidades para la vida», elaborados por el IAFA y ejecutados en coordinación con el Ministerio de Educación. Otras entidades como el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU), Fundación Ser y Crecer, PANIAMOR, realizan acciones de prevención de la violencia y el abuso.

7.2 Aunque hace unos años la fecundación asistida estuvo regulada por Decreto Ejecutivo 24029-S, una acción de inconstitucionalidad, presentada en abril de 1995 ante la SC, prohibió la práctica. Para el Tribunal Constitucional, a pesar de que considera que «los avances de la ciencia y la biotecnología son tan vertiginosos que la técnica podría llegar a ser mejorada (...) las condiciones en las que se aplica actualmente llevan a concluir que cualquier eliminación o destrucción de concebidos voluntaria o derivada de la impericia de quien ejecuta la técnica o de la inexactitud de ésta viola su derecho a la vida».

7.3 De acuerdo con la LGS y la Ley de autorización para trasplantar órganos y materiales anatómicos humanos (LATOMAH), los trasplantes de órganos vitales sólo podrán efectuarse en establecimientos de atención médica que hayan sido especialmente autorizados por el MINSA, después de comprobar que disponen de elementos profesionales especializados, de instalaciones y equipos adecuados, debiéndose cumplir, además, las exigencias reglamentarias pertinentes (art. 23). La LATOMAH señala, además, que la extracción de órganos u otros materiales anatómicos de fallecidos podrá realizarse siempre y cuando éstos no hayan dejado constancia expresa de su oposición, (art. 9) y cuando la persona haya manifestado su oposición, debe hacerlo constar por escrito y enviarlo a cualquiera de los hospitales del país, quienes lo remitirán a la Comisión reguladora de trasplante de órganos y materiales anatómicos humanos, la cual lo hará constar en un registro especial y enviará copia del documento a cada uno de los centros hospitalarios autorizados dentro de los siguientes siete días hábiles. A este registro tendrán acceso permanente todos los centros hospitalarios del país (art. 10)⁸.

⁷ El Hospital Nacional Psiquiátrico es un centro de referencia con funciones de docencia e investigación.

⁸ Aun cuando la Ley señala que toda persona, al solicitar o renovar la cédula de identidad, deberá completar un formulario en el que manifieste su consentimiento u oposición para donar sus órganos y materiales anatómicos o parte de ellos cuando fallezca, esto no ha podido llevarse a la práctica.

7.4 En abril de 1999 se creó el Centro Nacional de Control del Dolor y Cuidados Paliativos de la CCSS (aunque ya existía como Clínica desde 1991), con el propósito de brindar atención a los pacientes con dolor a causa del cáncer u otras enfermedades incurables. Presta sus servicios dando un tratamiento integral al enfermo con dolor o en estado terminal, que incluye también la atención a la familia. Se le alivia su dolor, se le brinda terapia psicológica, física, respiratoria y se le da servicio de nutrición. El Centro tiene tres equipos médicos que visitan a esos pacientes en su hogar y se complementa con la incapacidad que se da a un familiar para que permanezca los últimos meses de vida con el enfermo y lo atienda. Se enseña a los familiares cómo atender al paciente que va a cuidar. Actualmente, además del Centro Nacional, existe una red de 24 clínicas de control del dolor y cuidados paliativos en el primero y segundo nivel de atención, y en instalaciones de la CCSS en todo el país, que tienen a su cargo la atención de los pacientes terminales en consulta externa y visita domiciliar.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

De acuerdo con datos del MINSA, en el año 2004 se diagnosticaron 1.800 casos de SIDA, de los cuales 113 personas murieron por esa causa. El 80% de los casos se presenta en el grupo de 25 a 44 años, siendo la población de hombres que tienen sexo con hombres la más afectada (43,79%). La tendencia de la mortalidad fue en aumento entre 1984 a 1997, pero sufre un descenso a partir de 1998 con la introducción de la terapia antirretroviral (de 176 casos en 1997, se pasó a 113 en el 2004).

La Ley establece que la información relativa a la vigilancia epidemiológica del VIH será codificada y confidencial, para proteger la identidad de las personas infectadas (art. 16). Para prevenir la transmisión del VIH, los bancos de productos humanos (sangre, leche materna, semen, órganos y tejidos) deberán realizar las pruebas correspondientes para determinar la existencia de hepatitis B, hepatitis C, sífilis, VIH y cualquier otra enfermedad infecto-contagiosa, según determinen las autoridades competentes de salud (art. 19). A las personas que conozcan su condición de infectados por el VIH se les prohíbe donar sangre o sus derivados, semen, leche materna, órganos o tejidos (art. 21).

El Estado, por medio del MINSA, deberá informar adecuada y oportunamente a la población sobre la problemática del VIH/SIDA con datos científicos actualizados en cuanto a las formas de prevenir esta enfermedad. Además, el Consejo Superior de Educación, en coordinación con el MINSA, incluirá en los programas educativos temas sobre los riesgos, las consecuencias y los medios de transmisión, las formas de prevenir la infección y el respeto por los Derechos Humanos. Además, gestionará, ante las universidades públicas y privadas y sus respectivas unidades académicas, que se incluyan en las carreras profesionales de las ciencias de la salud, programas de estudios relativos a la prevención y atención del VIH/SIDA. Todos los centros de salud, públicos o privados, deberán facilitar a sus trabajadores capacitación adecuada acerca del manejo del VIH/SIDA y de los medios e instrumentos recomendados por el MS para asegurar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad y ofrecerles las condiciones y los recursos necesarios para evitar el contagio (arts. 30 y 32).

Todo portador del VIH/SIDA tiene derecho a contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición, por parte del personal profesional y

técnico. Además, tiene derecho a recibir asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería, así como todo tratamiento que le garantice aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad (arts. 6 y 7).

La Ley establece además que la CCSS deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH/SIDA, y los médicos tratantes deberán presentar a la CCSS reportes sobre su aplicación de dichos medicamentos (art. 7). La Corte, según Resolución 0767/98 de febrero de 1998, obligó a la CCSS a suministrar los medicamentos antirretrovirales a las personas que viven con VIH/SIDA.

La confidencialidad es un derecho fundamental de las PVVS; además, tienen derecho a comunicar su situación a quien deseen; sin embargo, las autoridades sanitarias deberán informarle de su obligación de comunicarlo a sus contactos sexuales y advertirle, a su vez, sus responsabilidades penales y civiles en caso de contagio (art. 8). Para efectos exclusivamente probatorios en un proceso penal o de divorcio en materia de familia y a solicitud de la autoridad judicial competente, el personal de salud que atienda al paciente deberá reportar la situación de infección por el VIH, con el debido respeto a su dignidad humana (art. 9).

La CP consagra la igualdad ante la ley y la no discriminación contraria a la dignidad humana (art. 33). La LG VIH/SIDA establece que toda persona portadora tiene los derechos y las obligaciones consagrados en la CP, los instrumentos internacionales sobre derechos fundamentales ratificados por Costa Rica y demás legislación relacionada con la materia y prohíbe la discriminación y cualquier acto estigmatizador o segregador en contra de las personas que viven con VIH/SIDA, de sus parientes y allegados. Prohíbe las restricciones y las limitaciones de sus derechos y libertades, excepto los casos de comportamientos de riesgo o peligrosos que la misma Ley señala. Además, establece que las personas con VIH/SIDA tienen derecho a no sufrir interferencias en sus actividades civiles, familiares, laborales, profesionales, educativas, afectivas y sexuales, de acuerdo con las recomendaciones de protección (arts. 3 y 10); asimismo, señala sanciones a quien aplique, disponga o practique medidas discriminatorias por opción sexual o por algún padecimiento de salud o enfermedad (art. 48).

9. FUENTES EN INTERNET

Sistema Nacional de Legislación Vigente. Normativa nacional e internacional ratificada por el país, jurisprudencia, consultas de constitucionalidad y pronunciamientos de la Procuraduría General de la República

<http://www.pgr.go.cr/sinalevi>

Gobierno de la República. Información sobre instituciones públicas

<http://www.casapres.go.cr>

Información y programas del Ministerio de Salud Pública

<http://www.netsalud.sa.cr>

Defensoría de los Habitantes

<http://www.dhr.go.cr>

Percepciones y estudios temáticos

<http://www.estadonacion.or.cr>

6. EL SALVADOR*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Bioética. 7.3 Personas mayores. 7.4 Enfermedades graves. 7.5 Trasplantes. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución de la República de El Salvador reconoce que «es obligación del Estado asegurar a los habitantes de la República, el goce de la libertad, la salud, la cultura, el bienestar económico y la justicia social» (art. 1.3), y dispone que «la salud de los habitantes de la República constituye un bien público que obliga, desde un punto de vista dual¹, tanto al Estado como a las personas, a velar por su conservación y restablecimiento» (art. 65.1). De esta manera, la categoría de derecho humano fundamental no es explícita en la Cn., pero la misma se deduce dado que

* **Abreviaturas:** Cn. = Constitución de la República de El Salvador; CSSP = Consejo Superior de Salud Pública; CP = Código Penal; CSSP = Consejo Superior de Salud Pública; CS = Código de Salud; CT = Código de Trabajo; CM = Código Municipal; CRSS = Consejo de Reforma del Sector Salud; CNSPRIS = Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral de Salud; CONASIDA = Comisión Nacional contra el SIDA; DE = Decreto Ejecutivo; DL = Decreto Legislativo; FOSALUD = Fondo Solidario de Salud; ISSS = Instituto Salvadoreño del Seguro Social; LSS = Ley del Seguro Social; LAMN = Ley de Asistencia del Magisterio Nacional; LSMHM = Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio; LPCIVIH = Ley Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana; LISRI = Ley del Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos; LACAP = Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública; LSIBASI = Ley del Sistema Básico de Salud Integral; MINTRAB = Ministerio de Trabajo; MSPAS = Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; MG = Ministerio de Gobernación; OPS/OMS = Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; RM = Resolución Ministerial; SNF = Secretaría Nacional de la Familia; SSC = Sentencia de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia.

Salvo que se diga otra cosa, los datos estadísticos citados se obtuvieron en <http://www.mspas.gob.sv> y en <http://www.iss.sv>.

¹ La jurisprudencia concibe esta relación obligacional en torno a un derecho, como la que se genera tanto para el Estado como para las mismas personas. Vid. Sentencia de la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia (SSC) 348-99.

los preceptos relativos a la salud corresponden a la sección cuarta, Salud Pública y Asistencia Social del capítulo II, Derechos Sociales del título II, Los Derechos y Garantías Fundamentales de la Persona, de la Cn. La jurisprudencia, entonces, ha considerado la salud como un derecho humano al haber sido «positivado constitucionalmente en virtud de considerar que no basta proteger al hombre únicamente en su dimensión individual, sino como miembro de una colectividad en la que, coordinadamente con la comunidad política, contribuya a realizar metas comunes», lo cual es congruente y se sustenta en la disposición constitucional que establece que «El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación» (art. 65.2).

La Cn. reconoce, igualmente, el derecho a la Seguridad Social (art. 50), aunque el mismo se encuentra agrupado en el texto constitucional junto al derecho al trabajo. Además, el precepto constitucional establece que «la seguridad social constituye un servicio público de carácter obligatorio», remitiendo a la legislación secundaria la regulación de su alcance, extensión y forma, pero estableciendo que «dicho servicio será prestado por una o varias instituciones, las que deberán guardar entre sí la adecuada coordinación para asegurar una buena política de protección social, en forma especializada y con óptima utilización de los recursos».

Por último, El Salvador ha ratificado las normas internacionales más importantes, en materia de salud, siendo la última de ellas el Convenio 155 sobre seguridad y salud de los trabajadores de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de 1981, y su respectivo Protocolo de 2002². El Estado salvadoreño, conforme a sus compromisos convencionales, remite informes al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Respecto al último (E/1990/6/Add. 39), el Grupo de Trabajo del Comité, en mayo de 2005, remitió una lista de cuestiones que debían abordarse al examinar el segundo informe periódico del país, entre las que figura la solicitud de información respecto a los aspectos de política pública y de cobertura del sistema sanitario nacional.

1.2 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se constituye en el «organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud, dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud» (art. 40 CS).

También participan, como proveedoras de servicios, en su calidad de instituciones autónomas, o dependientes de otras entidades de Gobierno, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Bienestar Magisterial, la Dirección General de Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador (FAES), regidos jurídicamente por una relación de colaboración y coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) (arts. 1 al 3 CS).

Para velar por la salud de la población, también funciona, con rango constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública «conformado por igual número de representantes de los gremios médico, odontológico, químico-farmacéutico, médico veterinario, laboratorio clínico, psicología, enfermería» y otros que dicho Consejo haya calificado para tener su respectiva junta. La presidencia y secretaría de estas juntas es nombrada por el órgano Ejecutivo y es la encargada de conocer y resolver los

² La ratificación del C155 de la OIT ocurrió en junio de 2000, mientras que la del P155 de la misma organización internacional se dio en marzo de 2004.

recursos que se interpongan en contra de los organismos legales de cada profesión (denominados Juntas de Vigilancia) que resuelven en torno al ejercicio de las mismas (art. 68 Cn. y art. 5 CS). En coordinación con el MSPAS (arts. 14 al 17 CS), compete al CSSP vigilar «el ejercicio de las profesiones relacionadas de un modo inmediato con la salud del pueblo, los organismos y servicios de salud pública, los servicios de salud privada e instituciones oficiales autónomas que presten servicios de salud» (art. 4 CS).

Por su parte, los gobiernos locales se ejercen en las municipalidades³, teniendo carácter autónomo, en lo económico, lo técnico y lo administrativo, y cuyas facultades se rigen por el DL 274/1986 o Código Municipal (arts. 202 y 203 Cn.). Estos deben conducir y gerenciar el bien común local y, entre sus competencias, figuran: «la promoción y desarrollo de programas de salud, como el saneamiento ambiental, la prevención y el combate de enfermedades»; «la regulación del funcionamiento extraordinario obligatorio en beneficio de la comunidad de las farmacias y otros negocios similares», y «la prestación del servicio de aseo, barrido de calles, recolección y disposición final de basuras» (arts. 4.5, 4.13 y 4.19 CM). Asimismo, los gobiernos locales ejercen facultades que, indirectamente, impactan en la protección del goce de la salud de la población, en particular, las relacionadas con el desarrollo urbano y rural, la calidad e higiene de establecimientos para el procesamiento, abastecimiento y comercialización de productos de consumo humano (restaurantes, mercados, tianguis, mataderos, etc.), y la promoción de alternativas habitacionales (arts. 4.1, 4.2, 4.14 y 4.17 CM).

En la Asamblea Legislativa opera la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales (art. 39.12 DL 756/2005), que tiene a su cargo el conocimiento y estudio especializado de la legislación, referida a este área del quehacer legislativo y, en particular, lo relativo a «la protección de servicios de salud que prestan el Estado y los particulares, incluyendo los servicios médicos, también dictamina sobre el informe de labores de los Ministros de Medio Ambiente y de Salud Pública».

1.3 Según la Cn., le corresponde al Estado determinar «la Política Nacional de Salud», así como controlarla y supervisarla (art. 65, 2 Cn.). Hasta la fecha, sin embargo, únicamente se ha elaborado un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional y se cuenta con Planes Táctico-Operativos. En relación a ello, se están implementando los siguientes programas de carácter nacional: de atención integral en salud (a la niñez, a la mujer, al adolescente, al adulto masculino, al adulto mayor); de atención integral a la salud ambiental; de ITS/VIH/SIDA; de tuberculosis; de salud bucal; de salud mental; de prevención del cáncer cérvico-uterino; de control de la enfermedad de *Hansen* (lepra); de fortificación de alimentos; de enfermedades transmisibles por vectores (*dengue*, malaria, *chagas* y *leishmaniasis*); y el de escuela saludable.

En el marco del proceso de reforma de salud, la Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral de Salud (creada por DE 51/2003) fue instalada, por mandato presidencial, desde 2003, y aún se encuentra definiendo políticas específicas relacionadas con la promoción de la salud, los recursos humanos y la participación social en salud.

³ El Salvador se encuentra dividido políticamente en 262 municipios, los cuales se inscriben en la división geográfica del territorio en 14 departamentos.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 En el actual Sistema Nacional de Salud coexisten varios subsectores: el Público, el de Seguridad Social (prestado por el ISSS), Servicios Médicos Autónomos (del magisterio, personal castrense y de sus grupos familiares) y el Privado (lucrativo y no lucrativo).

El MSPAS ha aplicado la modalidad de compra de servicios de salud a instituciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales, vía contratación para la prestación de los mismos, concretamente para dar cobertura, en el área rural y en zonas de extrema pobreza. Asimismo, diversos servicios de salud han sido objeto de concesión a entidades privadas, mediante concurso público con el ISSS. Hasta hace poco, éstos se referían a servicios de apoyo (desde vigilancia, limpieza y alimentación, hasta implantes de ortopedia, realización de mamografías de tamizaje y ultrasonografías, laboratorio clínico, entre otros). Sin embargo, a partir de 2005, han sido externalizadas tanto la consulta especializada como la subsecuente especializada, mediante la contratación de clínicas privadas, incluidas las de profesionales que laboran en el propio ISSS. El Programa de Bienestar Magisterial no cuenta con una capacidad instalada propia para prestar los servicios médico-hospitalarios al sector docente y a sus grupos familiares. Por ello, opera mediante licitaciones públicas con la contratación de personal médico, farmacias y hospitales privados, a cargo del Ministerio de Educación (art. 3 LSMHM).

En El Salvador no se ha superado, aún, el debate alrededor de un sistema único o mixto de salud, lo que, a criterio de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos y de otros actores relacionados con la salud, debe ratificarse como de carácter público. Pese a la coexistencia de los servicios públicos y privados, el sector salud se caracteriza por la descoordinación, la duplicación de esfuerzos y la falta de atención de varias zonas del país, lo que deja fuera de cobertura a cerca de dos tercios de la población, especialmente en el área rural. Lo anterior ha generado graves inequidades, no sólo en términos de cobertura, sino de calidad en la atención en salud. Alrededor del 90% de los establecimientos de salud pertenecen al sector privado lucrativo, se ubican en zonas urbanas (especialmente en los tres principales departamentos del país: San Salvador, Santa Ana y San Miguel) y dan respuesta a casi la mitad de las consultas externas en el Sistema.

La Ley 775/2005, del Sistema Básico de Salud Integral, estableció la organización del MSPAS en tres niveles: a) *Superior*, conformado por la Secretaría de Estado, rectora de la administración pública de la salud, a quien le corresponde planificar, ejecutar la política nacional de salud, así como controlar y supervisar su aplicación y la gestión nacional de los recursos asignados; b) *Regional*, conformado por las Direcciones Regionales, que constituyen el nivel técnico y administrativo gestor de los recursos asignados a los SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) y responsable del control de la gestión de los recursos hospitalarios, y c) *Local*, conformado por la red operativa de establecimientos de salud integrados en los SIBASI y por los hospitales (arts. 2 al 5 LSIBASI).

Los servicios de salud que provee el MSPAS comprenden los tres niveles de atención: a) primer nivel, a cargo de las unidades de salud, casas de la salud y centros rurales de salud y nutrición; b) segundo nivel, que incluye los hospitales nacionales generales y los hospitales nacionales regionales, y c) tercer nivel, al que corresponden los hospitales nacionales especializados (arts. 6 al 13 LSIBASI). Hasta el 2005, la Red Nacional de Establecimientos de Salud registró 369 unidades de sa-

lud, 170 casas de salud, 51 centros rurales de salud y nutrición, tres clínicas, dos centros de atención de emergencias y 30 hospitales, tres de ellos centros especializados de referencia nacional⁴.

El ISSS cuenta, a nivel nacional, con 11 hospitales, 34 unidades médicas, 34 clínicas comunales y 222 clínicas empresariales, una unidad de medicina física, además de seis farmacias generales (aparte de las que funcionan en los establecimientos médico-hospitalarios) y una unidad de pensionados. La atención brindada a su población cubre programas especializados, incluidos de alta tecnología, entre los que destacan los servicios y tratamientos oncológicos, de cirugía cardiovascular, litotripsia extracorpórea, trasplante renal, cirugía oftalmológica y neurotraumatología. Por su parte, el Bienestar Magisterial provee al sector docente de servicios de «medicina general y especializada, incluyendo la hospitalización, consulta externa, cirugía, administración de medicamentos, laboratorios, radiografía asistencia ginecológica y obstétrica y, además, el control de niños sanos y la consulta odontológica» (art. 2 LSMHM). La atención médico-hospitalaria, al personal militar y sus familiares beneficiarios, es prestada a través del Hospital Militar (arts. 5, 39 y 93 RHMC y arts. 112 y 113 LCM). La población, en general, puede acceder a estos servicios médicos pagando por los mismos.

En El Salvador, el gasto total en salud equivale a un 8,8% del PIB, lo que lo posiciona por encima del resto de países centroamericanos e, incluso, del promedio latinoamericano. Un rasgo característico es el elevado porcentaje (cerca del 55%) que corresponde al componente privado, particularmente el que realizan las familias y que representa más del 4% del PIB. El gasto público en salud ronda el 3,7% y, si bien ha experimentado un crecimiento respecto a la década de los noventa (entonces menor al 2% del PIB), continúa situando a El Salvador muy por detrás de Panamá, Costa Rica y Honduras en la región. El MSPAS y el ISSS predominan en la estructura de financiamiento público del Sector Salud y su relación con el PIB es similar (1,6% y 1,7%, respectivamente), aunque como se señaló *supra* sus poblaciones beneficiarias difieren significativamente. Lo anterior se traduce en un gasto per cápita anual también bastante desigual, 48 \$\$ en el Ministerio y 223 \$\$, el ISSS. A ello se suma el Bienestar Magisterial con una cifra que alcanza los 103 \$.

Las fuentes de financiamiento público del Sector Salud son diversas, pero provienen de los impuestos generales recolectados por el Estado y asignados en el Presupuesto General de la Nación (arts. 223 al 227 Cn.), así como de las cotizaciones que conforme a la ley deben aportar los trabajadores y trabajadoras y el sector patronal y estatal. Ambas fuentes configuran más del 85% de dicho financiamiento, aunque el mayor peso recae sobre estas últimas, por unos seis puntos porcentuales de diferencia.

Desde el año 2001, pese al incremento progresivo en el monto de los recursos del MSPAS, la tendencia ha sido hacia la disminución en relación al presupuesto del Estado, lo que ha significado afectar el acceso a los servicios de salud de importantes sectores de la población. A finales de 2004, se creó el Fondo Solidario para la Salud que pretende «establecer los mecanismos legales para el financiamiento y gestión de programas especiales para la conservación de la salud pública y asistencia social,

⁴ Estos son: el Hospital Nacional de Maternidad «Dr. Raúl Argüello Escolán», el Hospital Nacional Rosales y el Hospital Nacional de Niños «Benjamín Bloom», todos ellos en la ciudad capital, San Salvador.

con énfasis en atender lo relacionado con la extensión de la cobertura en servicios esenciales de salud en las áreas rural y urbana, así como la atención de urgencias y emergencias médicas en todos sus aspectos» (art. 1 LFOSALUD)⁵.

En el 2002 se contabilizaban 12 médicos por cada diez mil habitantes y una razón de 0,5 enfermeras por cada profesional médico, las cuales han sido consideradas insuficientes para dar respuesta a las necesidades de salud existentes. Esto sitúa a El Salvador en una posición intermedia en la región centroamericana. Del total de profesionales médicos contratados por el sector público, el 62% se encuentran en el MSPAS, un 31% en el ISSS y un 2,4 en Bienestar Magisterial y la Dirección de Sanidad Militar. En el caso del Ministerio, una cuarta parte de su personal médico se encuentra concentrado en los tres hospitales especializados de referencia nacional, situados en la ciudad capital. En términos generales, existe una sobre oferta de profesionales (a pesar de lo cual, existe mala distribución y sub-utilización del recurso humano), con un enfoque eminentemente curativo y concentrada en el área metropolitana de San Salvador.

2.2 El CSSP se constituye en la máxima instancia estatal que promueve la participación articulada de diferentes sectores profesionales para velar por la salud de la población.

En el ámbito local se constituyeron los SIBASI, entidades encargadas de la coordinación entre los centros hospitalarios nacionales y demás establecimientos de salud, similares y relacionados (públicos y privados), así como con los gobiernos municipales en una determinada jurisdicción (art. 16 LSIBASI). Queda aún pendiente la evaluación y capitalización de la experiencia referida a los SIBASI, y su respectiva regulación en cuanto al fomento de la corresponsabilidad y participación ciudadana. Entre los resultados que el MSPAS destaca está la conformación de 1.800 redes de participación ciudadana y 351 Comités de Consulta Social, constituidos por asociaciones comunales, grupos de autoayuda y otras formas organizativas locales. Los Comités han sido concebidos, alrededor de los SIBASI, como «mecanismos para que la población pueda ejercer un papel de contralor social en la prestación de servicios de salud y de «cogestor» para la movilización de recursos financieros».

Por otra parte, se han contabilizado en el país unas 135 ONGs, sin fines de lucro, que prestan diversos servicios de salud (médicos, odontológicos y nutricionales, especialmente), muchas de las cuales han mantenido coordinación con el MSPAS desde hace años o le han sustituido en zonas no atendidas por éste.

Constituido a finales de los noventa el Consejo de Reforma del Sector Salud, (DE 15/1999), fue la primera instancia que reconoció un nivel de participación representativa de diversos sectores y ONGs especializadas en salud, para la definición de los grandes lineamientos del proceso de reforma del sistema sanitario nacional, que deberían traducirse en las políticas, medidas y demás instrumentos normativos relacionados con ella. La polémica sobre la privatización del sector hizo que, en septiembre del 2003, se creara la CNSPRIS que a mediados de mayo de 2006 entregó una propuesta a la Presidencia de la República para su consideración y eventual aprobación.

⁵ Se constituye con recursos asignados por el Ministerio de Hacienda en cada ejercicio fiscal, de los ingresos por producción y comercialización de alcohol y de bebidas alcohólicas; productos del tabaco; armas de fuego, municiones, explosivos y artículos similares» (art. 12 LFOSALUD).

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En el caso de El Salvador, al MSPAS le compete privilegiadamente la atención de los condicionantes básicos de la salud, referidos a la nutrición, alimentación y bebidas, saneamiento ambiental, basura y otros desechos (arts. 52, 53, del 56 al 60, del 74 al 78, del 82 al 95 CS). Para tal efecto, deberá establecer y mantener la debida colaboración «con los demás Ministerios, Instituciones Públicas y Privadas, y Agrupaciones Profesionales o de Servicio que desarrollen actividades relacionadas con la salud (art. 41.2 CS).

a) En cuanto a la Seguridad e Higiene del trabajo, en El Salvador existe un importante subregistro de los accidentes laborales y éstos son contabilizados únicamente por el ISSS, el cual estima que ocurren entre 25 y 27 mil accidentes de trabajo al año, cifra que tiende a duplicarse al incluir a las personas atendidas en la red hospitalaria nacional.

b) En el caso del agua, la legislación sanitaria remite a la Asociación Nacional de Acueductos y Alcantarillados (arts. 61 al 65 CS), delegando al MSPAS el control de la calidad del agua para el consumo humano. Pese a ello, y sin haberse resuelto satisfactoriamente el acceso de la población a fuentes de agua mejorada (que alcanza a un 82%, pero cuyo servicio no es continuo y tiene una baja tasa de cobertura en lo rural, configurando una situación de escasez relativa, por debajo del promedio centroamericano), se tiene una grave problemática de contaminación, con serias repercusiones en la salud, especialmente en cuanto a la prevalencia e incidencia de enfermedades epidémicas como diarrea, parasitismo y dengue, entre otras. Según datos oficiales, alrededor del 30% de salvadoreñas y salvadoreños no tienen condiciones adecuadas de saneamiento básico, elevándose esta cifra en el área rural aproximadamente al 47%.

c) La prevención de accidentes y de la violencia se incluye entre las atribuciones del MSPAS, el cual debe abordarse en conjunto con otras dependencias gubernamentales (arts. 181 al 183 CS). El Salvador destaca como uno de los países más violentos de la región latinoamericana, lo que ha significado que el MSPAS destine, como mínimo, aproximadamente una cuarta parte de su presupuesto hospitalario para atender casos relacionados con situaciones de esta naturaleza, equivalente a más del 10% de su presupuesto total y a uno de los costos más altos en Latinoamérica. Las lesiones de causa externa (especialmente por heridas con arma blanca y de fuego, y accidentes de tránsito) figuran como un factor crucial de la morbilidad en el país y la quinta causa de mortalidad en los hospitales.

3.2 Según la Cn., en El Salvador, «el Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación» (art. 65, 2), teniendo además la obligación de realizar la vigilancia del ejercicio profesional en salud, el control permanente de la calidad de los productos químico-farmacéuticos, veterinarios y alimenticios, y de «las condiciones ambientales que puedan afectar la salud y el bienestar» de la población (arts. 66 al 70 Cn.). El CS establece que corresponde al MSPAS «dicar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la salud» y «orientar la política gubernamental en materia de salud pública y asistencia social» (arts. 40 y 41.1). La educación para la salud se define como una «acción básica del Ministerio» que es delegada, sin embargo, a una labor conjunta entre el Ministerio de Educación y el MSPAS, y a la colaboración de los medios de comunicación con este Ministerio (arts. 44 al 46 CS).

a) El MSPAS ha realizado campañas de vacunación a menores de edad y personas adultas mayores, así como ha brindado atención frente a epidemias en forma conjunta con el ISSS, en un esfuerzo por complementar recursos insuficientes de las instituciones o ante coyunturas de gravedad en salud (como ha ocurrido, recientemente, en los casos de *influenza* y rotavirus, o en situaciones de desastre natural).

b) Los aspectos relacionados con el combate y disuasión respecto a la drogadicción, alcoholismo y tabaquismo son competencia del MSPAS (arts. 186 al 190 CS), en acciones coordinadas con otras instituciones públicas y privadas para la orientación y educación en salud, así como en relación al control, tratamiento y desintoxicación de personas alcohólicas y drogodependientes. Desde 2005 se pretende que el FOSALUD se encargue del fomento de «campañas de educación de salud, con el fin de prevenir enfermedades derivadas del uso y consumo de sustancias nocivas y peligrosas para la salud de las personas» (art. 4.d LFOSALUD), pero aún no se ha implementado.

Asimismo, la Comisión Salvadoreña Antidrogas es el ente rector y referente en las medidas administrativas en drogadicción (DE 86/1995). Según el Plan Nacional Antidrogas 2002-2008, el papel se concibe, fundamentalmente, para el tratamiento y la rehabilitación, más que en el ámbito preventivo, y con un mayor apoyo para la información y generación de estadísticas al respecto.

Por su parte, lo relativo al control de la producción, elaboración y venta de las bebidas alcohólicas recae en el MSPAS y el CSSP, en coordinación con el Ministerio de Hacienda y gobiernos municipales, los cuales también son los responsables de imponer las sanciones correspondientes ante las infracciones cometidas a la legislación específica (arts. 1, 2 y del 47 al 55 de la Ley 640/1996, Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas).

c) Respecto al tabaquismo, desde hace más de dos años se encuentra en discusión en la Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales (antes Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública), de la Asamblea Legislativa, un anteproyecto de ley destinado a regular la promoción, publicidad, patrocinio, comercialización y consumo del tabaco, elaborado conjuntamente por el MSPAS y representantes de la sociedad civil (la Asociación de Exfumadores Salvadoreños, EX-FUSAL, y el Centro para la Defensa del Consumidor, CDC). Estas últimas han asumido un mayor protagonismo en la demanda de su aprobación, frente a la fuerte oposición y críticas que han expresado empresas y entidades privadas relacionadas con la producción y venta de este producto, lo que ha hecho que el anteproyecto se haya postergado.

4. DERECHOS

4.1 a) *Disponibilidad.* La asistencia pública en salud, en particular respecto a los servicios médicos generales y especializados, depende del plan integral de salud pública que establezca el Ministerio y del programa nacional para su implementación, así como de las normas generales «para coordinar y unificar los procedimientos que han de seguir todos los establecimientos públicos de asistencia médica a fin de evitar duplicidad y dispersión de esfuerzos» (arts. 194 y 195 CS).

b) *Universalidad.* La cobertura de la asistencia médico-hospitalaria continúa siendo insuficiente, dada la débil o inexistente articulación entre los diferentes provee-

dores de salud. Los últimos años se ha dado prioridad a la rehabilitación de los establecimientos del primer nivel, dañados por los terremotos de 2001, más que a la expansión de los mismos en zonas especialmente rurales. Hay carencia de infraestructuras públicas de salud, pese a que las unidades de salud son a las que recurre, mayoritariamente, la población en pobreza, relativa y extrema.

La provisión directa de servicios que realiza el MSPAS va dirigida al 80% de la población, aunque, en términos efectivos, se estima que sólo logra cubrir, únicamente, entre el 50% y el 55%. La cobertura del ISSS no sobrepasa el 17% de la población y la atención que prestan los Servicios Médicos Autónomos sólo alcanza, aproximadamente, un máximo de un 3,5%, en total. El porcentaje cubierto por los servicios del sector Privado no es significativo a nivel hospitalario, pero sí en cuanto a la atención del total de las consultas externas en el sistema, aunque se calcula que representa entre el 5% y el 10% de la atención prestada en el sector. Con todo, se calcula que, por lo menos, un 25% de la población no está cubierta por el sistema sanitario nacional.

El indicador referido al número de camas hospitalarias, por cada mil habitantes, ubica a nuestro país en el 1,6, superando (en la región centroamericana) únicamente a Honduras con el 1,1 y Guatemala con el 1,0 y muy cerca de Nicaragua con el 1,5. A su vez, más del 43% de la dotación de camas se encuentra concentrada en cinco hospitales de tercer nivel del país.

No existen restricciones legales, de ninguna naturaleza, para gozar del derecho a la salud; sin embargo, en la práctica ello se ve superado, principalmente, por condicionamientos geográficos y socioeconómicos, lo que inhibe buscar los servicios públicos de salud a un alto porcentaje de la población (superior al 40%), pese a requerir de ellos.

La seguridad social se reconoce como «un servicio público de carácter obligatorio» (art. 50 Cn.). Sin embargo, la asistencia sanitaria prestada por el ISSS es restringida y está asegurada a trabajadoras y trabajadores cotizantes, que se acreditan mediante su tarjeta de afiliación (arts. 29, 31 y 34 LSS y arts. 7 al 13 y 16 del Reglamento 37/1954, para la Aplicación del Régimen del Seguro Social, RARSS).

c) *Accesibilidad.* Según la Cn., corresponde al Estado brindar asistencia gratuita «a los enfermos que carezcan de recursos y a los habitantes en general, cuando el tratamiento constituya un medio eficaz para prevenir la diseminación de una enfermedad transmisible» (art. 66) Asimismo, establece que «el Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo» (art. 70). El CS establece la organización del MSPAS pero no hace referencia alguna al precepto de gratuidad (art. 193). Pese a ello, desde hace años y aunque únicamente existe regulación al respecto para los hospitales, ha funcionado, en todos los establecimientos públicos de salud, el cobro de una cuota denominada voluntaria, que se ha constituido en un pago exigido para la prestación de todos los servicios de salud, incluida la dispensa de medicamentos. A mediados de 2002, la Presidencia de la República dispuso la abolición de dichas cuotas, lo que se tradujo en una sustitución de esta práctica por la solicitud de donaciones a los pacientes. Desde 2002, únicamente se garantiza por ley la gratuidad de los servicios públicos para la población adulta mayor⁶ y, hasta la fecha, persisten la inconformidad individual y las protestas sociales respecto al cobro por los servicios, lo que significa que, al

⁶ Artículo 10 de la Ley 717/2002, de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (LAIPAM).

menos, una cuarta parte de personas en pobreza no puede ser atendida en la red sanitaria pública.

Al mismo tiempo se ha incrementado, sustancialmente, la preferencia por consultar a ONGs (cuya atención es totalmente gratuita). Por lo menos, un tercio de la población opina que el alto costo de la salud se constituye en el principal problema del país. En el caso del ISSS, únicamente se ha ampliado, vía reglamentaria, la incorporación al régimen del Seguro Social de trabajadoras y trabajadores independientes, no así quienes laboran en el sector agrícola y doméstico, que continúan excluidos de este tipo de prestaciones en salud. Aproximadamente una tercera parte de las personas que no se movilizan a los establecimientos públicos de salud en caso de enfermedad, aducen lejanía de los mismos. Cerca de una cuarta parte es población que está en situación de pobreza.

d) *Calidad.* Dos terceras partes de la infraestructura, equipo y tecnología hospitalaria del MSPAS son obsoletas y, por lo menos, la mitad de sus hospitales requiere reparaciones, reforzamiento o reconstrucción. El ISSS tiene una mayor oferta y descentralización de especializaciones y mayor cantidad de servicios de apoyo. Además, a la atención general y especializada del ISSS se suma la medicina preventiva, con posibilidad de subsidiar económicamente, de manera proporcional y temporal, una incapacidad laboral relacionada con cualquier tratamiento médico detectado en este marco (arts. 71 y 72). Además de los beneficios señalados, las trabajadoras aseguradas o cónyuges de trabajadores asegurados gozan, en caso de maternidad, de un subsidio en dinero (si no efectúa trabajo remunerado), una ayuda para la lactancia «en especie o en dinero, cuando la madre esté imposibilitada, según dictamen de los médicos del Instituto, para alimentar debidamente a su hijo», y una «canastilla maternal» (arts. 59 y 60).

La calidad en la asistencia sanitaria no es homogénea. En el caso de los centros hospitalarios públicos, se refiere específicamente a la atención oportuna «con dignidad y respeto» para todos los pacientes, así como a servicios inmediatos y satisfactorios, en particular en relación a las emergencias (arts. 4, 5, 37 y 38 RGHMSPAS). Recibir «un trato digno y respetuoso» y «un servicio de la máxima calidad posible» están consignados, incluso, como derechos de la población usuaria de los hospitales públicos (art. 114 a y e). En el ISSS no se consigna jurídicamente la garantía de la calidad en la atención en salud.

Las quejas e inconformidad sobre los tiempos de espera son recurrentes, no sólo respecto a la atención primaria, sino también de emergencia, tanto en la red de establecimientos del MSPAS como del ISSS y, especialmente, respecto a procedimientos quirúrgicos y consulta especializada. No hay regulación al respecto ni instancias expeditas que garanticen la adecuada supervisión y el control de la calidad de la formación ni el ejercicio profesional en salud, ni se establece una efectiva protección de las personas en el proceso de atención del restablecimiento, conservación y rehabilitación de su salud. La libre elección de médico tampoco está establecida por ley.

4.2 El derecho al medicamento no se encuentra garantizado como tal en el ordenamiento jurídico salvadoreño. El desabastecimiento (hasta en un 50%) de medicamentos (no sólo para enfermedades crónicas sino hasta del grupo básico) ha sido una problemática permanente en la red pública del Ministerio y del ISSS, en gran medida por el insuficiente financiamiento destinado para ello (el cual en el caso del MSPAS ha tendido a disminuir en los últimos años). Como ya se dijo, al menos una

cuarta parte de la población considera que éste es el principal problema de salud en el país. Esta situación ha significado que, aproximadamente, la mitad de la población salvadoreña prefiera automedicarse o deba destinar un alto porcentaje de sus ingresos familiares a la compra de medicamentos recetados e inexistentes en el sistema sanitario. A ello se agrega que, según el Banco Mundial, las medicinas en el país se consideran caras y de baja calidad.

4.3 a) Derecho de información. La Ley sí establece el derecho de las personas a que se les eduque e informe «especialmente» para no poner en riesgo la vida, la salud, la seguridad de las personas y el medio ambiente (arts. 4 d y 7 LPC). En el caso de los hospitales públicos del MSPAS, se consignan como derechos de los pacientes (asociados al derecho a la información): conocer su diagnóstico, los beneficios y eventuales riesgos de su tratamiento; a que se avise a sus familiares por cualquiera de sus necesidades y en caso de fallecimiento; y a recibir orientación acerca de sus deberes y derechos que tienen en el hospital (art. 114 b, i y j RGHMSPAS). Corresponde al Departamento de Servicio Social la orientación a la familia sobre la situación de los pacientes (art. 65) y se reconoce el derecho de la población usuaria de los centros hospitalarios a que se les extiendan las constancias o certificaciones que soliciten relacionados con los servicios recibidos» (art. 116).

b) *Derecho al consentimiento.* En el caso de tratamientos especiales o quirúrgicos, los pacientes, «en condiciones mentales normales», tendrán que autorizarla por escrito «y, en caso de menores de edad o inconscientes, será autorizado por la persona responsable y evaluado por Acta Notarial legalizada» (art. 115). El ISSS vincula el derecho al consentimiento con la responsabilidad institucional y, en particular, respecto «a las consecuencias que sobrevinieren al asegurado o beneficiario a causa de las atenciones o tratamiento que recibiere fuera de los servicios del Instituto, cuando se negare a hospitalizarse o cuando no siga el tratamiento facultativo prescrito» (art. 22 RARSS). En estos casos se declara eximido de dicha responsabilidad.

No hay regulación para establecimientos de salud de naturaleza no hospitalaria, respecto al derecho a la información, a la confidencialidad ni al consentimiento.

El CP define y sanciona como delito al homicidio piadoso o «causado por móviles de piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o poner fin a graves padecimientos», en casos especificados por Ley, entre ellos, que «la víctima se encontrare en un estado de desesperación por sufrimientos observables, que fueren conocidos públicamente y que la opinión de los médicos que la asistan así lo hubiere manifestado» (art. 130). En esta misma lógica se considera delito la inducción o ayuda al suicidio (art. 131).

5. GARANTÍAS

5.1 a) El CP protege la salud y sanciona el homicidio culposo con prisión de dos a cuatro años, cuando «la muerte culposa se produjere como consecuencia del ejercicio de una profesión o actividad médica o paramédica, se impondrá, además, la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de tal profesión o actividad por un término de dos a cuatro años» (art. 132).

Las lesiones y golpes, cuando son de menor gravedad, se consideran faltas y protegen contra quien «por cualquier medio ocasionare a otro un menoscabo de su in-

tegridad física o psíquica que le produjere incapacidad para atender sus ocupaciones ordinarias o enfermedad por un período no mayor de diez días, o que necesitare asistencia médica por igual tiempo, (quien) será sancionado con arresto de quince a veinticinco fines de semana» (art. 375). Incluye el caso de no impedirle a la víctima «dedicarse a sus ocupaciones habituales, ni requirieren asistencia médica», lo que disminuye la sanción.

Por otro lado, el mismo CP regula como delito aquellas lesiones que implican un mayor daño a la integridad personal, clasificándolas como: lesiones, lesiones graves, lesiones muy graves, lesiones agravadas, lesiones culposas (arts. 142 al 147). La legislación penal salvadoreña no ha configurado el delito de mala *praxis* o mala práctica médica, por lo que, según sea el caso, dicha conducta tiene que ser sancionada por medio de los tipos penales de naturaleza culposa (por la imprudencia, impericia, ignorancia o abandono inexcusable que encierran) que, como se ha visto *supra*, regula el CP respecto al homicidio o las lesiones.

En cuanto a la persona no nacida, el CP distingue las lesiones de las lesiones culposas (arts. 138 y 139, respectivamente), siendo las primeras consideradas delitos graves y castigadas con prisión hasta por diez años, mientras que las segundas se sancionan con una multa de 50 a 100 días.

b) El delito de omisión del deber de socorro se castiga con multa de 50 a 100 días, por lo que no es un delito grave y se refiere a quien «no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiere hacerlo sin riesgo propio ni de tercero», lo mismo a «quien impedido de prestar socorro, no solicitare con urgencia auxilio ajeno. Si la víctima lo fuere por accidente ocasionado por el que omitió el auxilio, la pena será de prisión de seis meses a un año y multa de 50 a 100 días» (art. 175). Por su parte, «el que denegare asistencia sanitaria de la que se derivare riesgo grave para la salud de las personas, será sancionado con multa de 50 a 100 días e inhabilitación especial de profesión u oficio de uno a dos años, si el autor realizare actividad médica, paramédica o sanitaria» (art. 176)

c) Los delitos relativos a la salud pública son de dos tipos: El primero, referido a la elaboración, comercio y tráfico de productos químicos y sustancias nocivas (arts. 271 y 272), despacho o comercio indebido de medicinas y alteración de sustancias medicinales (arts. 273 y 274), fabricación y comercio de alimentos nocivos (art. 275) y envenenamiento, contaminación o adulteración de aguas y sustancias alimenticias (art. 276). Los dos primeros, considerados delitos menos graves, se castigan, como máximo, con tres años de prisión e incluyen otras penas accesorias como la inhabilitación para el ejercicio de la profesión u oficio, por el mismo tiempo. Los dos últimos son delitos graves, hasta con cuatro y seis años de prisión, respectivamente. El CP también establece los delitos culposos contra la salud pública, que sanciona con prisión de seis meses a dos años (art. 277).

El segundo tipo se refiere a la infracción de medidas de seguridad e higiene y prevención de riesgos en centros de trabajo, de salud y educativos, como delitos menos graves, que se sancionan con 50 a 100 días multa (art. 278).

Son considerados delitos graves el tráfico y tenencia ilegal de órganos y tejidos humanos, el suministro indebido de productos industriales o farmacéuticos a menores de 18 años y que les «produjeren trastornos en la conducta del menor o daños en su salud», es considerado una falta (art. 391 CP).

En cuanto al Derecho administrativo sancionador, el CS contempla las infracciones, sanciones, competencias y procedimientos relacionados con la protección de la salud (arts. 278 al 327), destacándose la especial consideración respecto a la ac-

tuación de los profesionales de la salud y de propietarios de establecimientos relacionados, así como la no eliminación de la responsabilidad civil o penal en que incurran. Se delega en el MSPAS, el CSSP y las Juntas de Vigilancia, el conocimiento y aplicación de este régimen, que es de naturaleza sumaria y que puede activarse por denuncia y aviso o de oficio.

«Las demandas que se entablen contra el INSS o sobre asuntos relacionados con las prestaciones y servicios, deberán interponerse ante los Jueces de lo Laboral, pudiendo apelarse ante las Cámaras correspondientes», proceso en los que, en lo concerniente (art. 94), se aplicará el Código de Trabajo (DL 15/1972).

La vigilancia y control de los profesionales sanitarios incluye la sanción de diversas conductas perjudiciales a la salud, desde la perspectiva de la organización estrictamente administrativa (arts. 4, 5, 7, 14 a, ñ y u, y del 23 al 39 CS). En ella destaca el papel de las Juntas de Vigilancia para «velar porque estas profesiones no se ejerciten por personas que carezcan del título correspondiente, exigiendo el estricto cumplimiento de las disposiciones penales relativas al ejercicio ilegal de las profesiones» (art. 17 c); sin embargo, si bien contempla la vulneración de la deontología profesional, no así lo concerniente a las consecuencias de dicho ejercicio profesional.

5.2 La legislación considera entre las infracciones muy graves: ofrecer «bienes o productos vencidos o cuya masa, volumen y cualquier otra medida especificada en los mismos se encuentre alterada, así como el incumplimiento de los requisitos de etiquetado de productos» establecidos por la Ley, y «El incumplimiento de la obligación de información que dicte la autoridad competente sobre riesgos de productos farmacéuticos, tóxicos, nocivos o dañinos para la salud humana o animal» (art. 44 a y b LPC). Las multas alcanzan hasta los 500 salarios mínimos mensuales urbanos fijados para la industria y son establecidas mediante los procedimientos generales de la Defensoría del Consumidor, en los que destaca la potestad de decretar medidas cautelares de oficio, la solución alterna de conflictos y controversias (además del establecimiento de sanciones) y el arbitraje (arts. 97 al 150 LPC). Además las sanciones administrativas no inhiben lo que corresponde a las responsabilidades civiles, penales o de cualquier otro orden que puedan ocurrir. La Defensoría del Consumidor es de reciente creación y no ha sido relevante, hasta ahora, su utilización como mecanismo especial de protección del derecho a la salud.

5.3 No hay en la legislación sanitaria, civil y penal una regulación específica respecto a indemnizaciones relacionadas con la mala *praxis* médica, el diagnóstico erróneo, la falta de atención ni ningún otro procedimiento que provoque daños o perjudique la salud de los pacientes.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 El MSPAS cuenta con un programa específico de atención a la salud de las mujeres (enfocado siempre en su maternidad), que todavía no ha logrado avances significativos en indicadores como el porcentaje de partos atendidos por personal especializado (que varía entre el 42% y el 69%), los partos hospitalarios de la red nacional (42%), el control prenatal en establecimientos de salud (entre 38% y 51%)

y la mortalidad materna. Existen dificultades en el acceso a los servicios de primer nivel de atención y más aún a los servicios de medicina especializada del segundo y tercer nivel.

No hay normativa específica sobre el derecho a la salud de la mujer, con excepción del ISSS, que se refiere a las prestaciones por maternidad de las trabajadoras cotizantes o las esposas de asegurados (representando un 14% del total de partos hospitalarios atendidos), lo cual contrasta con la disminución de la población ocupada cubierta por el ISSS, afectando especialmente a las mujeres. Otros temas hacen referencia a la salud sexual de las mujeres, como el relativo al bajo porcentaje de mujeres que se practican el *papanicolao* (menos del 48%), así como el preocupante incremento de mujeres infectadas por el VIH/SIDA y de adolescentes embarazadas que no cuentan aún con regulaciones ni estrategias específicas. Lo relativo a la salud sexual y reproductiva en el MSPAS se limita a la atención del embarazo, el parto y el puerperio, la planificación familiar y el cáncer cérvico uterino (control y tratamiento).

Con la reforma constitucional (mediante DL 541/1999), en el CP se estableció como delito no sólo toda acción relacionada con el aborto (inducción, ayuda, tentativa) sino incluso el aborto terapéutico (el único que, hasta hace unos años, no era penalizado en los casos de violación) y el eugenésico (arts. 133 al 137) cuyas sanciones también fueron elevadas.

6.2 El MSPAS desarrolla un programa específico de atención a la salud de la niñez y otro dirigido a adolescentes. El primero, con un alto contenido de asistencia clínico-hospitalaria, mientras que el segundo la combina con un enfoque de promoción a nivel comunitario. El ISSS amplió la cobertura a hijos e hijas de cotizantes, hasta los 12 años, pero en atención médica general y especializada en el primer nivel, pues su capacidad instalada (establecimientos y recursos humanos) es limitada al respecto.

Se ha reconocido la disminución de las cifras relacionadas con la mortalidad infantil y de niñas y niños menores de cinco años (25 y 31, respectivamente, por mil nacidos vivos). Pero las causas principales de la muerte de niñas y niños, entre uno y cuatro años, siguen siendo las enfermedades infecciosas y carenciales (alrededor de la mitad de los casos), especialmente gastrointestinales, las que corresponden a una tercera parte, en los menores de un año.

Son nulos o escasos los avances en materia de desnutrición (en menores de cinco años) o para reducir el incremento de los embarazos y prevalencia del VIH/SIDA en adolescentes. Respecto a la desnutrición, casi una tercera parte de las muertes de menores de un año se encuentran relacionadas con ella y las estrategias principales involucran la participación de las madres en el control y vigilancia de la alimentación de niños y niñas. En cuanto a las inmunizaciones, se han registrado avances respecto a la difteria, pertusis y tétanos (DPT), así como a la tuberculosis, aunque en algunas de las inmunizaciones en menores de un año (como en el caso del sarampión y la poliomielitis), se han experimentado más bien retrocesos y los datos registrados tampoco son confiables.

6.3 La Cn. obliga al Estado a tomar «a su cargo a los indigentes que, por su edad, sean inhábiles para el trabajo (art. 70). El CS se refiere a ello como competencia del MSPAS «de conformidad con sus recursos, y las normas respectivas» mediante la coordinación de actividades y programas con organismos nacionales, públicos y pri-

vados e internacionales (arts. 200 al 2002). Se establece la no duplicidad de esfuerzos y la eficiencia de un sistema de referencia.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 La población discapacitada se calcula en un 10%, pero no existen datos nacionales confiables al respecto. Sin embargo, una encuesta parcial realizada en 2000-2001 reveló que entre el 30 y el 40% son menores de edad y que hay un incremento entre las mujeres con discapacidad, llegando casi a la mitad de los casos, los mismos que prevalecen, en casi dos terceras partes, en el área rural. Los problemas relacionados con la ceguera y la locomoción constituyen las discapacidades más frecuentes (representan en conjunto el 70%) y son resultado, principalmente (según el estudio referido), de enfermedades presumiblemente relacionadas con aquellas de tipo infeccioso, carencial y degenerativo, es decir, prevenibles. Le siguen las congénitas (27%) y las ocasionadas por accidentes comunes (10%).

La Ley 416/1992, de Beneficio para la Protección de los Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado (LBPLDCA), y su reglamento RLBPLDCA, se aprobaron como parte de los compromisos asumidos en los acuerdos para la finalización del conflicto político-militar en El Salvador, hasta principios de los años noventa. Se creó un Fondo de Protección, adscrito al MINTRAB, encargado de los programas de prestaciones económicas, en especie y en servicios ejecutados a través de las Instituciones del Sistema Nacional de Salud y otras, así como del seguimiento de los servicios y de los programas de rehabilitación e incorporación a la vida productiva existentes para los beneficiarios de esta Ley (art. 2).

7.2 Algunos de los derechos asociados a la bioética están supeditados a la Cn. que reconoce como a todo ser humano desde el instante de la concepción, quedando obligado el Estado a asegurar su salud y a reconocerle también su derecho a la vida, a la integridad física y moral (entre otros) «y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos» (arts. 1 y 2 Cn.). La manipulación genética está penalizada cuando se compruebe que su finalidad ha sido «distinta a la eliminación o disminución de taras o enfermedades graves» y «se altere el tipo constitucional vital», así como cuando se «experimentare o manipulare clonación con células humanas, con fines de reproducción humana» y se aplique «tecnología genética para determinar el sexo, sin consentimiento de los progenitores» (art. 140). Se incluye, además, realizar «manipulaciones con genes humanos y culposamente ocasionare un daño en el tipo vital» (art. 141). El CP considera delito cuando la inseminación artificial y la experimentación en torno a la misma se realizan sin el consentimiento de la mujer, cuando son solteras menores de 14 años y cuando el procedimiento es fraudulento (arts. 156 y 157).

7.3 A pesar del reconocimiento de derechos que otorga la legislación y la existencia de un Programa de Adultos Mayores, cuyo énfasis ha sido la asistencia prestada en establecimientos de salud (normas y protocolos, capacitación de personal, regulación de centros de atención, etc.), el MSPAS no ha logrado configurar una estrategia institucional de atención geronto-geriátrica de aplicación nacional. El ISSS, por su parte, cuenta con centros de atención en la ciudad capital.

Al CONAIPM le compete supervisar los centros de atención, públicos, privados o municipales, para garantizar la prestación especializada de servicios médicos geriátricos y una adecuada atención médica «en los casos que requieran de hospitalización» (art. 20 y 21). A la fecha, con más del 9% de la población de 60 años todavía no se cuenta con información fiable sobre su situación, ni se ha actualizado política nacional ni hay planes de acción. Los principales logros en este área se refieren a acciones de prevención, detección y disminución de casos de tuberculosis en centros de atención públicos y privados; jornadas nacionales de vacunación contra el virus de la *Influenza*; un incipiente abordaje sobre la formación de recursos humanos en geriatría y visitas domiciliarias a personas sin cobertura sanitaria.

El Programa Médico Social a Domicilio pretende atender a personas adultas mayores en sus hogares, a través de un equipo multidisciplinario en salud. Los centros habilitados por el ISSS para adultas y adultos mayores no prestan atención médica, sino que ofrecen a la población pensionada del Instituto (calculada en unas 105 mil personas) actividades recreativas, de descanso y favorecen el ejercicio.

7.4 Pese al perfil epidemiológico del país⁷, no existe ninguna otra regulación al respecto, únicamente normas de manejo para el *dengue*, estando en proceso de elaboración las relativas a la malaria y al mal de *chagas*. En casos como el *dengue* hemorrágico, que en 2002 cobró varias vidas y se constituyó en un grave problema para el sistema nacional de salud, el propio MSPAS constató deficiencias en el diagnóstico, en el historial clínico y en el seguimiento de casos. A principios de 2006, la respuesta del Ministerio en relación al *dengue* clásico fue reiteradamente cuestionada por tardía, insuficiente y carente de transparencia en la información, pese a que la tasa de casos confirmados (por cada 100 mil habitantes) se incrementó de 13,4 (2005) a 19,8 (2006). Una situación similar se verificó en relación a las infecciones respiratorias agudas, neumonías, así como a las diarreas y gastroenteritis, superiores en un 60%, 30% y un 48%, respectivamente, a las registradas por el sistema sanitario en 2005. Hasta el 2004, el MSPAS registraba una significativa reducción de los casos de paludismo, cero casos de cólera desde 2001 y una tasa de curación de la tuberculosis mayor del 85%. La pobreza y carencias en saneamiento básico, el inequitativo acceso a los servicios de salud, la falta e insuficiencia de servicios básicos (agua, disposición de desechos), así como una escasez de personal sanitario, suministros y equipo adecuado para atender las epidemias, incluyendo la aplicación de un enfoque preventivo, se mencionan como los factores condicionantes de las epidemias en El Salvador.

El crecimiento de los indicadores relacionados con enfermedades tales como la diabetes, el cáncer, la hipertensión y las cardiovasculares, ha llevado a calificar al perfil epidemiológico salvadoreño como «en transición», sobre todo porque también se posicionan como importantes causas de la mortalidad en el país, en particular las del corazón y del sistema circulatorio, en general. El MSPAS atiende la prevención y control de estas enfermedades, sobre todo a través del Programa de Atención Integral en Salud al Adulto Masculino, dada la prevalencia de las mismas entre los hombres. El ISSS, por su parte, en una lógica similar, ha abierto cuatro Centros de Chequeo del Adulto Hombre en la ciudad capital para los mismos fines. Pese a ello, se observa insuficiente o nula información respecto a estos padecimientos, carencia

⁷ Vid. nota 52.

de políticas, normas y recursos destinados a la prevención y control de las mismas, así como la falta de acceso al diagnóstico temprano.

7.5 Pese a que el Estado salvadoreño informó al Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU sobre la aprobación de la Ley de Trasplantes de Órganos y Tejidos⁸, el reglamento respectivo no ha sido aprobado ni funciona aún el CNT. Tampoco se cuenta con una política nacional ni protocolos específicos. Corresponde al CSSP autorizar a las instituciones que podrán efectuar trasplantes, según los requisitos establecidos para ello (arts. 128-G y 128-H). Desde 1985 se han realizado 420 trasplantes de riñón. También se practica el trasplante de córneas, siempre con donadores vivos. No existe ningún programa, a nivel nacional, referido a órganos donados de un cadáver, lo que parece dificultar el avance en trasplantes de corazón, pulmones y otros. La atención del ISSS, sin embargo, ha sido fuertemente cuestionada, desde hace unos años, por la Asociación de Trasplantados Renales de El Salvador (ATRES), en relación a la adquisición institucional de medicamentos sin respaldo científico reconocido, después de que el Instituto eliminara el requisito de bioequivalencia en la compra de los mismos.

El desabastecimiento de medicinas es otro grave problema que ha implicado retrasos en las intervenciones quirúrgicas y costos elevados para los pacientes (donadores y receptores). Se incluyó como delitos de peligro para la vida y la integridad personal: el tráfico y tenencia ilegal de órganos y tejidos humanos, así como la manipulación de información por parte de los profesionales de la salud en los procesos médicos de extracción y trasplante (con agravante si ello resultare en la muerte de la persona donante o receptora) (arts. 147-B y 147-C).

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En 1984 se detectó en El Salvador el primer caso de SIDA, y hasta 15 años después no se aprobó la Ley 588/2001, de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, tan sólo meses después de que se resolviera (favorablemente) el primer recurso de amparo interpuesto por un paciente al que el ISSS no proporcionaba el tratamiento antirretroviral argumentando falta de recursos económicos⁹.

La LPCIVIH y su Reglamento 40/2004, RLPCIVIH, contempla el derecho de las PVVS «a recibir oportunamente y bajo estricto control de calidad, los medicamentos que les prescriba el médico tratante en la red de establecimientos que presten servicios de salud» (art. 5). En el mismo sentido se reconoce el derecho a contar con albergues y centros de asistencia estatal y en coordinación con organizaciones públicas y privadas.

La LPCIVIH establece dos tipos de acciones en relación al VIH/SIDA: las de prevención y las de vigilancia epidemiológica sobre la base del deber individual de comunicar sobre la condición de seropositividad.

La LPCIVIH incluye infracciones, sanciones y el procedimiento a seguir en caso de incumplimiento de sus disposiciones (arts. 33 al 45 y 48). Asimismo, el RLPCIVIH

⁸ Vid. Numeral 732, E/1990/6/Add. 39.

⁹ Vid. SSC 348-99.

establece la elaboración e implementación de la Política de Atención Integral contra el VIH/SIDA. La tendencia de la pandemia, sin embargo, ha sido hacia al incremento acelerado, lo cual es evidente a pesar de existir un subregistro que puede llegar hasta un 60%. En 1990 se contabilizaron sólo 94, mientras que las proyecciones para 2001 se estimaron en 30 mil y más PVVS, logrando contabilizarse únicamente 15 mil de ellas, aproximadamente. Lo anterior ha llevado a concluir a las autoridades gubernamentales que no será posible cumplir con la meta de detener y reducir la incidencia del VIH/SIDA hacia el 2015, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Sigue siendo una enfermedad asociada, predominantemente a las relaciones heterosexuales, mismas en las que las mujeres están cuatro veces más expuestas y vulnerables. Si bien se observa una disminución en el número de casos de SIDA respecto a los de VIH, el SIDA se constituye en la tercera causa de muerte por enfermedad transmisible en el sistema de salud, representando (según los registros) el 16% de los casos (especialmente de hombres) y la décima causa a nivel intrahospitalario. En el ámbito penitenciario, las carencias para atender la salud de las PVVS incluyen la falta de recursos para proveerles de medicamento y asistencia médica oportuna, condiciones inadecuadas de vida que amenazan su salud y la misma discriminación respecto a su condición.

No ha sido sino hasta muy recientemente que la respuesta gubernamental a la pandemia ha sido más contundente, justo cuando ha sido protagónica la demanda y la participación de la sociedad civil y la comunidad internacional respecto al tema. Los principales avances se observan, principalmente, en las estrategias de información y orientación de la enfermedad, así como de las formas de detección de la misma. En el acceso a los medicamentos y tratamiento, entre el MSPAS y el ISSS se tiene una cobertura de 1.515 PVVS (765 y 750, respectivamente), aunque los problemas de desabastecimiento se enfrentan más en la red pública. Desde 2001 funciona el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y se implementó una política nacional para la prevención del VIH/SIDA, la cual ha sido modificada a finales de 2005 hasta el 2010, pretendiendo focalizar esfuerzos de atención en grupos de riesgo, como las niñas y adolescentes y personas en centros penitenciarios.

9. FUENTES EN INTERNET

Generales

Legislación nacional

<http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf>

Asamblea Legislativa de El Salvador

<http://www.asamblea.gob.sv/diputados/comisiones/salud.htm>

Presidencia de la República

<http://www.casapres.gob.sv>

Bienestar Magisterial del Ministerio de Educación (MINED)

http://www.mined.gob.sv/Gestion_mined/Bienestar.asp

Fuerza Armada de El Salvador (FAES) y sus servicios

<http://www.fuerzaarmada.gob.sv/Servicios%20F.%20A/HMRSM>

Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI)

<http://www.isri.gob.sv>

Secretaría Nacional de la Familia

<http://www.primeradama.gob.sv>

Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad

<http://www.conaipd.gob.sv>

Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer

<http://www.isdemu.gob.sv>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y del Gobierno de El Salvador
sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio

<http://www.odm.org.sv>

Específicas sobre salud

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

<http://www.mspas.gob.sv>

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

<http://www.isss.gob.sv>

Ministerio de Trabajo y Previsión Social

<http://www.mintrab.gob.sv>

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Representación El Salvador

<http://www.ops.org.sv>

7. ESPAÑA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.4 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 8. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Española (CE) «reconoce el derecho a la protección de la salud» (art. 43.1)¹, añadiendo que «compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto» (art. 43.2). Un amplio sector de la doctrina y la jurisprudencia ha considerado que del artículo 43.1 CE no cabe derivar un auténtico derecho fundamental (entendido como derecho constitucional subjetivo), ya que el precepto se integra en los «principios rectores de la política social y económica» y el artículo 53.3 CE dispone que tales principios «sólo podrán ser alegados ante la Jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollen». Desde 1986, el derecho a la protección de la salud ha sido desarrollado por ley², por lo que la cuestión pierde gran parte de su sentido.

* Salvo que se diga otra cosa, los datos estadísticos citados se obtuvieron en: <http://www.msc.es>.
Abreviaturas: CC = Código Civil; CE = Constitución Española de 1978; CIS = Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; CP = Código Penal; LCC = Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud; LGS = Ley General de Sanidad; LM = Ley del Medicamento; LO = Ley Orgánica; RD = Real Decreto; RDL = Real Decreto Legislativo; RD-Ley = Real Decreto-Ley; SAN = Sentencia de la Audiencia Nacional; SNS = Sistema Nacional de Salud; STC = Sentencia del Tribunal Constitucional; STS = Sentencia del Tribunal Supremo; STSJ = Sentencia del Tribunal Superior de Justicia.

¹ Interesa destacar que la CE reconoce este derecho en precepto distinto al que regula la Seguridad Social (art. 41), lo que dio pie a gran parte de la doctrina a considerar que el sistema sanitario debía articularse, frente a la lógica tradicional de nuestro Derecho, de forma independiente al de Seguridad Social. Como veremos, esta solución es la que se ha impuesto en la práctica.

² La LGS habla del «derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria» (art. 1.2), añadiendo que sus titulares están legitimados, para su ejercicio, «tanto en la vía administrativa como jurisdiccional» (art. 1.4).

Otras referencias constitucionales a la salud se encuentran, como veremos, en los artículos 40.2 (§ 3.1), 49 (§ 7.3), 50 (§ 7.3) y 51 (§ 3.1).

También las reglas constitucionales de distribución territorial del poder hacen referencia a la salud, con consecuencias decisivas para la configuración de nuestro sistema sanitario (§ 2.1): las Comunidades Autónomas «podrán asumir» (lo que efectivamente han hecho todas ellas en sus respectivos Estatutos de Autonomía) competencias en materia de «Sanidad e higiene» (art. 148.1.21.^a); por su parte, el Estado conserva las competencias exclusivas para la «regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales» (art. 149.1.1.^a), así como en materia de «Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos» (art. 149.1.16.^a).³

España ha ratificado las normas internacionales más importantes en materia de salud (I, § 1), la última de las cuales es el llamado Convenio de Oviedo, de 1997, y cumple regularmente con el envío de informes al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En relación con el último de ellos, el Comité emitió sus observaciones finales el 7 de junio de 2004, que sólo de forma indirecta, en relación con dos cuestiones puntuales (§ 3), se refieren críticamente a la sanidad pública.

La norma más importante en materia de salud es la Ley 14/1986, General de Sanidad (LGS), que supuso una transformación esencial del sistema sanitario español⁴, al universalizar la asistencia sanitaria, crear un Sistema Nacional de Salud (SNS) unificado y desvinculado de la Seguridad Social y reconocer legalmente la radical descentralización del sistema que venía exigida por la CE. Recientemente han sido aprobadas otras dos leyes importantes que modifican en parte a la anterior: la Ley 41/2002, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (LAP), que amplía el catálogo de derechos de ámbito sanitario (§ 4.3) inicialmente contenido en la LGS, y la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (LCC), cuya finalidad principal es redefinir las funciones del Estado y de las Comunidades Autónomas una vez culminado el proceso de transferencias sanitarias de aquél a éstas.

1.2 En la Administración General del Estado, el Ministerio de Sanidad y Consumo⁵ (en adelante, el Ministerio) ostenta las competencias en materia de salud. Desde 2002 (fecha de culminación de la transferencia de competencias sanitarias), las Comunidades Autónomas poseen la ejecución, prácticamente en exclusiva, de la gestión sanitaria, conservando el Ministerio, además de todo lo relativo a la llamada sanidad exterior (arts. 38-39 LGS), la potestad, en lo normativo, de regular el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud y las bases de la sanidad interior, y, en lo ejecutivo, de realizar las acciones necesarias para garantizar la cohesión y calidad del sistema sanitario, lo que se traduce, entre otras cosas, en la llevanza de un

³ La jurisprudencia ha interpretado el alcance de estas materias en las SSTC 32/1983, 42/1983, 87/1985, 111/1986, 329/1994, 67/1996, 147/1996, 109/2003, 152/2003 y 98/2004.

⁴ Debido, sobre todo, a las presiones corporativas y a la crisis económica del momento, estos principios no llegaron a materializarse con total claridad en el texto de la ley, habiendo sido incorporados en la práctica posterior. Vid., p. ej., la nota 21.

⁵ Dentro de él se integran, por lo que aquí interesa, la Secretaría General de Sanidad y tres Direcciones Generales: Salud Pública, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección, y Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Las competencias de cada órgano se detallan en el RD 1.555/2004.

sistema de información sanitaria nacional (arts. 53 a 58 LCC) y en la Alta Inspección, para la «garantía y verificación del cumplimiento de las competencias estatales y de las Comunidades Autónomas en materia de sanidad y de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo establecido en la Constitución, en los Estatutos de Autonomía y en las Leyes» (arts. 76 a 79 LCC).

Para la coordinación, comunicación e información entre las Administraciones sanitarias estatal y autonómica, existe un Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIS), compuesto por el ministro de Sanidad y Consumo y sus homólogos (consejeros) autonómicos (arts. 69 a 75 LCC). Una vez estabilizado el panorama normativo, las decisiones más importantes de política sanitaria, como iremos viendo, competen al CIS. Téngase en cuenta, sin embargo, que se trata de un órgano más deliberativo que ejecutivo, pues no puede imponer directamente sus decisiones.

La Administración local ejerce competencias que afectan indirectamente a la salud y se centran en el control sanitario del medio ambiente, industrias, edificios y consumo (art. 42 LGS). Los centros sanitarios de ayuntamientos y diputaciones provinciales han quedado definitivamente integrados en el correspondiente Servicio autonómico de Salud. Subsisten, sin embargo, determinados servicios sanitarios de gestión local.

En cada una de las cámaras parlamentarias (Congreso de los Diputados y Senado) existe una Comisión legislativa permanente de Sanidad y Consumo.

No existen organizaciones no gubernamentales, especializadas en salud, con capacidad suficiente para influir en la formulación y ejecución de las políticas públicas. En la práctica, sin embargo, se ha revelado importante la presión de las organizaciones profesionales y sindicales del sector sanitario⁶.

1.3 La LGS prevé la formulación de un plan integrado de salud, compuesto por el plan nacional de salud y los planes homólogos de las Comunidades Autónomas (arts. 70-77). Sin embargo, no ha llegado a aprobarse ninguno a nivel nacional.

La LCC, por su parte, prevé la formulación por el CIS de planes integrales de salud sobre enfermedades concretas (art. 64), habiendo sido aprobados, hasta el momento, planes sobre la cardiopatía isquémica, el cáncer y la obesidad, nutrición y actividad física. Paralelamente, el artículo 61 LCC exige la elaboración periódica de planes de calidad (§ 5.2); en cumplimiento de ello, el Ministerio acaba de publicar (marzo de 2006) un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, articulado en torno a seis bloques de objetivos: protección, promoción de la salud y prevención; fomentar la equidad; apoyar la planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud; fomentar la excelencia clínica; utilizar las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos, y mayor transparencia.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 La legislación vigente señala, como principios generales del sistema sanitario español, en lo político, la centralidad de la prevención (arts. 3.1, 6 y 8 LGS); en lo

⁶ Esta situación es coherente con el diseño legal, que privilegia la participación de estas corporaciones y se muestra poco abierto a la participación de los usuarios (§ 2.2).

jurídico, la garantía de los derechos de los ciudadanos asociados a la salud (arts. 9 y 10 LGS y 4 LCC), de la equidad social y territorial (arts. 3.2 y 3 y 12 LGS y 1 LCC) y de la participación (arts. 12 LGS y 1 LCC); y en lo administrativo, la coordinación y cooperación entre las Administraciones sanitarias (arts. 4 LGS y 1 LCC) y la eficacia, celeridad, economía y flexibilidad en la organización y funcionamiento de las mismas (art. 7 LGS).

Estrictamente, la protección de la salud no se encuentra configurada como servicio público, por cuanto ni existe monopolio público sobre el sector ni se precisa la apertura de un concurso público (mediante la fórmula tradicional de la concesión) para la puesta en marcha de un centro sanitario privado (lo que se considera ejercicio de las libertades profesional y de empresa, arts. 25 y 38 CE y 88-89 LGS), bastando para ello con una mera autorización administrativa (art. 29 LGS y RD 1277/2003). En consecuencia, el sistema sanitario español puede calificarse formalmente como mixto, por cuanto conviven la sanidad pública y la privada. En la práctica, sin embargo, la primera es claramente predominante sobre la segunda, pues es muy inferior el número de centros sanitarios privados (los cuales, en todo caso, están sometidos al control público, p. ej., arts. 6 y 29 LCC) y la mayor parte de éstos colaboran, mediante convenios o conciertos, con la Administración⁷. En la actualidad, la polémica ideológica sobre lo público y lo privado casi ha desaparecido, pues la izquierda ha admitido modelos más flexibles de gestión y la derecha ha renunciado a la llamada privatización de la sanidad. La sanidad pública española se configura desde la LGS como una organización única, denominada Sistema Nacional de Salud (SNS), que integra todas las estructuras y medios públicos al servicio de la salud. Actualmente tales estructuras y medios se agrupan en 17 Servicios autonómicos de Salud⁸. En 2002, el SNS disponía de 2.889 Centros de Salud (atención primaria), 238 Hospitales de Agudos, 38 Hospitales Psiquiátricos y 32 de Geriátría y Larga Estancia.

El gasto público en salud fue en 2005 del 5,8% del PIB, lo que implica un incremento importante en relación con los años inmediatamente anteriores (entre

⁷ Desde las reformas de finales de los noventa (Ley 15/1997 y art. 111 de la Ley 50/1998), dejando de lado algunas excepciones muy puntuales (como el controvertido Hospital de Alcira), los Hospitales del SNS son gestionados con arreglo a alguna de las fórmulas siguientes: a) Gestión directa, mediante empresas públicas (también llamadas sociedades estatales), entidades públicas empresariales, fundaciones, fundaciones públicas sanitarias o consorcios sanitarios; b) Concierto con un centro sanitario privado para la prestación de servicios propios del SNS, según las reglas generales del contrato de gestión de servicios públicos (art. 156 c. LCAP), debiéndose prestar el servicio en iguales condiciones que en los centros estrictamente públicos (art. 90.6 LGS) y bajo el control permanente de la Administración sanitaria (art. 94.2 LGS); c) Convenio para la vinculación de un centro sanitario privado al SNS, fórmula según la cual aquel pasa a formar parte de este, sometiendo su régimen sanitario, administrativo y económico al que ya existe para los hospitales públicos pero conservando su titularidad privada y el régimen jurídico de su personal, que continuará sometido al Derecho laboral (art. 66.3 LGS).

⁸ Territorialmente, a su vez, el SNS se divide en: a) Áreas de Salud (arts. 56-60 LGS), estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio autonómico de Salud y de las prestaciones sanitarias en su demarcación territorial, que abarcan una población de entre 200.000 y 250.000 habitantes, están compuestas por tres órganos (el Consejo de Salud —§ 2.3—, el Consejo de Dirección y el Gerente) y deben contar, al menos, con un Hospital General. b) Zonas básicas de Salud (arts. 61-65 LGS), que resultan de la subdivisión de las Áreas de Salud y son el marco territorial de la atención primaria de la salud, desarrollada en los Centros de Salud, integrados en un Hospital General y gestionados por un Equipo de Atención Primaria, a cuyo frente hay un coordinador médico que depende del gerente del Área. A su vez, de cada Centro de Salud pueden depender consultorios locales médicos y de enfermería.

1995 y 2004 osciló entre el 5,3 y el 5,5%), pero sigue situando a España en los últimos lugares de la Unión Europea-15. En 2001, el gasto público sanitario se distribuyó como sigue: servicios hospitalarios y especializados, 53,2%; servicios primarios de salud, 14,5%; servicios de salud pública, 1,2%; servicios colectivos de salud, 2%; farmacia, 23,3%; traslado, prótesis y aparatos terapéuticos, 1,4%.

En 2001, la financiación del SNS se integró en el sistema general de financiación de las Comunidades Autónomas, con la previsión de que la aportación directa del Estado desapareciera (LO 7/2001 y leyes 21 y 22/2001), quedando tan sólo como garantía de la equidad del sistema (Fondo de Cohesión)⁹, y que por tanto el SNS se financiara básicamente con cargo al presupuesto de cada Comunidad Autónoma¹⁰. La crítica más frecuente al actual sistema de financiación del SNS es que no garantiza de forma suficiente la equidad territorial; téngase en cuenta, por ejemplo, que el gasto sanitario oscila de 928 (Comunidad Valenciana) a 1.236 euros por persona (La Rioja)¹¹.

A nivel nacional, el personal sanitario se encuentra regulado por los artículos 84 a 87 LGS, 34 a 43 LCC y por las leyes 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y 55/2003, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. El número del personal sanitario es considerado suficiente a nivel europeo: 0,7 médicos de familia y pediatras por cada mil habitantes, y 1,2 médicos por cada mil habitantes trabajando en hospitales del sector público. No obstante, se ha criticado un cierto desajuste entre médicos de atención primaria y médicos de atención especializada, en detrimento de los primeros. Los ciudadanos se muestran mayoritariamente satisfechos con el nivel profesional del personal sanitario.

2.2 En la práctica, la participación en el SNS se articula básicamente a través de las entidades locales, las organizaciones empresariales y los sindicatos, en tres ámbitos principales:

a) Comité Consultivo del SNS, órgano dependiente del CIS, presidido por el ministro de Sanidad y Consumo (o persona en quien éste delegue) y formado por seis representantes de la Administración General del Estado, seis de las Comunidades Autónomas, cuatro de la Administración local, ocho de las organizaciones empresariales y ocho de los sindicatos más representativos de ámbito nacional. Según la ley, tiene como funciones informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del SNS, y en especial sobre proyectos normativos y planes integrales de salud (art. 67.2 LCC). En la práctica no está desempeñando estas funciones.

b) El Foro Abierto de Salud (art. 67.3 LCC), formado por «las organizaciones, consejos, sociedades o asociaciones que en cada momento se determine según la materia a tratar», tiene carácter temporal y es convocado por el ministro «para el es-

⁹ Habría que matizar que la equidad se garantiza también con otros instrumentos, y en especial con la cartera de servicios comunes.

¹⁰ Esta situación provocó un alto déficit sanitario (cifrado en más de 3.000 millones de euros), especialmente en Cataluña y Andalucía, que obligó al Estado, en septiembre de 2005, a comprometerse a aportar 1.677 millones de euros adicionales al año para el período 2006-2009, así como a aumentar los tipos de los impuestos del alcohol y del tabaco (RD-Ley 12/2005), para que el incremento de la recaudación contribuyera a evitar el déficit en el futuro.

¹¹ Adviértase, sin embargo, que la importancia de este dato es relativa, pues el problema principal de la financiación es la suficiencia dinámica y el gasto sanitario por persona está influido también por otros factores.

tudio, debate y formulación de propuestas sobre temas específicos que en un determinado momento tengan impacto en el [SNS]».

c) Los Consejos de Salud de cada Área de Salud, formados por representantes de las entidades locales (el 50%), de los profesionales sanitarios titulados pertenecientes a los sindicatos más representativos (al menos, el 25%) y por la Administración sanitaria. Son órganos de asesoramiento y, sobre todo, de control, materializado a través de su conocimiento del anteproyecto del Plan de Salud y de la Memoria anual del Área y de la verificación de «la adecuación de las actuaciones en el Área de Salud a las normas y directrices de la política sanitaria y económica» (art. 58 LGS).

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 La LGS hace referencia, entre otros, a tres condicionantes básicos de la salud, con el fin de conectar la actuación sanitaria con la propia de los sectores correspondientes¹²:

a) *Seguridad e higiene laboral*¹³. El artículo 18.9 incluye entre las obligaciones de las autoridades sanitarias, la «protección, promoción y mejora de la salud laboral». Por su parte, el artículo 21 exige a las Áreas de Salud, en coordinación con las autoridades laborales y los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las empresas, una serie de obligaciones genéricas (desprovistas de sanción en caso de incumplimiento), entre las que cabe citar las de promover y vigilar la salud de los trabajadores. España es el país de la Unión Europea con mayor índice de siniestralidad laboral, hecho que motiva la crítica permanente de las organizaciones sindicales e incluso de los organismos internacionales¹⁴.

b) *Medio ambiente*¹⁵. El artículo 18.6 incluye entre las obligaciones de las autoridades sanitarias la «promoción y la mejora de los sistemas de saneamiento, abastecimiento de aguas, eliminación y tratamiento de residuos líquidos y sólidos; la promoción y mejora de los sistemas de saneamiento y control del aire, con especial atención a la contaminación atmosférica; la vigilancia sanitaria y adecuación a la salud del medio ambiente en todos los ámbitos de la vida, incluyendo la vivienda». Por su parte, el artículo 19.2 exige a las autoridades sanitarias proponer o participar con otros departamentos en la elaboración y ejecución de la legislación sobre calidad del aire, aguas, residuos, suelo y subsuelo, energía y «cualquier otro aspecto del medio ambiente relacionado con la salud», obligación que obviamente está en de-

¹² En el Derecho español, estos tres sectores quedan fuera del derecho a la protección de la salud, pues constitucionalmente configuran derechos distintos (vid., respectivamente, los arts. 40.2, 45 y 51 CE).

¹³ El art. 40.2 CE obliga a los poderes públicos por la «seguridad e higiene en el trabajo», materia regulada básicamente por la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales.

¹⁴ En las últimas observaciones finales, ya citadas, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se señala la preocupación por el aumento del 50% del número de accidentes laborales, constatándose que éstos suelen registrarse entre trabajadores con contrato temporal.

¹⁵ Entre la amplia normativa ambiental, cabe citar, por su especial incidencia sobre la salud, los textos siguientes: Ley 38/1972, de Protección del Ambiente Atmosférico; Ley 29/1985, de Aguas; RDL 1302/1986, de Evaluación de Impacto Ambiental; Ley 16/2002, de Prevención y Control Integrados de la Contaminación; y Ley 37/2003, del Ruido. En todas ellas se hace alguna referencia expresa a la salud.

pendencia de las previsiones legales al respecto. Uno de los problemas ambientales (en el sentido amplio de lo ambiental) más preocupantes en España, con repercusión sobre la salud, es el del ruido, sector donde se constata la permanente ineficacia de la normativa aplicable¹⁶.

c) *Consumo*¹⁷. El artículo 18.10 incluye entre las obligaciones de las autoridades sanitarias (que a nivel nacional se concentran en la Agencia de Seguridad Alimentaria) el «control sanitario y la prevención de los riesgos para la salud derivados de los productos alimentarios, incluyendo la mejora de sus cualidades nutritivas», obligaciones que se amplían a productos no alimentarios y se concretan algo más en los artículos 25.2 y 27, en concurrencia con las autoridades de consumo.

3.2 La política de salud pública, considerando como tal la destinada a la prevención y control de enfermedades al margen de la asistencia sanitaria concreta¹⁸, cuenta, como ya se vio, con una proyección presupuestaria reducida (en comparación con los países de la Unión Europea-15), lo que parece contradecir uno de los principios esenciales del sistema diseñado en la LGS (§ 2.1), desarrollado a su vez en la propia Ley, en obligaciones más concretas de los poderes públicos. Entre ellas cabe citar la realización de estudios epidemiológicos y la planificación y evaluación sanitaria, basándose en «un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica» (art. 8.1), la educación sanitaria, considerada «elemento primordial para la mejora de la salud» (art. 18.1), la difusión de la información epidemiológica «para fomentar el conocimiento detallado de los problemas de salud» (art. 18.13) y el fomento de la investigación científica en salud (arts. 18.15 y 106-110).

El artículo 10, especialmente en sus apartados 1 a 4, establece obligaciones importantes de las Administraciones sanitarias en materia de salud pública, desprovistas, sin embargo, de sanciones en caso de incumplimiento; no es de extrañar, por ello, que no haya llegado a adoptarse una práctica plenamente coherente con los principios legales. Más concretas y útiles parecen las habilitaciones de los artículos 24 a 26 y de la Ley Orgánica 3/1986, que con sometimiento al principio de proporcionalidad (art. 28 LCC), permiten a la Administración adoptar medidas extraordinarias en supuestos de riesgo para la salud colectiva¹⁹. Por otro lado, los artículos 65 y 66 LCC establecen los mecanismos de coordinación y cooperación entre las Administraciones estatal y autonómica en la materia. A título de ejemplo, pueden citarse las actuaciones en tres ámbitos concretos²⁰:

¹⁶ Vid. DEFENSOR DEL PUEBLO, *Contaminación acústica*, Madrid, 2005.

¹⁷ El art. 51 CE obliga a los poderes públicos a garantizar «la salud, la seguridad y los legítimos intereses» de consumidores y usuarios. Entre la copiosa normativa de desarrollo, cabe citar la Ley 26/1984, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.

¹⁸ Hacemos esta precisión conceptual, pues la legislación utiliza con frecuencia un concepto muy amplio de salud pública, que prácticamente la identifica con la salud sin más. Por otra parte, una de las finalidades principales de la LGS, no conseguida del todo, fue integrar las medidas preventivas en el ámbito de la asistencia sanitaria individual (p. ej., arts. 12.1 y 13.1 LCC), en cuyo caso nos encontraríamos fuera, a nuestro entender, del concepto mayoritariamente asumido de salud pública.

¹⁹ Vid. al respecto, como última manifestación de esta técnica administrativa, las medidas adoptadas ante la gripe aviar, de conformidad con el Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe, presentado en mayo de 2005.

²⁰ Sobre los dos últimos, las citadas observaciones finales del Comité DESC señalan la «preocupación por la elevada tasa de drogadicción, alcoholismo y tabaquismo [en España], en particular entre los jóvenes».

a) Campañas de vacunación, cada vez más exigentes, articuladas en torno a los calendarios de vacunación aprobados por el CIS.

b) La drogadicción. Además de los tipos penales relacionados con la droga (§ 5.1) y de la amplia labor policial y judicial que ello conlleva, el Delegado del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, dependiente del Ministerio, ejecuta un amplio Plan de carácter transversal pero centrado fundamentalmente en la prevención, mediante actuaciones de muy diverso signo.

c) El tabaquismo. La reciente Ley 28/2005, de Medidas Sanitarias contra el Tabaquismo, en cuya gestación el Ministerio adoptó un papel central, ha supuesto un cambio radical en la lucha contra este problema. Como medida más llamativa, se ha tipificado como infracción administrativa el consumo de tabaco en los centros de trabajo (antes sólo se prohibía en los centros públicos y en los transportes), así como en los establecimientos abiertos al público, salvo en determinados establecimientos de mayor dimensión y, en todo caso, en las zonas habilitadas al efecto.

4. DERECHOS

4.1 El derecho a la asistencia sanitaria (arts. 1.2 LGS y 3.1 LCC) puede definirse en torno a las características siguientes:

a) *Disponibilidad.* La asistencia sanitaria queda asegurada de forma permanente gracias a la existencia del SNS, que cuenta hoy con capacidad suficiente (salvo lo que después se dirá sobre las listas de espera) para atender a la totalidad de la población española. El espíritu de la legislación sanitaria vigente y, más en concreto, los artículos 66 LGS y 9 LCC, impiden un eventual desmantelamiento por el ejecutivo del SNS. El artículo 43 CE protege frente al legislador.

La sanidad figura entre los «servicios esenciales de la comunidad» del artículo 28.2 CE²¹, de forma tal que, en caso de huelga en el sector, los convocantes deben dar un preaviso de diez días y el Gobierno, central o autonómico, puede decretar servicios mínimos u otras medidas, incluyendo, en última instancia, la reanudación de la actividad laboral o el arbitraje obligatorio (arts. 4 y 10 del RD-Ley 17/1977).

b) *Universalidad.* El derecho corresponde a todos los españoles²² y a los extranjeros «que tengan establecida su residencia en el territorio nacional» (art. 1.2 LGS). En cuanto a estos últimos, el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000 añade el requisito de la inscripción en el padrón municipal, entendiéndose así que la residencia, además de habitual, ha de ser legal. Sin embargo, el mismo precepto reconoce el derecho a la «asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades gra-

²¹ En este sentido, últimamente, SSTSJ de Galicia de 27 y 31 de octubre de 2003 y 21 de diciembre de 2005; SSTSJ de Madrid de 28 de mayo de 2004 y 21 de diciembre de 2005; SSTSJ de Andalucía de 6 de octubre de 2004 y 15 de diciembre de 2004, y SSTSJ de la Comunidad Valenciana de 12 de enero de 2005.

²² Se rompe así la tónica tradicional de nuestro Derecho, que identificaba los titulares del derecho con los cotizantes a la Seguridad Social, dejando al resto de los españoles en manos de la acción social de la beneficencia, sin llegar a configurarse para ellos un auténtico derecho subjetivo. En coherencia con el citado art. 1.2, el art. 3.2 LGS señala que «La asistencia sanitaria se extenderá a toda la población», a lo cual la DT 5.^a matiza que dicha extensión «se efectuará de forma progresiva». Desde la desvinculación financiera del SNS de la Seguridad Social (§ 2.1) y el art. 2 b) LCC puede afirmarse que, con la matización que después se hará, la universalización ha culminado.

ves o accidentes, cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica», así como el derecho a la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones que los españoles, a los extranjeros menores de edad, así como a las embarazadas durante el embarazo, parto y postparto. En cuanto a los extranjeros no residentes, hay que distinguir entre los ciudadanos comunitarios, con derecho a la asistencia sanitaria en cualquier Estado de la Unión Europea (I, § 3.1) y el resto, que sólo tienen este derecho si así lo reconocen otras leyes o convenios (arts. 1.3 LGS y 3.1 c) LCC).

Según ha denunciado con reiteración el Defensor del Pueblo (III, § 8), en la práctica la universalización de la asistencia sanitaria no es absoluta, pues existe todavía un colectivo de casi 400.000 ciudadanos que, por razones legales de diversa índole, quedan fuera del artículo 1.2 LGS.

El derecho a la asistencia en el SNS se acredita mediante la tarjeta sanitaria individual (art. 57 LCC y RD 183/2004).

El artículo 16 LGS permite a quienes carecen del derecho a la asistencia sanitaria acceder al SNS «con la consideración de pacientes privados», en las mismas condiciones que los demás.

En la práctica, un reducido porcentaje de la población española, aunque legalmente tendría derecho a acceder al SNS, no lo hace, bien con carácter estable, por encontrarse afiliado a una mutualidad (la más importante es MUFACE, para un amplio número de funcionarios) o entidad colaboradora, bien de forma esporádica, recurriendo a su costa²³ a la sanidad privada, normalmente para evitar las listas de espera o en busca de un mayor confort²⁴.

c) *Accesibilidad.* La gratuidad de la asistencia sanitaria no está prevista en la ley, pero se ha impuesto en la práctica con carácter general, al menos en relación con las personas que tienen reconocido este derecho²⁵. La propia LGS parece permitir el cobro de tasas por asistencia sanitaria (arts. 46 d) y 79.1 c) y el «copago» ha sido defendido en determinados círculos (últimamente se habla del «euro sanitario»), pero que siempre ha acabado descartándose por razones de equidad y por los costes de transacción que implicaría.

En cuanto a la accesibilidad geográfica (o movilidad, art. 24 LCC), el artículo 62.2 a) LGS exige tener en cuenta, en la delimitación de las Zonas básicas de Salud, «las distancias máximas de las agrupaciones de población más alejadas de los servicios y el tiempo normal a invertir en su recorrido usando los medios ordinarios». La prestación de transporte sanitario incluye «el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte» (art. 19 LCC). No está previsto el abono del desplazamiento a los residentes en localidades sin asistencia sanitaria.

El artículo 4 LCC reconoce el derecho a recibir asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma de residencia, si bien también pueden recibirla quienes se encuentren en situación de «desplazado», término que no se define en la LCC. Por su

²³ El art. 17 LGS señala que «las Administraciones Públicas obligadas a atender sanitariamente a los ciudadanos no abonarán a éstos los gastos que puedan ocasionarse por la utilización de servicios sanitarios distintos» de aquellos que legalmente les correspondan.

²⁴ Normalmente se reconoce que, en general, el SNS ofrece una calidad asistencial superior a la propia de la sanidad privada, la cual ofrece a veces, sin embargo, una falsa imagen de lo contrario, pues es cierto que suele disponer de un mayor confort (p. ej., habitaciones individuales o mejor trato personal).

²⁵ Para los demás, el art. 16.3 LGS prevé expresamente la «facturación».

parte, el artículo 2.2 del Real Decreto 183/2004 señala que «La tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el [SNS], y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente». En la práctica, los problemas se producen, sobre todo, en relación con los servicios financiados por el Servicio autonómico de Salud que amplían la Cartera de Servicios propia del SNS.

d) *Continuidad*. Los artículos 12 y 13 LCC garantizan la continuidad de la asistencia sanitaria, al prever la coordinación permanente entre la atención primaria y la especializada. En cuanto al alta médica, el artículo 20 LAP dispone que deberá emitirse un informe por escrito. El artículo 21, por su parte, señala que el hecho de que el paciente no acepte el tratamiento prescrito «no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos», añadiéndose que «en el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión».

e) *Extensión*. Las prestaciones sanitarias cubiertas por el SNS quedan definidas en un amplio Catálogo de Prestaciones, delimitado inicialmente por los artículos 11 a 18 LCC, que establecen los siguientes tipos de prestaciones: de salud pública, de atención primaria, de atención especializada, de atención sociosanitaria, de atención de urgencia, farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario²⁶. Hasta la publicación de la Cartera de Servicios que desarrolla este Catálogo (en la fecha de cierre de este Informe, la Cartera ha sido ya informada por el CIS) permanece vigente el Real Decreto 63/1995, de Ordenación de Prestaciones del SNS (art. 20 y DT única LCC). Una vez aprobada, su actualización debe partir de una memoria económica (art. 10.3 LCC) y seguir los criterios del artículo 21 LCC; entre los cuales interesa destacar el requisito de la contribución «eficaz [de los nuevos servicios] a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, al autovalimiento o a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento».

Entre las carencias más demandadas del catálogo de prestaciones del SNS figuran, a juicio del Defensor del Pueblo, algunos servicios de reproducción asistida, enfermedades raras o poco frecuentes, daño cerebral adquirido²⁷ y salud mental (III, § 8).

Las Comunidades Autónomas pueden ampliar la Cartera de Servicios del SNS, teniendo en cuenta, en todo caso, «la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo» (art. 20.2 LCC), no pudiéndose incluir «técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz a la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada» (art. 20.3). En la práctica existen diferencias significativas en las Carteras

²⁶ Parece que conceptualmente no todas estas prestaciones pueden considerarse parte del derecho a la asistencia sanitaria. La Ley habla por un lado de derecho a la asistencia y por otro de prestaciones del SNS, sin establecer la conexión entre ambas categorías.

²⁷ Vid. DEFENSOR DEL PUEBLO, *Informe sobre el daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario*, Madrid, 2005.

de Servicios de las diferentes Comunidades Autónomas, lo que ha sido criticado por afectar a la equidad territorial.

f) *Calidad*. Pueden considerarse manifestaciones concretas de esta novedosa característica de la asistencia sanitaria, las siguientes²⁸: 1) Seguridad, consistente en una serie de medidas de control del uso de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos (arts. 22 y 27 LCC); 2) Libertad de elección de médico, al menos en la atención primaria (art. 14 LGS y RD 1575/1993) y en algunas áreas de la atención especializada (RD 8/1996); 3) Disponibilidad de una segunda opinión facultativa (art. 4 b) y 28.1 LCC); 4) Rapidez, según los «criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones» (arts. 4 b) y 25 LCC), criterios que deberán ser acordados por el CIS; 5) Acceso a los denominados servicios de referencia (tema éste que también podría entenderse integrado en la accesibilidad), en relación con las enfermedades que requieren una atención singularmente costosa o especializada (arts. 15.2 LGS y 28 LGS); 6) Comodidad, en el sentido amplio del término, que abarca la «humanización de la asistencia» y la «confortabilidad», lo que a su vez incluye, como manifestación concreta, «la incorporación progresiva de habitaciones de uso individual» (art. 28.1 LCC).

De los aspectos citados, el más problemático es seguramente el de las listas de espera²⁹. Últimamente se han adoptado medidas importantes al respecto, cuyos resultados se verán a medio plazo³⁰: a nivel nacional se ha aprobado un sistema de tratamiento homogéneo de la información (RD 605/2003) y en muchas Comunidades Autónomas se han dictado normas de garantía en el tiempo de acceso, sobre todo para las intervenciones quirúrgicas.

4.2 El artículo 10.14 LGS reconoce el derecho a «obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios [«precisos», dice el art. 18.4 de la propia LGS y «de forma adecuada a sus necesidades clínicas», el art. 16 LCC] para promover, conservar o restablecer [la] salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración General del Estado» y el artículo 93.1 de la Ley 25/1990, del Medicamento (LM), «a obtener medicamentos en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional dentro del [SNS], sin perjuicio de las medidas tendentes a racionalizar la utilización de medicamentos que puedan adoptar las Comunidades Autónomas en ejercicio de sus competencias». El reglamento previsto en el artículo 10.14 no ha sido dictado y en la práctica el derecho queda en manos de la discrecionalidad del facultativo correspondiente.

Los poderes públicos tienen encomendado el control de la calidad de los medicamentos, mediante un amplio número de técnicas administrativas reguladas en los artículos 95 a 103 LGS, y 9 a 83 y 105 a 112 LM. La más importante de estas técnicas es seguramente la necesidad de autorización previa de todo producto farmacéutico que quiera comercializarse.

²⁸ La LCC no da un concepto preciso de calidad. Provisionalmente, incluimos en esta categoría las obligaciones legales que no encajan con claridad en los apartados anteriores. El art. 4 LCC incluye expresamente la tercera y la cuarta en el contenido del derecho a la asistencia sanitaria. El art. 28.1, por su parte, incluye la tercera y la sexta entre las «garantías de calidad», optando aquí por un concepto estricto de la misma.

²⁹ Vid., el amplio estudio del DEFENSOR DEL PUEBLO, *Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud*, Madrid, 2003, de cuyo contenido se da cuenta en III, § 8.

³⁰ En su comparecencia en el Congreso de los Diputados el 8 de junio de 2006, la ministra de Sanidad y Consumo informó que el número aproximado de personas que a finales de 2005 aguardaban a ser operadas era de 385.000, más o menos las mismas que a finales de 2003.

Los usuarios sufragan el 40% del coste de los medicamentos, los cuales resultan totalmente gratuitos para pensionistas y asimilados. En algunos procesos crónicos los enfermos aportan el 10% del coste hasta un máximo de aproximadamente tres euros por envase³¹. Algunos informes revelan problemas de equidad social y territorial en relación con el pago de medicamentos³². En diversas ocasiones se ha propuesto, como fórmula más equitativa, el «copago» por nivel de renta, medida que siempre ha terminado descartándose, especialmente por el riesgo de fraude que conllevaría.

El gasto farmacéutico implica un porcentaje del gasto sanitario público (en torno a 9.500 millones de euros en 2004) que siempre ha sido considerado excesivo. Las políticas públicas, especialmente desde comienzos de los noventa, se han centrado en la contención de dicho gasto³³ y apenas en la mejor garantía del derecho de los ciudadanos al medicamento. Alguna de las medidas citadas reduce, aunque de forma mínima, el coste del medicamento, lo que indirectamente favorece a los usuarios. Sin embargo, otras, según se denuncia, podrían afectar al derecho al medicamento.

4.3 La normativa (especialmente la LAP) reconoce otros derechos de ámbito sanitario:

a) Derecho a la información. En general, todo ciudadano tiene derecho a la información sobre los servicios sanitarios disponibles, sobre su calidad y sobre sus requisitos de acceso (arts. 10.2 LGS, 7.2 y 26 LCC y 12.1 LAP); en garantía de ello, se obliga a los servicios de salud a disponer de «una guía o cartera de los servicios en la que se especifiquen los derechos y obligaciones de los usuarios, las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos» (art. 12.2 LAP), así como a regular «los procedimientos y los sistemas para garantizar» el derecho a la información (art. 12.3). También se reconoce la llamada información epidemiológica, definida como el derecho «a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual» y a que esta información sea difundida (art. 6 LAP).

Más en concreto, los pacientes tienen derecho a ser informados³⁴, de modo comprensible y adecuado a sus necesidades, por parte del médico responsable, de la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias (arts. 4

³¹ Sobre los enfermos de VIH/SIDA, vid. § 8.

³² Los afiliados a mutualidades y entidades colaboradoras suelen disponer de descuentos más amplios. Por otro lado, existen algunas diferencias entre Comunidades Autónomas en la financiación pública de medicamentos.

³³ Así, se han ensayado medidas como la exigencia de visados previos para la prescripción de productos de alto precio, el control del uso de los talonarios de recetas, la reducción del catálogo de productos financiados por el SNS, la fijación de precios máximos por especialidades, la limitación de los márgenes de las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos o el fomento del uso de productos genéricos, aplicando a los mismos un precio máximo de referencia; como ejemplo de alguna de estas medidas, vid., últimamente, el RD 2402/2004. Actualmente se tramita en las Cortes Generales el Proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios que, cuando sea aprobado, sustituirá a la vigente LM; entre sus objetivos figura, nuevamente, el abaratamiento del gasto farmacéutico del SNS, apostándose esta vez, sobre todo, por el mayor estímulo a los genéricos.

³⁴ En algunos casos, también las personas vinculadas al paciente «por razones familiares o de hecho» deben ser informadas, pero esta información no se configura legalmente como derecho (vid. art. 5.1 y 3).

y 5 LAP). Este derecho puede limitarse al paciente en el llamado estado de necesidad terapéutica, esto es, «cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave» (art. 5.4 LAP). De otro lado, pueden considerarse manifestaciones del derecho a la información los derechos de pacientes y usuarios a obtener «certificados acreditativos» de su estado de salud (art. 22), así como el ya citado informe de alta (art. 20).

b) Derecho a la intimidad de todas las personas, concretado en la confidencialidad «de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia» en centros sanitarios (art. 10.3 LGS) y de «los datos referentes a su salud», sin que «nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley» (art. 7.1 LAP). El artículo 7.2 LAP obliga a los centros sanitarios a adoptar las «medidas oportunas» para garantizar este derecho, así como a elaborar, «cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes».

c) La regulación de la historia clínica (arts. 14-19 LAP) afecta por igual a los derechos a la información y a la intimidad³⁵: se reconoce el derecho de los pacientes a acceder a su historia clínica, salvo cuando afecte a la confidencialidad de terceros o al «derecho de los profesionales en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas» (art. 18) y se establecen las condiciones de uso de la historia clínica, el cual queda limitado, con condiciones, a los profesionales asistenciales y a los «fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública o de docencia» (art. 16).

d) Derecho al consentimiento. Como regla general, «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado» (art. 8.1 LAP), que debe ser escrito en casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente» (art. 8.3). La renuncia a este derecho está limitada (art. 9.1). Como excepción, cabe la intervención sin consentimiento en situaciones de riesgo (art. 9.2 y LO 3/1986, ya citada) y el consentimiento por representación, en supuestos determinados (art. 9.3).

El artículo 11 LAP regula las instrucciones previas, definidas como el documento mediante el cual «una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud». Entre otras cosas, la Ley declara inaplicables las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, lo que excluye la posibilidad de decidir anticipadamente sobre la propia vida (art. 143 CP).

5. GARANTÍAS

5.1 El Código Penal protege la salud, directa o indirectamente, mediante los grupos delictivos siguientes:

³⁵ A ellos podría añadirse, por cuanto suele ser considerado distinto a la intimidad, el derecho a la protección de datos. El art. 8 de la LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, remite a la legislación sanitaria el tratamiento de los «datos relativos a la salud».

a) Los delitos de lesiones (arts. 147-156) protegen frente al menoscabo de la integridad corporal o la salud física o mental de toda persona. El tipo básico, que lleva aparejada la pena de prisión de seis meses a tres años, castiga la producción de lesiones que requieran «objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico». Recientemente se introdujo el delito de mutilación genital (art. 149.2).

b) El delito de omisión del deber de socorro castiga con multa de tres a doce meses a quien «no socorriere a una persona que se halle desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de terceros» (art. 195). Por su parte, según el artículo 196, el «profesional que, estando obligado a ello, denegase asistencia sanitaria o abandonare los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años».

c) Los delitos contra la salud pública castigan con diversos grados de prisión y otras penas accesorias la elaboración, venta y suministro de todo tipo de sustancias nocivas para la salud: a un tipo básico (arts. 359-360) se suman tipos especiales sobre medicamentos (arts. 361-362), productos alimentarios (arts. 363-367) y drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas (arts. 368-378).

En cuanto al Derecho administrativo sancionador, con carácter general cabe citar buena parte de los tipos sancionadores propios de la legislación de consumo³⁶ y, con carácter específico, el artículo 35 LGS. Más en concreto, el Derecho disciplinario castiga diversas conductas de los profesionales sanitarios, siendo la salud el bien jurídico protegido por muchos de los tipos correspondientes, y ello desde la doble perspectiva de la organización estrictamente administrativa (arts. 70 a 75 de la Ley 55/2003) y de la corporación a la que pertenecen, en este caso cuando vulnere la deontología profesional (art. 63 RD 1018/1980).

5.2 Los derechos de prestación de ámbito sanitario se garantizan habitualmente, antes que en la vía judicial, mediante la articulación de obligaciones positivas de los poderes públicos, que sólo de forma fragmentaria y limitada pueden ser exigidas por los ciudadanos mediante la técnica del derecho subjetivo. Muchas de estas obligaciones han sido mencionadas aquí, como manifestaciones concretas de las potestades administrativas clásicas de reglamentación, autorización, inspección y sanción. Por razones de brevedad, aludiremos aquí únicamente a una de las obligaciones más características y novedosas de la Administración sanitaria que pretende el legislador: las garantías de calidad, tímidamente anticipadas por el artículo 69 LGS y desarrolladas hoy en los artículos 59 a 63 LCC:

a) La Agencia de Calidad del SNS, dependiente del Ministerio, debe elaborar y mantener una «infraestructura de la calidad», formada por cinco elementos: nor-

³⁶ A la conexión entre salud y protección entre consumidores y usuarios alude la propia CE (§ 2.1). P. ej., el art. 2.1 de la ya citada Ley 26/1984 proclama, como primer derecho de los consumidores y usuarios, «la protección contra los riesgos que puedan afectar a su salud o seguridad». En coherencia con ello, se castigan con multa, entre otras conductas, «el incumplimiento de los requisitos, condiciones, obligaciones o prohibiciones de naturaleza sanitaria», «las acciones u omisiones que produzcan riesgos o daños efectivos para la salud de los consumidores o usuarios» o «el incumplimiento o transgresión de los requerimientos previos que concretamente formulen las autoridades sanitarias» (art. 34).

mas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica clínica y asistencial, registro de buenas prácticas y registro de acontecimientos adversos.

b) EL CIS debe elaborar periódicamente planes de calidad, que «contendrán los objetivos de calidad prioritarios para el período correspondiente». El ministro debe dar cuenta al Senado de su cumplimiento.

c) El Ministerio y sus homólogos autonómicos deben fomentar la «evaluación externa y periódica de la calidad y la seguridad de los centros y servicios sanitarios mediante auditorías por parte de instituciones públicas o empresas privadas que garanticen una evaluación independiente».

d) El Observatorio del SNS, dependiente del Ministerio, debe elaborar estudios comparados de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y un Informe anual sobre el estado del SNS.

5.3 Con el fin de evitar el recurso a la vía judicial, el artículo 10.12 LGS reconoce el derecho de toda persona a «utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan». Por su parte, el artículo 12.2 LAP establece que se «facilitará a todos los usuarios información sobre [...] sugerencias y reclamaciones». No existe normativa estatal de desarrollo de estas previsiones. Sin embargo, la mayoría de las Comunidades Autónomas han regulado procedimientos de reclamación ante los servicios sanitarios respectivos. Paralelamente, en la Comunidad de Madrid se ha creado la figura del Defensor del Paciente³⁷.

No se han previsto procedimientos especiales de arbitraje en el ámbito sanitario. En principio, podría acudir al Sistema Arbitral de Consumo³⁸, pero en la práctica esta vía es poco utilizada.

5.4 La responsabilidad por los daños producidos en el ámbito sanitario puede ser de dos tipos: civil (cuando el daño se imputa a un médico privado) o patrimonial (cuando se imputa a la Administración sanitaria). En el primer caso puede hablarse de responsabilidad extracontractual (art. 1902 CC) o contractual, y dentro de la segunda de incumplimiento de obligaciones de medios (contrato de servicios) o de resultado (contrato de obra). En el segundo caso se exigen los requisitos generales de la responsabilidad patrimonial de la Administración (arts. 139 a 141 de la Ley 30/1992 y amplia jurisprudencia), a saber: hecho imputable a la Administración; daño antijurídico; detrimento patrimonial (o evaluable económicamente) efectivo, individualizado e injustificado; relación de causalidad directa y eficaz, entre el hecho que se imputa a la Administración y el daño producido, sin que proceda de la culpa exclusiva del perjudicado; y ausencia de fuerza mayor, como causa extraña a la organización y distinta del caso fortuito, supuesto éste que sí impone la obligación de indemnizar.

Salvando algunas diferencias, en lo sustancial los criterios seguidos por la jurisdicción civil y la contencioso-administrativa para conceder las indemnizaciones por daños producidos en el ámbito sanitario vienen a coincidir. Existe aquí una jurisprudencia muy copiosa y casuística, que no sólo sanciona la mala praxis estrictamente

³⁷ Arts. 36 a 39 de la Ley de Madrid 12/2001, de Ordenación Sanitaria. Téngase en cuenta que en Madrid no existe una figura homóloga al Defensor del Pueblo.

³⁸ Regulado, a nivel nacional, por el RD 636/1993, desarrollado por la normativa autonómica.

considerada (negligencias o impericias en la aplicación de los saberes profesionales del médico³⁹, entre las que cabe incluir el supuesto especial del error de diagnóstico⁴⁰ y de tratamiento⁴¹) o, paralelamente, la antijuridicidad de la actuación pública (defectuoso cumplimiento por las Administraciones sanitarias de sus obligaciones), sino también la vulneración de los derechos asociados a la salud, como la asistencia sanitaria⁴², la información⁴³ o el consentimiento⁴⁴.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 No hay normativa específica sobre el derecho a la salud de la mujer. Los expertos critican la falta de perspectiva de género en los ensayos médicos⁴⁵. Por su parte, el IV Plan de Igualdad de Oportunidades de la Mujer insiste en la necesidad de incrementar los planes de promoción de la salud de la mujer, especialmente en los ámbitos de la salud reproductiva y de prevención del cáncer ginecológico y de mama, y de la anorexia.

Recientemente, son de destacar los esfuerzos del Observatorio de Salud de la Mujer, dependiente de la Agencia de Calidad del SNS, para incluir la perspectiva de género en la política sanitaria.

6.2 Como se señaló, las limitaciones a la protección de la salud a los extranjeros no residentes legalmente, no se aplican a los menores (§ 4.1 b).

El ya citado Real Decreto 63/1995 prevé, dentro de la atención primaria, la atención a la infancia (hasta los 14 años), que comprende, además de las prestaciones establecidas con carácter general, la información y educación sanitarias a los interesados y a sus padres, tutores, maestros, profesores o cuidadores; las vacunaciones según el calendario oficial del servicio de salud; y las revisiones del niño sano, según los programas establecidos por los servicios de salud⁴⁶. Las políticas de información, vacunación y revisión mencionadas están en manos de las

³⁹ P. ej., STS de 10 de noviembre de 2003, sobre tratamiento médico inadecuado que deriva en sordera. La STS de 22 de junio de 2004, sobre necrosis por intervención reductora de mamas afirma que la carga de la prueba de la relación causal entre intervención y daño corresponde al médico y no al paciente. Recientemente, las SSTS de 23 de junio y 20 de septiembre de 2005 siguen un planteamiento similar en los casos de resultado desproporcionado.

⁴⁰ P. ej., SAN de 8 de marzo de 2006, sobre daño moral por diagnóstico erróneo de SIDA.

⁴¹ Cabe incluir aquí la amplia jurisprudencia sobre contagio por sangre contaminada. Últimamente, p. ej., SSTS de 10 de junio y 5 de noviembre de 2004.

⁴² P. ej., SAN de 31 de mayo de 2000, sobre fallecimiento de paciente en lista de espera para ser operado de corazón.

⁴³ P. ej., STS de 22 de noviembre de 1991, sobre la ingestión de un medicamento contraindicado con una vacuna previamente administrada sin informar al paciente de la contraindicación.

⁴⁴ Se aprecia responsabilidad aunque se acredite que la operación se realizó correctamente y el daño no fue consecuencia de la falta de consentimiento informado; últimamente, p. ej., STS de 20 de abril de 2005.

⁴⁵ Vid., por todos, el Informe 2004 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, que versó sobre *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social* (<http://www.ses-pas.es>). La Agencia Europea del Medicamento fomenta recientemente la inclusión de la perspectiva de género en los ensayos clínicos.

⁴⁶ El problema más denunciado es la falta de adecuado tratamiento de los problemas de salud mental de los menores.

Administraciones sanitarias autonómicas y pueden variar ligeramente de una Comunidad a otra.

Dentro de las normas legales encaminadas a proteger específicamente la salud de los menores, en el sentido amplio del término, destacan las dictadas en contra de la venta de alcohol y tabaco a menores de edad, así como en materia de productos peligrosos (prohibiendo fabricar y comercializar los que pueden ser confundidos por los niños con alimentos, RD 820/1999), juguetes (RD 880/1990) o alimentos para lactantes y niños de corta edad (RRDD 72/1998 y 490/1998), entre otras. Paralelamente a estos controles y prohibiciones, los poderes públicos estatales y autonómicos emprenden con frecuencia campañas informativas, sobre todo en relación con el consumo de drogas, alcohol y tabaco por adolescentes.

La LAP atribuye a los menores los derechos que reconoce (§ 4.3), con dos matizaciones: Si el paciente carece de capacidad para entender la información asistencial, ésta se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (art. 5.3). Por otro lado, si el paciente menor de edad no es capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento a la misma vendrá dado por su representante legal, después de haber escuchado al menor si tiene 12 años cumplidos. En caso de mayores de 16 años, no cabe el consentimiento por representación; sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su decisión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente (art. 9.3).

6.3 El artículo 3.2 LCC señala que «las Administraciones públicas orientarán sus acciones en materia de salud incorporando medidas activas que impidan la discriminación de cualquier colectivo de población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tenga especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del [SNS]». Se trata de una obligación más política que jurídica, pues no se prevén sanciones en caso de incumplimiento. En la práctica, la implantación efectiva de políticas públicas de apoyo a los colectivos citados por el artículo 3.2 LCC depende de la buena voluntad de las Administraciones competentes. Asociaciones especializadas han criticado el escaso desarrollo de este tipo de políticas en España⁴⁷.

7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La asistencia sanitaria a los infectados de VIH y enfermos de SIDA (unos 73.000 en España) está cubierta por el SNS, que garantiza los tratamientos antirretrovirales más avanzados. Por su parte, el derecho a la intimidad de estos pacientes (§ 4.3) se encuentra especialmente garantizado en protocolos y en la práctica médica habitual.

El contagio de la enfermedad por transfusión sanguínea ha dado lugar a diversas condenas indemnizatorias, en los ámbitos civil y administrativo. Al menos desde la Orden Ministerial de 18 de febrero de 1987 resulta obligatoria la prueba de detección del virus en las donaciones de sangre, regla que se extiende a otros tipos de transfusiones.

⁴⁷ Vid., p. ej., el Informe citado en la nota 45.

Especialmente en los últimos años, cuando se comprueba la transmisión del virus a través de relaciones heterosexuales se han incrementado las campañas públicas de información (difundidas, sobre todo, por el Ministerio), recomendándose en alguna de ellas realizar la prueba de detección del virus a los grupos de riesgo.

Yendo más allá de lo estrictamente sanitario, existen programas sociales de ayuda a los enfermos de VIH/SIDA y a las asociaciones de apoyo a los mismos (RD-Ley 9/1993). Sin embargo, los problemas de discriminación a los enfermos de VIH/SIDA en los ámbitos laboral, educativo y financiero son muy acuciantes, como ha sido denunciado en un reciente estudio⁴⁸.

8. FUENTES EN INTERNET

Generales

Todas las normas del Estado y las leyes de las Comunidades Autónomas desde 1998

<http://www.boe.es>

Todas las normas sobre Derecho constitucional y derechos fundamentales

<http://constitucion.rediris.es>

Toda la actividad parlamentaria de ambas Cámaras

<http://www.congreso.es>

<http://www.senado.es>

Toda la jurisprudencia del Tribunal Constitucional

<http://www.tribunalconstitucional.es>

Consejo General del Poder Judicial (incluye estadísticas y jurisprudencia reciente del Tribunal Supremo)

<http://www.poderjudicial.es>

Defensor del Pueblo

<http://www.defensordelpueblo.es>

Consejo Económico y Social

<http://www.ces.es>

Instituto Nacional de Estadística

<http://www.ine.es>

Centro de Investigaciones Sociológicas

<http://www.cis.es>

Específicas sobre salud

Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es>

Organización Mundial de la Salud (en castellano)

<http://www.who.int/es>

Noticias sobre salud y Derecho sanitario

<http://www.diariomedico.com>

⁴⁸ FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN Y PREVENCIÓN DEL SIDA EN ESPAÑA, *Discriminación y VIH/SIDA*, Madrid, 2006.

<http://www.elmedicointeractivo.com>
<http://www.actualderechosanitario.com>
<http://www.iasist.com>

Asociaciones relacionadas con la salud

<http://www.aeds.org>
<http://www.aes.es>
<http://www.aeped.es>
<http://www.ajs.es>
<http://www.cgcom.org>
<http://bioetica.org>
<http://www.fadsp.org>
<http://secalidad.org>
<http://sefap.org>
<http://www.semfyces>
<http://www.sespas.es>

8. GUATEMALA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Personas mayores. 7.3 Trasplantes. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política de la República de Guatemala promulga los derechos inherentes a la persona humana (art. 44) sin excluir a otros que, aunque no figuren expresamente en ella, los tienen igualmente. Subraya que el interés social prevalece sobre el interés particular y que serán nulas, *ipso iure*, las leyes y las disposiciones gubernativas, o de cualquier otro orden, que disminuyan, restrinjan o tergiversen los derechos que la Constitución garantiza.

En materia de salud, seguridad y asistencia social, la CPRG se refiere al derecho a la salud como un derecho fundamental. Reconoce la obligación del Estado para velar sobre la salud y la asistencia social de todos los habitantes y considera a la salud como un bien público donde todas las instituciones y personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento. Enuncia que el Estado tiene la responsabilidad de controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y de todos aquellos que puedan afectar la salud y el bienestar de los habitantes. Por otra parte, señala que el Estado, las municipalidades y los habitantes del territorio nacional, están obligados a propiciar el desarrollo social, económico y tecnológico que prevenga la contaminación del ambiente y mantenga el equilibrio ecológico, y propicia el espacio para que las comunidades tengan el derecho y el deber

* **Abreviaturas:** ARV = Antirretrovirales; CPRG = Constitución Política de la República de Guatemala; CS = Código de Salud; CNS = Consejo Nacional de Salud; CNMA = Comisión Nacional de Medio Ambiente; CP = Código Penal; HSH = Hombres teniendo sexo con hombres; ITS = Enfermedades de Transmisión Sexual; IGSS = Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; INE = Instituto Nacional de Estadística; MSPAS = Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; PIB = Producto Interno Bruto; PEN = Plan Estratégico Nacional; ONG = Organismo No Gubernamental; PVVS = Personas viviendo con SIDA; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

de participar en actividades de planificación, ejecución y evaluación de programas de salud (art. 93 y sección VII: 94, 95, 96, 97, 98, 99 y 100).

La CPGR establece que el Estado velará porque la alimentación y nutrición de la población reúna los requisitos mínimos de salud. En materia de Seguridad Social, reconoce y garantiza el derecho a la Seguridad Social para beneficio de los habitantes de la nación e instituye un régimen como función pública en forma nacional, unitaria y obligatoria. La aplicación de este régimen le corresponde al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, que es una entidad autónoma con personalidad jurídica, patrimonio y funciones propias, y que goza de exoneración total de impuestos, contribuciones y arbitrios establecidos o por establecerse. Dicha institución debe participar, de manera coordinada, con las instituciones de salud.

Para el desarrollo de dichos mandatos constitucionales se cuenta con el Código de Salud (Decreto 90/97 CS), instrumento que, de manera específica, define el sector salud, sus funciones y responsabilidades (art. 8 y 9). El Consejo Nacional de Salud (cap. III, arts. 12, 13, 14 y 15) establece la organización y funciones del MSPAS (cap. IV, arts. 16, 17, 18, 19 y 20) y determina el modelo de atención integral, los niveles de organización y la gerencia de los servicios de salud. En relación al financiamiento del sector, el CNS señala cómo el Estado asignará los recursos necesarios para atender a la población en general y en forma prioritaria y obligatoria a la de escasos recursos (cap.V, arts. 21, 22, 23 y 24).

1.2 El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de acuerdo a la CPRG (art. 193), vela por la salud y la asistencia social de todos los habitantes y, por lo tanto, deberá desarrollar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social (art. 94).

El IGSS, creado el 30 de octubre de 1946 por Decreto 295, es «una institución autónoma, de derecho público con personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar, en beneficio del pueblo de Guatemala, un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima» (cap. I, art. 1). Los patronos y trabajadores, de acuerdo con la Ley, deben de estar inscritos como contribuyentes y no pueden evadir esta obligación, pues ello significaría incurrir en la falta de previsión social.

1.3 Las políticas de salud del MSPAS están enunciadas en el Plan Estratégico de Salud 2004-2008 y pretenden conducir, regular, promover, garantizar la salud de la población, lograr una adecuada coordinación con el sector salud, poner el énfasis en la salud preventiva, alcanzar la consolidación de un modelo de atención integral con equidad, calidad, eficiencia y transparencia, y todo ello dentro de un sistema de prevención y atención accesible a toda la población. Para tales objetivos, el Plan propone las siguientes políticas:

a) Fortalecimiento del papel rector del MSPAS, para que ejerza, con efectividad, la rectoría del sector salud a través de la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones que realizan las instituciones de salud a nivel nacional.

b) Satisfacción de las necesidades de salud de la población guatemalteca, mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque

intercultural en los diferentes niveles de atención, priorizando acciones a los grupos de población de mayor riesgo.

c) Fortalecimiento del proceso de desconcentración y descentralización de competencias, responsabilidades, recursos y autoridades a las áreas de salud y hospitales, para lograr que asuman totalmente las responsabilidades, competencias, recursos, poder de decisión y capacidad institucional, en la gestión y administración de sus servicios.

d) Adquisición y provisión de insumos, en forma oportuna, para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

e) Modernización del sistema de gestión administrativa y financiera del MSPAS en forma eficiente, eficaz y transparente.

f) Fortalecimiento del desarrollo y administración de los recursos humanos en salud, para que sean suficientes, calificados y sensibilizados en la problemática de salud del país y para brindar atención de calidad con calidez.

g) Promoción de acciones de apoyo al saneamiento del medio que mejoren la calidad de vida de la población.

h) Protección a la población de los riesgos inherentes al consumo y exposición de alimentos, medicamentos y sustancias nocivas a la salud, a través de la regulación, vigilancia y control de los factores de riesgo a la salud.

2. SISTEMA SANITARIO

Los regímenes jurídicos principales para el sistema sanitario son la CPRG, el CS y el Código Municipal, que se implementan con reglamentos específicos para cada uno de los temas a tratar. No se tiene información sobre la calidad y el funcionamiento apropiado de los centros sanitarios debido a que la capacidad de supervisión de las instancias es demasiado baja. Ha habido una tendencia hacia la privatización de algunos sistemas sanitarios como el agua potable y la recolección de basuras. No se han encontrado estadísticas que permitan determinar datos sobre las personas que trabajan en el sector sanitario.

El CS se refiere a los ingresos específicos, a otros financiamientos y a la movilización de recursos para formular la prestación de servicios. Para ello, el MSPAS podrá celebrar convenios y contratos con las instituciones que integran el sector y otras instituciones vinculadas a él. También el CS se refiere a la formación y capacitación de los recursos humanos en salud (capítulo IV, arts. 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32 y 33). El CS también aborda la investigación en salud (capítulo VII, arts. 34, 35 y 36), la promoción, las políticas y la capacidad de investigación.

El gasto en salud representó un 5,2 % del PIB en el 2004, incluyendo el gasto del sector privado; sin embargo, al gasto de salud pública con respecto al PIB en términos reales y nominales para el 2005 fue del 1,0%.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En relación con el ambiente, las acciones de promoción y prevención buscan el acceso de la población a los servicios de agua potable, la adecuada eliminación y

disposición de excretas, desechos sólidos, la higiene de los alimentos y la disminución de la contaminación ambiental.

El CS regula las acciones de promoción y prevención, estilos de vida saludable, prevención de las enfermedades, salud y ambiente (Libro II, título I, capítulos I, II, III y IV CS).

En relación al acceso y cobertura universal del agua potable, el MSPAS, en coordinación con el Instituto de Fomento Municipal y otras instituciones del sector, debe impulsar políticas que garanticen el acceso y cobertura universal de la población a los servicios de agua potable. Se pone énfasis en la gestión de las propias comunidades para el manejo sostenible del recurso y la protección a las fuentes. Se prohíbe la tala de árboles, especialmente en riberas de ríos, lagos y fuentes de agua en un margen de 25 metros. El MSPAS establece las normas vinculadas a la administración, construcción y mantenimiento de los servicios de agua potable para el consumo humano.

Las municipalidades, industrias, comercios, entidades agropecuarias, turísticas y otro tipo de establecimientos públicos y privados deberán dotar o promover la instalación de sistemas adecuados para la eliminación sanitaria de excretas, el tratamiento de aguas residuales y aguas servidas, así como el mantenimiento de dichos sistemas de conformidad a las leyes y reglamentos respectivos. Por su parte, en las poblaciones donde exista alcantarillado, los propietarios de inmuebles están obligados a conectar sus instalaciones sanitarias al mismo, acatando las disposiciones que el MSPAS establezca. Por su parte, corresponde a las municipalidades la prestación de servicios de limpieza o recolección, tratamiento y disposición de los desechos sólidos, industriales, comerciales y hospitalarios, de acuerdo con las leyes específicas y en cumplimiento de las leyes sanitarias aplicables.

El MSPAS, en colaboración con la Comisión Nacional del Medio Ambiente, las municipalidades y la comunidad organizada, debe promover un ambiente saludable que favorezca el desarrollo pleno de los individuos, las familias y las comunidades. De igual manera, deberán establecer un sistema de vigilancia de la calidad ambiental y deberán recolectar y divulgar la información pertinente a la población sobre los riesgos a la salud asociados con la exposición directa e indirecta de los agentes contaminantes que excedan los límites de exposición de calidad ambiental establecidos.

En materia de urbanización y vivienda, corresponde al MSPAS, en coordinación con la CNMA y la corporación municipal correspondiente, aprobar, de acuerdo a los reglamentos y normas urbanísticas y sanitarias, la formación de nuevas urbanizaciones. En el caso de los cementerios, es responsabilidad del MSPAS, en coordinación con las municipalidades y la CNMA, establecer las normas para la construcción, funcionamiento, ampliación o cierre de los cementerios del país, teniendo en cuenta lo regulado en la materia de manejo de cadáveres.

En el caso de desastres o calamidades públicas, el MSPAS, conjuntamente con otras instituciones del sector, debe participar en la formulación de políticas, estrategias, planes, programas y proyectos orientados a la prevención y mitigación del impacto de desastres y calamidades públicas.

3.2 Las acciones de prevención de la salud comprenden el establecimiento de sistemas de vigilancia epidemiológica, inmunizaciones, detección precoz y tratamiento de casos, educación en salud y otras medidas pertinentes para lograr el control de las enfermedades endémicas, las emergentes y recurrentes, en especial aquellas no emergentes con potencial de producir brotes epidémicos.

La falta de servicios básicos en miles de hogares guatemaltecos es la principal causa de propagación del «rotavirus», que ha cobrado la vida a decenas de niños y niñas, principalmente de hogares que carecen de agua potable, letrinas y drenajes.

Los centros y puestos de salud carecen de médicos y medicinas para atender a la población que padece enfermedades epidémicas, lo que demuestra la fragilidad de la estructura médica del Estado, pues, al parecer, no está preparada para prevenir las contingencias.

La mayoría de las familias del área rural tiene impedimentos para acceder a los centros médicos, ya que carecen de recursos económicos para trasladarse a las áreas urbanas, donde se concentran los hospitales. Además, hacen falta servicios sociales, agua potable, esencial para la higiene, así como ayuda alimentaria para los lugares más pobres, de donde proceden los mayores casos de enfermedades.

4. DERECHOS

4.1 La prestación de los servicios a la salud por parte del MSPAS son gratuitos, aunque los medicamentos, insumos y materiales médicos y quirúrgicos son, en la mayoría de casos, provistos por el propio beneficiario y su familia. En la actualidad, el sistema de salud pública en Guatemala ha ido progresivamente creando patronatos de salud para los diferentes servicios y prestaciones, que cobran *donaciones* al paciente o a la familia por los servicios prestados; *donaciones* que no son estándares de costos de servicios, sino que son cobradas de conformidad a la estimación de la capacidad económica de la persona según evaluación realizada por un trabajador social. En el caso del IGSS, el financiamiento de los servicios prestados se da a través de cotizaciones por cuotas patronales y laborales. Adicionalmente, existen seguros médicos proporcionados por la banca y seguros privados incluyendo la prestación de servicios prepagados y pagados por parte de hospitales privados.

Lo referente a la libre elección del médico, trato digno y confidencialidad son tratados más desde el enfoque de los Derechos Humanos.

4.2 El CS regula lo referente a los productos farmacéuticos, medicamentos y otros afines, y sobre las unidades de apoyo diagnóstico para el tratamiento de la enfermedad (título II, capítulos I, II, III y IV).

Las disposiciones están orientadas a la regulación y vigilancia sanitaria de la producción, importación, exportación y comercialización de medicamentos. El MSPAS mantiene el control y la vigilancia incluyendo la publicidad, promoción o propaganda que se haga sobre los productos, que deben regirse por criterios éticos. Debe darse al usuario información fidedigna, exacta, equilibrada y actualizada. El conjunto de especificaciones del producto debe contar con un registro que permita el control de su calidad y comercialización, donde el fabricante y los importadores son directamente responsables de su seguridad y calidad.

Por su parte, el MSPAS cuenta con un Programa Nacional de Medicamentos que incluye la selección, calidad, suministros, producción, comercialización y el uso racional de los mismos, promoviendo la participación social.

4.3 La atención de tratamientos y cuidado de la salud es obligatoria para el Estado de Guatemala y para toda la ciudadanía por mandato constitucional (cap. I,

secc. VII, arts. 93, 94 y 95, CPRG /Decreto 90-97, LB. I, TU. cap. I, arts. 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 CS). La información al paciente es regulada por el Código de Salud (Dto. 90/97, arts. 6 y 166, CS) y la normativa de la historia clínica es regulada por los reglamentos hospitalarios.

5. GARANTÍAS

5.1 El Código Penal ha tipificado delitos que protegen el derecho a la vida, la integridad de la persona y el derecho a la salud.

a) Partiendo de la distinción entre delitos de lesión y delitos de peligro, las figuras contempladas en el CP, basadas en penas de prisión a autores directos o cómplices, son los delitos contra la vida, homicidio simple, homicidio en estado de emoción violenta, en riña tumultuaria, homicidio preterintencional, inducción o ayuda al suicidio, infanticidio (arts. 123, 124, 125, 126, 127, 128 y 129 CP) y como homicidio calificado contempla el parricidio (art. 131)¹.

El CP establece que al reo de asesinato se le impondrá prisión de 25 a 50 años; sin embargo, se le aplicará la pena de muerte en lugar del máximo de prisión si por las circunstancias del hecho y de la ocasión, la manera de realizarlo y los móviles determinantes se revelare una mayor peligrosidad del agente. A quienes no se les aplique la pena de muerte por este delito, no podrá concedérsele rebaja de pena por ninguna causa. En cuanto a los atentados en contra de la integridad personal, que se materializan en daños directos a una persona en su salud física, el CP contempla el delito de lesiones².

b) En los casos en que ha existido una atención médica negligente, o mala práctica médica, se aplicará el delito de homicidio culposo, sancionado con pena de dos a cinco años de prisión. Este tipo penal es una figura penal abierta que se configura por cualquier violación a las reglas de la *lex artis*, en el cuidado de pacientes que da lugar a la muerte.

c) De igual forma, el CP dedica un capítulo específico destinado a los delitos contra la salud pública, entre los que se encuentra la propagación de enfermedad (art. 301 CP), envenenamiento de agua o de sustancia alimenticia o medicinal (art. 302 CP), elaboración peligrosa de sustancias alimenticias o terapéuticas (art. 303 CP), expendio irregular de medicamentos (art. 304 CP), contravenir las medidas sanitarias (art. 305 CP), inhumaciones y exhumaciones ilegales (art. 311 CP), y uno específico sobre delitos culposos (art. 312 CP).

Por su parte, el régimen administrativo sancionador se encuentra contemplado en el CS (Decreto 90/97, Libro III) bajo la denominación de infracciones contra la salud y sus sanciones. El CS define el concepto de infracción como toda acción u omisión que implique violación de normas jurídicas, de índole sustancial o formal, relativas a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación en materia de salud. En el trámite administrativo que se siga para determinar la comisión de una in-

¹ Homicidio simple, homicidio en estado de emoción violenta, en riña tumultuaria, homicidio preterintencional, inducción o ayuda al suicidio, infanticidio (arts. 123, 124, 125, 126, 127, 128 y 129 CP) y como homicidio calificado contempla el parricidio (art. 131).

² Arts. 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150 y 151 CP, lesiones específicas, gravísimas, graves, leves, en riñas, culposas y de contagio venérico.

fracción sanitaria, la autoridad competente debe observar los principios de oficiosidad, celeridad, imparcialidad y especialidad de las actuaciones (art. 235, CS). Si de la investigación que realice el MSPAS, se presume la comisión de un delito tipificado en leyes penales, su conocimiento y sanción corresponde a los tribunales competentes.

El CS considera como infracciones vender bebidas alcohólicas, tabaco o sustancias tóxicas a menores de edad (art. 224 CS), omitir la notificación de enfermedades evitables, transmisibles, incluyendo las veterinarias, e incumplir las normas de bioseguridad universalmente aceptadas y las establecidas por el MSPAS por quien maneje órganos, líquidos orgánicos y hemoderivados, y por quien realice acupuntura, perforaciones y tatuajes o cualquier otro procedimiento que implique la posibilidad de contagio del VIH (arts. 225 y 226 CS).

También, que las empresas agroindustriales o de cualquier otra índole incumplan el acceso de los servicios de agua potable a sus trabajadores y dependientes económicos; talar árboles dentro de los 25 metros contiguos a las riberas de ríos, riachuelos, lagos, lagunas, manantiales y fuentes de agua, o impedir al MSPAS inspeccionar, a cualquier hora del día, los abastos y suministros de agua potable. De igual forma, extender licencias de construcción, reparación o modificación de obras públicas o privadas destinadas a la eliminación o disposición de excretas sin contar con dictamen técnico favorable del MSPAS, o no emitir dictamen, dentro de los plazos legales, cuando el mismo se solicite para el aprovechamiento de aguas termales, la construcción de piscinas o baños públicos, o la disposición de desechos sólidos.

También se sanciona el almacenar, transportar, transformar o disponer de cualquier tipo de residuos o desechos sólidos, sin contar, para esos efectos, con sistemas adecuados establecidos en el reglamento respectivo e incumplir las normas o reglamentos sanitarios en detrimento de la calidad o inocuidad de un producto alimenticio registrado con nombre comercial. Así mismo, impedir la inspección sanitaria, importar desechos tóxicos, radiactivos o de difícil degradación e incumplir las disposiciones que dicte el Ministerio de Energía y Minas en materia de radiaciones ionizantes directas e indirectas. De igual forma, se sanciona el incumplimiento de las medidas de precaución, protección o control periódico de la salud del personal expuesto a radiaciones.

Comete infracción contra la recuperación y rehabilitación de la salud quien contravenga las disposiciones del CS (art. 227) que regulan lo referente a los servicios de salud privados, al comercio y envase de alimentos, medicamentos, cosméticos, productos de higiene personal o del hogar (art. 228 CS) y también quien pone en funcionamiento establecimientos farmacéuticos sin contar con autorización previa, o trasplanta órganos o tejidos entre personas en vida sin contar con el consentimiento previo del donador y receptor en forma expresa y escrita. De igual forma se sanciona a los bancos de sangre y donantes que no atienden los requisitos, normas y técnicas establecidas en el reglamento respectivo y el importar, fabricar, comercializar o suministrar equipos, prótesis, ayudas y otros insumos para la atención de la salud sin autorización. El CS señala el cierre temporal, clausura definitiva del establecimiento, cancelación del registro sanitario de referencia o inscripción obligatoria y otras infracciones sancionadas con comiso (art. 232 CS), con prohibición de ejercer temporalmente alguna actividad u oficio (art. 233 CS).

5.2 En relación a la indemnización por daños y perjuicios, la responsabilidad del Estado está contemplada en la CPRG, que establece que cuando un dignatario,

funcionario o trabajador del Estado, en el ejercicio de su cargo, infrinja la ley en perjuicio de particulares, el Estado o la institución estatal a quien sirva será solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se causaren (art.155).

Los funcionarios y empleados del MSPAS que, en ejercicio de sus funciones, tengan conocimiento de la comisión de un hecho que pueda ser constitutivo de delito, deben denunciarlo inmediatamente a la autoridad competente, bajo pena de incurrir en responsabilidad (art. 216 CS).

5.3 La responsabilidad civil de los funcionarios y empleados públicos podrá deducirse mientras no se hubiere consumado la prescripción, cuyo término será de 20 años. La responsabilidad criminal se extingue, en este caso, por el transcurso del doble del tiempo señalado por la ley para la prescripción de la pena. Ni los guatemaltecos, ni los extranjeros podrán reclamar al Estado indemnización por daños y perjuicios causados por movimientos armados o disturbios civiles.

La vía para reclamar los daños y perjuicios provenientes de las obligaciones del Estado es doble: se puede ejercitar la acción civil conjuntamente con la acción penal dentro del procedimiento penal ordinario.

El Código Procesal Penal refiere que, en el procedimiento penal, la acción reparadora sólo puede ser ejercida mientras esté pendiente la persecución penal (art.124). Si ésta se suspende, se suspenderá también su ejercicio hasta que la persecución penal continúe, salvo el derecho del interesado de promover la demanda civil ante los tribunales competentes. Sin embargo, después del debate, la sentencia que absuelva al acusado o acoja una causa extintiva de la persecución penal, deberá «resolver también la cuestión civil válidamente introducida». Finalmente, la acción de indemnización puede ser ejercitada en la vía civil, conforme lo dispuesto en el Código Procesal Comercial y Mercantil (art. 229).

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 La primera causa de mortalidad en niñas son las enfermedades respiratorias, diarrea y desnutrición, y las principales causas de la mortalidad materna son hemorragia postparto, retención placentaria y septicemia. En el análisis de la situación de salud en Guatemala, deben tenerse en cuenta los Indicadores Básicos de 1997 y 1998, y de los años 1999-2001, del Sistema de Información Gerencial de Salud (SIGSA). El MSPAS señala que para el año 2001 la mortalidad materna fue del 99,3 por cada cien mil nacidos vivos.

El 46% de los hogares rurales están compuestos por más de seis personas; en el área urbana, el 35%. En 20 de cada 100 hogares, la responsabilidad recae en la mujer. El 23% de los hogares, en el área urbana, están encabezados por una mujer, y el 17% en el área rural. El 43,2% de las mujeres fértiles es menor de 25 años, el 60,4% están casadas o unidas, el 44,4% ha cursado la escuela primaria, el 25,5% no ha asistido nunca a la escuela, el 4,2% llegó a un nivel educativo superior y el 51,2% profesa la religión católica. Entre las mujeres de 15 y 24 años de edad, el 10,6% están afiliadas al IGGS.

El 91,5% de las mujeres conocen la planificación familiar, el 57,8% ha usado algún método de planificación, tan sólo el 19,8% de las mujeres tienen conocimiento sobre el período de fertilidad, el 12,4% de las mujeres menores de 25 años ya es-

tán esterilizadas y el 70% se operó entre los 25 y 34 años de edad. Entre las mujeres de 15 y 24 años de edad, el 61% son solteras, el 43% han tenido alguna vez relación sexual, el 35% de ellas tienen algún hijo vivo, el 46,7% han estudiado en la escuela primaria y el 38,2 % tiene algún nivel secundario o superior.

De este grupo (15 a 24 años), el 29,7% de mujeres tenía algún trabajo remunerado; el 22,1% de este grupo tuvo su experiencia sexual antes de cumplir los 15 años; el 52% de todas ya tenían experiencia sexual antes de cumplir los 17 años de edad. El 38,8% (entre 14 a 24 años de edad) habían tenido, al menos, un embarazo; el 58,2% tuvo su primer embarazo antes de los 18 años de edad. En 1995 la muerte en mujeres menores de 24 años constituyó el 31% de todas las muertes maternas.

En el área rural, las mujeres sufren de elevados índices de desnutrición proteica calórica, con deficiencias de vitamina A, yodo y hierro. La esperanza de vida en la mujer es de 65,5 años y se estima que alcance 67,2 años. La violencia física, psicológica y sexual son manifestaciones cotidianas en la vida de la mujer, con serias lesiones en su autoestima. En 1996, de 432 casos de violencia registrada en contra de la mujer, el 69,71% fueron de tipo callejero, 6,64% intrafamiliar y el 2,69% laboral.

El CP ha establecido el delito de aborto, con las siguientes modalidades (arts. 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139 y 140 CP): concerto, procurado, con o sin consentimiento, calificado, terapéutico, preterintencional, tentativo y culposo.

6.2 En lo relacionado con la salud de la niñez y juventud, existen derechos y garantías en la Ley de Protección Integral a la Niñez y Adolescencia (Decreto 27/2003, arts. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34 y 35). El Estado garantizará su derecho a la alimentación, salud, educación y seguridad y previsión social por medio de acciones tendientes a promover la salud, prohibiendo la venta de bebidas alcohólicas y tabaco a menores, prohibiendo fumar en ciertos espacios y ofreciendo prestar ayuda en materia de rehabilitación a los menores de conducta especial.

Para el año 2001, la mortalidad infantil era del 25,3 por cada mil nacidos vivos, siendo las principales causas la diarrea, enfermedades respiratorias agudas, enfermedades inmuno-prevenibles y la desnutrición.

El Plan Nacional de Atención Integral del y la Adolescente desarrolla los siguientes ejes temáticos: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, salud mental, salud buco-dental, prevención de mortalidad prevalente, estilos de vida. Además, implementa las siguientes estrategias: atención integral, abordaje interdisciplinario e intersectorial, participación social, enfoque de género, capacitación, cooperación técnica, información, educación y comunicación.

Según datos de la Encuesta Sociodemográfica del año 1989, 87,424 adolescentes se registraron enfermos o accidentados, de los cuales el 58% provenían del área rural. En la Encuesta Nacional de Micronutrientes MSPAS/INCAP, de 1995, el 36% de la población de 15 a 19 años presentó una prevalencia alta de anemia.

Las drogas de mayor uso entre la población comprendida entre los 12 y 18 años de edad son alcohol (71,5%), cocaína (2,2%), marihuana (8%), tabaco (32,3%), estimulantes (17,8%), tranquilizantes (63,5%) e inhalantes (10,6%), y el 52,2% de los consumidores eran de sexo masculino. Desde 1984 al 30 de septiembre del año 2002 se registró que el 25,13% de casos se ubicaba en el rango de edad de 10 a 24 años. De las entrevistas realizadas en el estudio *Rostro de la Prostitución Infantil*, el 83,3% de las menores de 15 años habían sufrido enfermedades de transmisión sexual, el 50% en el grupo de 15 a 18, y, dentro de este último grupo, el 42% son madres.

Según la Encuesta Nacional de Salud Materna Infantil (ENSMI) de 1998-1999, la situación indica que, en el área de salud, el 17% de las mujeres entre 15 y 19 años, y el 44% de las mujeres con 19 años cumplidos ya son madres o estaban embarazadas al momento de hacerse la encuesta. De este grupo, el 43% padece de anemia, el 14% son analfabetas y, con respecto al trabajo, el 9% trabajó durante los últimos 12 meses.

Adicionalmente, estas mismas encuestas reflejaron que el 40,5% de las adolescentes sin educación estaba conformado por jóvenes que alguna vez han estado embarazadas, de las cuales sólo el 43,8% puede optar a recibir control prenatal por parte de un médico durante el embarazo.

En términos generales, el adolescente tiene una mortalidad del 14,34 por mil habitantes, registrándose que, en las edades entre los 10 a los 19 años de edad, el 40% de las muertes eran de sexo masculino y el 60% de sexo femenino. Por otra parte, la tasa de mortalidad en los adolescentes de 10 a 14 años de edad (75,9) es menor que el del grupo de 15 a 19 años (154,6), por lo que es importante analizarla por separado. Las causas de muerte en el grupo de 10 a 19 años de edad son entre el 43,4% y el 74,6% por causas externas, es decir, secundarias a muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios, excluyendo las causas violentas). En orden de importancia, las cinco principales causas de muerte, dentro del rango de edad de 10 a los 14 años, son: infecciones intestinales mal definidas, bronconeumonías, efectos tóxicos de sustancias nocivas, síntomas generales y neumonía. Y en el rango de edad de 15 a 19 años: efectos tóxicos de sustancias nocivas, envenenamientos farmacológicos, infecciones intestinales mal definidas y síntomas generales.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Según diversas fuentes, la población con discapacidad en Guatemala oscila entre un 10 y un 18%, aproximadamente más de un millón y medio de habitantes. Como en la mayoría de países del continente americano, este importante sector de la población se encuentra en una situación de marginación y sin acceso pleno a los bienes y servicios que deberían estar disponibles para toda la sociedad. En el área educativa, sólo un 1,8% de este segmento poblacional tiene acceso a los servicios disponibles. Por otro lado, los pocos servicios existentes no responden en ningún aspecto a las necesidades específicas propias de cada tipo de discapacidad. En general, existe en el sistema educativo una historia de segregación y exclusión que perjudica específica y sensiblemente a las personas con discapacidad. Se parte de la idea de que, de lo que se trata, es de enviar a las personas con discapacidad a centros segregados.

7.2 En Guatemala, los adultos mayores se encuentran en situación de vulnerabilidad y exclusión por factores inherentes a su condición. Según datos del censo de 2002, la población de adultos mayores alcanza el 6,3% de la población total. Según el Instituto Nacional de Estadística, los adultos mayores entre los 60 y 69 años representan el 50% del total de la población, siendo aún una población activa. Desglosada la información, las mujeres representan el 50,34% y los hombres el 49,65%. El 56% de las mujeres adultas mayores no tuvo acceso a la educación, lo que significa que en su juventud no tuvieron trabajos bien remunerados y, por ende, tampoco acceso a la Seguridad Social, por lo que su situación económica y social es diferente en comparación a la del hombre.

Del total de este grupo poblacional, un 51% se localiza en el área urbana y un 48% en el área rural. Los hombres mantienen hábitos campesinos y su migración hacia las áreas urbanas es menor que la de las mujeres, quienes se encuentran más en el área urbana y con mayor oportunidad de acceso de los servicios básicos. Según el INE, el departamento con más índice de población adulta mayor es el de Guatemala (24%).

Guatemala es un país que demográficamente está envejeciendo: se observa una disminución de la tasa de mortalidad frente al aumento en la esperanza de vida de la población.

Las 15 enfermedades con mayor incidencia en adultos mayores son: infecciones y enfermedades respiratorias, enfermedades relacionadas con los huesos, gastritis (no especificada), anemia, hipertensión, infecciones en vías urinarias, amigdalitis, parasitosis, diarreas, cefalea, amebiasis, conjuntivitis, lumbago, diabetes y desnutrición. Los datos corresponden al período comprendido entre enero y septiembre de 2005, durante el cual se atendió a 336.778 personas (47% de la población total de adultos mayores), 138.299 hombres (41%) y 198.480 mujeres (59%).

7.3 En Guatemala pueden disponer de sus órganos los mayores de 18 años por consentimiento escrito. No pueden ser donantes los menores de edad, las personas incapaces y los presos. Los receptores se seleccionan según la necesidad médica, la compatibilidad y la edad (preferentemente menores de 55 años de edad). Para la hipótesis del trasplante *post mortem*, basta con el consentimiento dado por el donante en vida. Si éste, en vida, no manifiesta su voluntad, sus parientes pueden disponer de él; si no, se puede utilizar libremente el cadáver en el caso de que haya sido abandonado. Los centros asistenciales que pueden emprender y ejercer trasplantes pueden ser tanto públicos como privados, pero deben funcionar conforme a la reglamentación. La muerte del donante será determinada por tres médicos cirujanos. Se prohíbe la comercialización de órganos.

El CS sanciona el efectuar trasplantes de órganos y tejidos de seres humanos o de cadáveres sin contar con dictamen favorable de, al menos, tres médicos y cirujanos especialistas en la materia, reconocidos como tales por el Colegio de Médicos y Cirujanos. También se sanciona el poner en funcionamiento bancos de órganos y tejidos sin contar con la autorización correspondiente del MSPAS.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Desde enero de 1984 a agosto de 2005 se han reportado 8.685 casos de SIDA (tasa, según casos notificados, de 79,4 por cien mil habitantes)³. A partir de junio de 2003, se modificó el sistema de vigilancia de VIH/SIDA, lo que ha permitido mejorar los servicios de información. El 71% de los casos reportados son hombres de 20 a 39 años de edad. El 77% de los casos se han ubicado en los departamentos de Suchitepéquez, Guatemala, Izabal, Escuintla, Retalhuleu y Quetzaltenango. Dentro de éstos, el 38,18% de los casos corresponden al departamento de Guatemala.

³ Programa Nacional para la Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA.

La epidemia tiende a crecer en la población general y al aumentar el número de mujeres infectadas se produce un efecto multiplicador. El 83,2% de todos los casos afecta al grupo de 15 a 49 años de edad. El grupo de edad de 20 a 34 años aporta el 52,11% de todos los casos. La vía de transmisión más frecuente es la sexual (94,43%). No hay informe de casos de transmisión por el uso de drogas inyectadas. Se sabe que el subregistro puede superar el 50%.

Las cifras de seroprevalencia, según investigaciones realizadas entre 1988 y 2003, permiten hacer un análisis de las tendencias en grupos vulnerables, mujeres embarazadas, trabajadoras comerciales del sexo y hombres que tienen sexo con otros hombres. Estos datos indican que, en el país, la epidemia de VIH/SIDA está pasando de un nivel bajo (seroprevalencia menor del 5% en grupos de alto riesgo) a un nivel concentrado (seroprevalencia del VIH superior al 5% en grupos de alto riesgo y menor del 1% en mujeres embarazadas).

La prevalencia de VIH en 165 HSH estudiados es del 11,5%. Esto los coloca como el grupo más afectado y coyunturalmente el más vulnerable, mucho más que el resto de la población.

En el caso de las mujeres trabajadoras del sexo, ha mostrado un incremento acelerado en los niveles de infección VIH, pasando del 0,45% en 1992 al 2,7% y 4,7% para la ciudad de Guatemala durante 1998 y 2000 respectivamente. En Puerto Barrios, Izabal, pasó del 0% en 1991 al 10% en 2000. En consecuencia, este grupo es el segundo más afectado por la epidemia.

Los niveles de infección por VIH en mujeres embarazadas variaron del 0% en el Centro de Salud de Puerto Barrios, hasta el 1,7% en el Centro de Salud de Los Amates, Izabal, y el Centro de Salud de Escuintla. Durante 2002 y 2003, según estudios efectuados en los municipios de Retalhuleu y San Marcos con ese mismo grupo de población, el 1% de ellas están afectadas.

En 1996, de un total de 3.422 pacientes con tuberculosis en tratamiento, el 33,6% (1.149) aceptó la prueba de VIH. De éstos, el 5,5% (63 casos) resultaron seropositivos. Entre 1997 y 2000, los índices de positividad han aumentado de 3,9% a 9%, y estudios efectuados en Quetzaltenango dan cuenta de que en 1995, 1996 y 1997 la seroprevalencia de VIH en pacientes tuberculosos era del 5%, alcanzando el 9,3% en 1998. De los casos de SIDA notificados, más del 20% se asocian con tuberculosis; esto la convierte en la enfermedad oportunista más frecuente asociada al SIDA y a esto se suma la cada vez mayor presencia del bacilo multidroga, resistente a tratamientos de primera y segunda línea.

El CS establece la responsabilidad del MSPAS de formular, evaluar y supervisar las acciones dirigidas al control de las ETS y VIH/SIDA (art. 42), así como el desarrollo de programas específicos de educación, detección, prevención y control con la participación de diversos sectores. Por su parte, la Ley de Desarrollo Social (Decreto 42/2001) establece la obligación de prestar a la población los servicios de diagnóstico, atención y tratamiento de las ITS, VIH y SIDA, con énfasis en la población adolescente (cap.V, secc. II, art. 26, numerales 2 y 4). Sin embargo, no hay una clara identificación de la vulnerabilidad de ciertos grupos con relación a las ITS.

En 1995 se formaliza la coordinación multisectorial y se conforma la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, integrado por ONGs, sector religioso, Gobierno, cooperación y Fuerzas Armadas. En 1996 se elabora el primer Plan Estratégico Nacional, y en 1999, a instancias del MSPAS y en colaboración estrecha con la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha contra el SIDA, se elaboró el PEN, ITS, VIH y SIDA para el período 1999-2003.

En el área de atención, en 1988 se inaugura la primera clínica de SIDA en Centroamérica y se integra la primera ONG para prevenir el VIH, dirigida por la Asociación de Salud Integral (previamente —AGPCS—, Asociación Guatemalteca para la Prevención y Control del SIDA), ubicada en el Hospital San Juan de Dios. Al año siguiente abre la clínica de infectología en el Hospital Roosevelt. A partir de 1997, ambas clínicas y las del IGSS empiezan a brindar tratamiento con antirretrovirales.

El MSPAS empieza a proveer de medicamentos ARVs a partir de 1999. Del año 2000 al 2004 hay un incremento significativo en los PVVS que acceden al tratamiento por medio de la oferta de Médicos Sin Fronteras (Suiza, Francia y España). El primer grupo de apoyo dirigido por y trabajando con PVVS se formó en 1998. Desde esa fecha han surgido otras organizaciones de PVVS que han permitido incrementar los programas de apoyo dirigidos a esta población.

Durante el año 2005, el Presidente de la República, en Consejo de Ministros, aprobó la «Política Pública de ITS, VIH y SIDA» (Acuerdo gubernativo 638/2005), que entró en vigor el 1 de diciembre de 2005. Este documento explica un conjunto de acciones orientadas a la atención integral de estas afecciones, mediante la coordinación de los distintos actores sociales que intervienen y/o son afectados, bajo la responsabilidad del Gobierno de la República. Se realiza con un enfoque multidisciplinario, intersectorial y con pertinencia cultural.

En la actualidad es necesario revisar la legislación vigente para armonizar las normas que regulan las ITS, VIH/SIDA en forma específica. Pese a todas estas limitaciones, la legislación guatemalteca proporciona un marco normativo suficiente para desarrollar una política pública respecto a las ITS, VIH/SIDA. Los lineamientos básicos y políticas en salud del Gobierno de Guatemala, del 2004 al 2008, establecen las 17 prioridades de salud y ubican en el octavo lugar a las ITS, VIH/SIDA.

El Estado de Guatemala ha asumido compromisos internacionales frente al combate al VIH/SIDA. Diversos organismos internacionales han apoyado el fortalecimiento de la capacidad del país para responder a la epidemia, principalmente en aspectos clave como la planeación estratégica, el diálogo político, la sensibilización pública, la vigilancia epidemiológica y el incremento de la participación de la sociedad civil. A la fecha, la participación de la iniciativa privada se ha caracterizado por responder de manera aislada a solicitudes de apoyo. La respuesta nacional se ha concentrado por muchos años en la ciudad de Guatemala, y la manera en que se ha tratado ha tenido un bajo impacto en poblaciones vulnerables.

9. FUENTES EN INTERNET

Congreso de la República de Guatemala

<http://www.congreso.gob.gt>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

<http://www.mspas.gob.gt>

Ministerio de Trabajo y Previsión Social

<http://www.mintrabajo.gob.gt>

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

<http://www.igssgt.org>

Organización Panamericana de la Salud en Guatemala

<http://www.unops.org.gt>

9. HONDURAS

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 3. DERECHOS: 3.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 3.2 Derecho al medicamento. 3.3 Otros derechos relacionados con la salud. 4. GARANTÍAS: 4.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 4.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 4.3 Indemnización por daños. 5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 5.1 Mujer. 5.2 Niñez y adolescencia. 5.3 Indígenas. 6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución hondureña, que es la norma primaria fundamental de la cual derivan todas las demás leyes secundarias y reglamentarias, reconoce el derecho a la salud. Para ello, el artículo 145 expresa que: «Se reconoce el derecho de la protección a la salud», añadiendo en el párrafo segundo, que «es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad»; de la misma manera, el Estado asume un compromiso de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto (art. 145). Otras referencias constitucionales a la salud se encuentran, como veremos, en los artículos 142, 143, 144 relativos a la Seguridad Social, y los artículos 146, 147, 149, entre otros, comprendidos en los capítulos VI y VII de la Constitución, de los apartados de la Seguridad Social y de la Salud.

El artículo 149 de la Constitución establece que «El Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley.» El sistema de salud hondureño está constituido por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el IHSS, y el sector no público o privado, con y sin fines de lucro. Aunque la Constitución de la República otorga a la Secretaría de Salud el rol rector del sector, la falta de separación de las funciones de rectoría y de provisión de servicios ha contribuido a que el actual sistema de salud hondureño sea fraccionado, desintegrado, débilmente regulado y, como consecuencia, presente alto riesgo de subsidio cruzado, duplicidad de esfuerzos, acciones y gastos. Asimismo, la gestión de los servicios de salud es centralizada y con muy poca coordinación e integración entre los distintos subsistemas y niveles.

Las normas nacionales más importantes en materia de salud lo constituyen: la Ley del Seguro Social (Decreto 140-1959), el Código de la Salud (Decreto 65-91),

la Ley Especial sobre VIH-SIDA (Decreto 147-99) y la Ley General del Ambiente (Decreto 104-93). Además, la Secretaría de Salud cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial como son: a) Política de Salud Materno Infantil; b) Política de Salud Mental; c) Política de la Mujer; d) Política de Salud Sexual y Reproductiva; e) Política de Sangre, y f) Política de Medicamentos. Estos instrumentos son de capital importancia, ya que suponen una transformación esencial del sistema sanitario, al universalizar la asistencia sanitaria, crear un Sistema Nacional de Salud (SNS) unificado y desvinculado de la Seguridad Social, y reconocer legalmente la radical descentralización del sistema que venía exigida.

1.2 En la Administración general del Estado, la Secretaría de Salud Pública ostenta las competencias en materia de salud; además, coordina todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector mediante un Plan Nacional de Salud, en el cual se da prioridad a los grupos más necesitados. El artículo 149 de la Constitución establece que corresponde al Estado supervisar las actividades privadas conforme a la ley.

Por su parte, el artículo 150 establece que «el Poder Ejecutivo fomentará los programas integrados para mejorar el estado nutricional de los hondureños». Para la coordinación, comunicación e información entre las administraciones sanitarias estatales y autónomas, existen los Consejos Consultivos Nacionales de Salud, creados directamente por la Secretaría de Salud. De igual manera, la Secretaría está facultada para que, mediante resoluciones, delegue o reasigne —en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas, dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la ley—, todas las actividades propias del sector salud (art. 4, Código de la Salud).

Existen organizaciones no gubernamentales, especializadas en salud, con capacidad suficiente para influir en la formulación y ejecución de las políticas públicas. Sin embargo, en la práctica, la presión de las organizaciones profesionales y sindicales del sector sanitario ha tenido un efecto deletéreo tanto en la carga presupuestaria como en la calidad de los servicios.

La formulación de políticas públicas en salud es una de las funciones esenciales que le corresponde a la Secretaría de Salud, en el ejercicio de su rol rector del sector. El país cuenta con políticas nacionales con enfoque sectorial, orientadas a fomentar la salud de la población a lo largo de su ciclo de vida, como, por ejemplo: Política de Salud Materno Infantil, Política de Nutrición, Política de Salud Mental, Política de la Mujer, Política de Salud Sexual y Reproductiva, Política de Sangre, Política de Medicamentos, Política para la Prevención de la Discapacidad, entre otras. Adicionalmente, el país ha suscrito compromisos y convenios internacionales en áreas específicas que requieren una intervención prioritaria, tales como: el Convenio Marco de Tabaco (CMT), la Iniciativa de los Países de Centroamérica (IPCA) para la eliminación al 2010 de la transmisión vectorial y transfusional de la enfermedad de Chagas, y la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, 2001) sobre VIH/SIDA¹.

El Código de la Salud, creado mediante Decreto 65-91, establece en su título preliminar, capítulo I, de sus disposiciones generales, que: «La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico, es un de-

¹ PLAN NACIONAL DE SALUD 2021, Secretaría de Salud, diciembre de 2005.

recho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales y jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación» (art. 1). El artículo 3 establece que «corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, que para los efectos de la presente Ley se llamará “LA SECRETARÍA”, la definición de la política nacional de salud, la normatización, planificación, y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud². En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa».

De acuerdo al artículo 4, se faculta a la Secretaría de Salud para que mediante resolución delegue o reasigne en cualquier tiempo y en cualquiera de sus unidades administrativas dependencias y otros organismos constituidos de conformidad con la Ley, las actividades propias del sector salud. Por otra parte, el artículo 5 establece que para los efectos de coordinación funcional, el sector salud está constituido por las dependencias e instituciones siguientes: Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública³; Secretaría de Estado en el Despacho de Gobernación y Justicia⁴; Secretaría de Estado en el Despacho de Trabajo y Previsión Social⁵; Secretaría de Estado en el Despacho de Educación Pública⁶; Secretaría de Estado en el Despacho de Recursos Naturales⁷; Secretaría de Estado en los Despachos de Planificación, Coordinación y Presupuesto⁸; Instituto Hondureño de Seguridad Social⁹; Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados¹⁰; Organismos autónomos, a los que la propia ley les encomienda actividades en la materia; Municipalidades, en lo que se refiere a las obligaciones que este código les impone¹¹; y los organismos públicos y privados, nacionales o extranjeros y los internacionales que en virtud de ley, convenio o tratado, estén autorizados para desarrollar actividades, cooperar o asesorar en materia de salud pública.

1.3 El Código de la Salud, en sus disposiciones generales, le asigna el protagonismo de rectorar las políticas de salud a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública, quien a través de la ley secundaria (Código de la Salud) establece los planes y prioridades para desarrollar las políticas en el sector salud. En tal caso establece algunos aspectos fundamentales que a continuación detallamos:

La protección del agua, tanto para consumo humano como para consumo doméstico, lo mismo que para el uso industrial y agrícola (art. 25,26). De la misma manera, el título VI nos habla de la protección sanitaria internacional. En los artículos 130 y 131 establece que: «Corresponde a la SECRETARÍA en materia de protección Sanitaria Internacional: a) Adoptar en los puertos, fronteras y sitios de trán-

² www.congreso.gob.hn/

³ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/salud/

⁴ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/gobernacion_y_justicia/

⁵ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/trabajo/

⁶ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/educacion/

⁷ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/secretarias/recursos_naturales_y_ambiente/

⁸ Esta instancia ya no existe. Sus funciones la ejerce la Unidad de Apoyo Técnico (UNAT), adscrita a la Secretaría de la Presidencia de la República desde el año 2002: www.sierp.hn/sierp.web/quienesomos.html.

⁹ www.gob.hn/portal/poder_ejecutivo/descentralizadas/ihss/

¹⁰ www.sanaa.hn/

¹¹ www.amhon.hn/

sito, medidas contra la introducción al territorio nacional o propagación en el extranjero, de enfermedades susceptibles de transmitirse al hombre; b) Recolectar datos estadísticos relativos a la morbilidad de otros países; c) Estimular el intercambio internacional de información que tenga importancia en el mejoramiento de la salud pública; d) La inspección y evaluación de todo medio de transporte a su llegada al país y tomar todas las medidas sanitarias que se consideren pertinentes para proteger la salud de la población nacional».

El libro III, De la Recuperación de la Salud, establece en su título I el control y registro de los productos farmacéuticos y equipo médico. En relación a los productos farmacéuticos, cosméticos y biológicos y otras materias, se asigna la labor de controles sanitarios tanto a la Secretaría de Salud, como al Colegio Químico Farmacéutico de Honduras.

2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

El Estado de Honduras establece, en el capítulo VII de la Constitución, el derecho a la protección a la salud (art. 145) e impone, en su párrafo segundo, el deber de todos a participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Código de la Salud, en su título III, hace referencia a la salud ocupacional y su artículo 101 establece que «la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país. Su preservación, conservación y restauración se declararán como actividades de interés social y sanitario, en las que debe participar el gobierno, sector privado, los trabajadores y la comunidad en general».

El artículo 102 establece que las disposiciones del presente título y sus reglamentos se aplicarán a todo centro y clase de trabajo, cualesquiera que sean las formas jurídicas de su organización, para proteger y restaurar la salud de los trabajadores. El artículo 106, en su numeral 6, exige a los patronos cumplir y hacer que se cumplan en sus instalaciones donde el empleado labora, las medidas de seguridad, de higiene y salubridad, que permitan prevenir los riesgos profesionales y asegurar la integridad física y mental de los trabajadores.

La Ley General del Ambiente, en su artículo 1, establece que «La protección, conservación, restauración y manejo sostenible del ambiente y de los recursos naturales son de utilidad pública y de interés nacional. El Gobierno Central y las municipalidades propiciarán la utilidad racional y el manejo sostenible de estos recursos, a fin de permitir su preservación y aprovechamiento económico.

Asimismo, el artículo 74 de dicha Ley destaca un apartado importante en lo concerniente al binomio ambiente y salud humana: «El Estado a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud Pública y con la colaboración de la Secretaría de Estado en el Despacho del Ambiente vigilarán el cumplimiento de las leyes generales y especiales atinentes al saneamiento básico y contaminación del aire, aguas y suelos, con el objeto de garantizar un ambiente apropiado de vida para la población».

De igual forma, su artículo 92 establece los delitos ambientales, entre los que destacan: la contaminación deliberada del ambiente, la descarga de contaminantes peligrosos cuyo uso esté prohibido, contaminar o permitir la contaminación de alimentos y bebidas, estableciendo en el artículo 93 las sanciones correspondientes que inclu-

yen penas de reclusión de tres a diez años, pudiendo imponerse a la vez las sanciones establecidas en los incisos c), d), e), f) y g) del artículo 87 de esta Ley.

El artículo 177 del Código de Salud, en lo referente a la vigilancia y control epidemiológico en el numeral b), reglamenta la atención en caso de enfermedades infecciosas y establece los procedimientos para su prevención y control; en el numeral e) describe las acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles y de las enfermedades en general que puedan afectar la salud de la comunidad; y en el numeral ch) dicta las disposiciones necesarias para evitar que las personas afectadas en su salud cumplan actividades que impliquen riesgo para la salud de la comunidad.

3. DERECHOS

3.1 La Constitución de la República reconoce el derecho de la protección de la salud; también establece que es deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad (art. 145):

a) *Disponibilidad.* Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y protección de la salud, personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene y dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar y diagnóstico precoz de enfermedades (art. 10, Código de la Salud). La protección de la salud figura como uno de los derechos inalienables del ser humano y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales y jurídicas, procurar el fomento de su recuperación, protección y rehabilitación (art. 1, Código de la Salud). Como vemos, la protección de la salud está consagrada en el ordenamiento hondureño al rango de Garantía Constitucional (art. 145).

b) *Universalidad.* El derecho a la salud corresponde a todos los hondureños y a los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. El artículo 9 del Código de la Salud es categórico al afirmar que: «Toda persona tiene el derecho a vivir en un ambiente sano, en la forma como este código y demás normas de la salud lo determinen, y el deber correlativo de proteger y mejorar el ambiente que lo rodea. También la Constitución prevé una protección especial para los grupos más vulnerables, como los niños, estableciendo la obligación del Estado de proteger a la infancia (art. 119). La protección a las personas menores de edad, deficientes física y mentalmente, los de conducta irregular, los abandonados, están sometidos a una legislación especial de rehabilitación, vigilancia y protección según el caso (art. 120).

Por su parte, el Código de la Niñez y de la Adolescencia también establece una regulación especial hacia los niños. En su artículo 16 especifica que todo niño tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Con tan fin, el Estado se compromete por medio de sus instituciones a realizar campañas de orientación y educación de los niños en materia de salud, alimentación, nutrición e higiene. Asimismo se establecerá en forma gradual y progresiva el funcionamiento de clínicas de atención integral de la niñez y de bancos de leche en todo el territorio nacional.

Como medidas preventivas de salud, el artículo 19 del Código de la Niñez establece que el Estado adoptará medidas preventivas de salud de los niños y promo-

verá su adopción por los particulares, para lo cual obliga poner en práctica: campañas de vacunación contra las enfermedades endémicas y epidémicas; suministro de vitaminas a la niñez de acuerdo con las normas establecidas por el Ministerio de Salud; fluorización del agua y iodización de la sal, y realización de programas de prevención médico-odontológicos

El Código de la Niñez consagra una mayor protección en su artículo 23 del derecho a la seguridad social y prioriza que en los servicios de asistencia y previsión social se recibirán y atenderán prioritariamente a los niños y niñas en la recepción de primeros auxilios, y en cualquier otra circunstancia en que requieran protección y socorro de parte de los mismos.

El derecho a la asistencia en cualquier centro de salud u hospitalario se acredita mediante los expedientes individuales que se abren a cada paciente; además, la Secretaría de Salud exige a todos los centros asistenciales del país, ya sean públicos o privados, la obligación de mantener un sistema de registro e información para las autoridades de salud (art. 160, Código de la Salud)

c) *Accesibilidad.* La gratuidad del derecho a la salud está prevista en la ley (art. 145), pero se ha impuesto en la práctica con carácter general, al menos en relación con las personas que tienen reconocido este derecho. Sin embargo, la misma Constitución prevé la privatización de algunos servicios en materia de salud, al establecer en el artículo 149, párrafo 2, que corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley; y en el artículo 156, se consideran instituciones de la salud todos los establecimientos públicos o privados en los cuales se brinda atención dirigida fundamentalmente a la prevención, curación y rehabilitación de la salud.

De acuerdo al artículo 157, todos estos establecimientos asistenciales deberán ser autorizados por la Secretaría de Salud. También se establecen las sanciones para los establecimientos que infrinjan la ley o demás reglamentos (art. 161, Código de la Salud). En relación a los cobros y tarifas por servicios que prestan las clínicas privadas, el Estado establece a través de la Secretaría de Industria y Comercio, las regulaciones respectivas en cuanto a la tarifas y les ordena colocarlas en lugares visibles al público en cada sala o habitación.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, el artículo 3 del Código de Salud establece que «Corresponde a la Secretaría de Salud, la definición de la Política Nacional de Salud, la normatización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en los campos de la salud. En todos los niveles departamentales y municipales actuará por medio de la Jefatura Regional y Áreas Sanitarias, respectivamente bajo el principio racional de coordinación y descentralización administrativa.

d) *Extensión.* Los servicios de salud cubiertos por el sistema de salud hondureño quedan definidos en un amplio catálogo de prestaciones establecidas en el Código de Salud, en los artículos 8 y 9 (derecho a la asistencia y rehabilitación, recuperación de la salud; derecho a vivir en un ambiente sano).

Con relación a la salud ocupacional, el artículo 101 establece que la salud de los trabajadores es una condición indispensable para el desarrollo socioeconómico del país, y la población económicamente activa, como factor de desarrollo del país, merece especial protección en materia de salud por parte del Estado y por parte de los empleadores y patronos que utilicen sus servicios personales. El artículo 106 establece que las Secretarías de Salud Pública y de Trabajo están obligadas a observar las disposiciones que el presente Código de Salud, sus reglamentos, normas y programas de salud ocupacional establezcan. En el artículo 119, título IV, relativo a la Seguridad Industrial, se establece que en todo lugar de trabajo deberá disponerse de personal adiestrado.

3.2 El Estado establece como políticas en materia de salud, «asegurar el suministro adecuado de medicamentos de calidad óptima al precio más bajo posible, promover e incentivar el uso de medicamentos genéricos por tener más bajos costos y ser de la misma calidad que los medicamentos de marcas reconocidas».

La Secretaría de Salud tiene como responsabilidad el control de la calidad de los medicamentos, mediante un amplio número de técnicas administrativas reguladas en los artículos 133 y 134 del Código de Salud. La más importante de estas regulaciones es lo relativo al registro de los productos químicos, farmacéuticos, cosméticos, biológicos y de materias primas, realizando los análisis cuantitativos y cualitativos y demás correspondientes para el control de calidad de los medicamentos.

El artículo 134 se refiere al porcentaje máximo de utilidad bruta en la venta y suministro de productos farmacéuticos, el que será determinado por la Secretaría de Comercio, tanto en la venta de productos genéricos como en la venta de productos comerciales bajo marca de fábrica. Asimismo, establece que en la venta y suministro de productos farmacéuticos en hospitales o policlínicas privadas a pacientes que reciban tratamiento médico, el porcentaje de utilidad bruta no excederá del 25% sobre el costo original.

3.3 La normativa del Código de Salud reconoce en su artículo 1 otros derechos de ámbito sanitario:

a) *Derecho a la información.* En general, todo ciudadano tiene derecho a la información sobre los servicios sanitarios disponibles conducentes a la promoción y conservación de la salud personal y de su familia. También se reconoce la llamada información epidemiológica, definida como el derecho «a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual» y a que esta información sea difundida (art.179, Código de Salud).

La información epidemiológica es obligatoria para todas las personas naturales o jurídicas residentes o establecidas en el territorio hondureño, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad que reglamentará la Secretaría de Salud (art. 180). La confidencialidad de la información se deberá utilizar únicamente para fines sanitarios. Pero el secreto profesional no impedirá la obtención de dicha información (art. 181).

b) *Derecho a la intimidad* de todas las personas, concretado en la confidencialidad «de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en centros sanitarios» (art. 181).

c) *Derecho al consentimiento.* Como regla general, «toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre, por escrito, y voluntario del afectado» (art. 176).

4. GARANTÍAS

4.1 El Código Penal protege la salud, directa o indirectamente, a través de los siguientes grupos de delitos:

a) *Delitos contra la salud pública.* Comprenden una serie de figuras antijurídicas: propagar dolosamente una enfermedad, o causar una epidemia a través de la difusión de gérmenes patógenos (art. 180); quien venda o distribuya productos ali-

menticios que representen riesgos para la salud o puedan causar enfermedades por su contaminación (art. 181); conductas de contaminación del territorio nacional o sus aguas, con desechos, basuras o sustancias traídas del extranjero que puedan producir daños a la salud (art. 181-b); elaboración de sustancias alimenticias o terapéuticas en forma peligrosa para la salud (art. 182); venta ilegal de medicamentos o venta de productos medicinales que hayan perdido propiedades terapéuticas (art. 183); cuando el médico profesional, que habiendo intervenido en el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad transmisible, omita la notificación que previene el código sanitario (art. 188); el ejercicio ilegal de las profesiones relacionadas con la salud también es sancionado por el Código Penal (art. 189).

b) *Delitos contra el medio ambiente* (art. 191-A, 191-B a, b, c, d, e, y 191-D).

c) *Delitos de lesiones* (arts. 133-138). Protegen frente al menoscabo de la integridad corporal o la salud física o mental de toda persona. El Código Penal vigente establece una categoría de delitos contra la integridad corporal y la salud individual, y la clasifica en tipo penal de lesiones que consisten sustancialmente en toda alteración de la salud tanto física como psíquica o cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano.

De acuerdo con el resultado que producen, las lesiones se clasifican en:

Lesiones graves, las contempladas en el artículo 135.1 y 2, y son sancionadas las más graves (causar una enfermedad mental o corporal incurable) con una pena de cuatro a ocho años.

Lesiones menos graves, comprendidas en el artículo 135.3, y son sancionadas con una pena de tres a seis años de reclusión.

Lesiones leves, comprendidas en el artículo 136, y se sancionan con una pena de uno a tres años de reclusión.

Por último, encontramos una cuarta categoría, las faltas contra las personas, que son castigadas con prisión de 30 a 90 días.

d) *Delito de abandono de niños y personas desvalidas* (omisión del deber de socorro). Se castiga con uno a tres años de reclusión, y si como consecuencia del abandono resultare la muerte del abandonado, o se hubiera puesto en grave peligro la vida del mismo, la sanción será de tres a seis años (art. 139).

En cuanto al Derecho Administrativo Sancionador, con carácter general cabe citar el título III, en lo relativo a las actuaciones de las autoridades de salud, sobre la facultad que tiene la Secretaría de Salud de inspeccionar todo establecimiento público o privado acreditando estas facultades en las disposiciones legales y normas de procedimiento fijadas en el artículo 232 del Código de la Salud.

El procedimiento a seguir en toda inspección realizada por una autoridad de salud al encontrar infracciones a la ley, es levantar acta oficial de los hechos ante la presencia de dos testigos o agentes de la policía, y ponerlo en conocimiento de su jefe correspondiente, a fin de que inicie el sumario administrativo.

4.2 Con el fin de evitar el recurso a la vía judicial, el artículo 240 del Código Sanitario establece que todo lo no previsto en la presente ley se ajustará a lo dispuesto en los procedimientos administrativos.

4.3 La responsabilidad por los daños producidos en el ámbito sanitario puede ser de dos tipos, penal y civil. El artículo 105 del Código Penal establece que todo aquel que incurra en responsabilidad penal por un delito o falta, lo es también civilmente. El artículo 107 establece que la responsabilidad civil comprende la restitución,

la reparación de los daños materiales o morales y la indemnización de daños y perjuicios.

En conformidad con los criterios establecidos en la jurisdicción penal, para conceder las indemnizaciones por daños producidos en el ámbito sanitario en Honduras, ya se han llevado a cabo varios juicios contra médicos de hospitales, tanto públicos como privados, por mala praxis o negligencia. Para el caso, el artículo 127 del Código Penal establece las sanciones para los médicos que, abusando de su profesión, causen o produzcan un aborto. Las mismas sanciones se aplican a los practicantes de medicina, paramédicos, enfermeras, parteras o comadronas.

5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

5.1 En Honduras, la Ley Contra la Violencia Doméstica, aprobada mediante Decreto 132-97, enuncia en sus considerandos lo establecido en el artículo 59 de la Constitución, «que la persona es el fin supremo de la sociedad y del Estado y que todos tienen la obligación de respetarla». Asimismo, en su segundo considerando establece «el compromiso del Estado para adoptar todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer, practicada por cualquier persona, organización o empresa».

El artículo 111 de la Constitución establece que la familia, el matrimonio, la maternidad y la infancia estarán bajo la protección del Estado, y por tanto se está en la obligación de adoptar las medidas oportunas en todos los campos que involucre a la mujer y la infancia para erradicar y evitar la violencia contra este sector poblacional.

La Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer, creada mediante Decreto 34-2000, en su artículo 4, párrafo 1, declara: «El Estado garantiza la igualdad y equidad entre hombres y mujeres en el diseño y aplicación de políticas públicas para la ejecución y coordinación de programas y proyectos». En esta misma Ley, en el artículo 15, el Estado garantiza a la mujer, a través de la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud, la atención de la salud con un enfoque integral, estableciendo la interrelación en los aspectos de información, promoción, prevención y atención, considerando en las mujeres todas sus etapas de la vida y no sólo la función reproductiva. El artículo 16 incorpora el enfoque de género a nivel estatal y privado en los programas y políticas de salud física y mental.

En la formación profesional de la salud, las universidades y demás instituciones educativas deben tomar en cuenta las necesidades específicas de las mujeres (art. 17). En las labores ocupacionales, esta Ley asigna a la mujer una mayor atención en los casos de desgaste y fatiga por su ejercicio profesional y ocupacional. Los artículos 19 a 21 consagran los derechos reproductivos de la mujer, obligando al Estado a tomar las medidas pertinentes para la prevención y el tratamiento adecuado del embarazo en las adolescentes, y los factores de riesgo asociados, garantizando a las mujeres embarazadas privadas de libertad un tratamiento especial. Los artículos 24 a 26 involucran al Estado, la sociedad civil y las Corporaciones Municipales a fomentar programas y proyectos educativos para que rescaten y promuevan la sabiduría de las mujeres en la protección del medio, reconociendo la igualdad de oportunidades con el fin de formar parte de la fuerza de trabajo asalariada en los programas de riego y reforestación.

5.2 En relación a los niños y niñas menores de 18 años, el Estado de Honduras les consagra un trato especial en todos los ámbitos de su formación, consignando que en materia de atención, los infantes, en cualquier circunstancia, deben figurar entre los primeros que reciban auxilio, protección y socorro.

La Constitución de la República, en el capítulo IV, consagra los derechos del niño (arts. 119-126). Dentro de este apartado se destacan:

a) La obligación del Estado de proteger a la infancia (art. 119).

b) El derecho de los niños a gozar de los beneficios de la seguridad social y la educación, así como el derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; a recibir tanto él como su madre cuidados especiales desde el período prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y, sobre todo, «servicios médicos adecuados» (art. 123).

Dentro de las normas legales encaminadas a proteger específicamente la salud de las personas menores, el Código de la Niñez y de la Adolescencia destaca:

a) El disfrute del más alto nivel de salud a niños y niñas (art. 16).

b) La obligación del Estado para promover las medidas preventivas de la salud para los niños (art. 19).

c) Prohibir la venta de alcohol y tabaco y sustancias estupefacientes a personas menores de edad, así como en materia de sustancias tóxicas o volátiles, incluyendo ciertos tipos de pegamento (art. 21).

d) Protección especial a las personas menores de edad contra la explotación económica (secc. IV, arts. 133 a 138).

e) Mediante reforma del Libro Segundo del Código Penal se aumentan las penas y se establecen, según Decreto 234-2005, los «Delitos contra la libertad e integridad física, psicológica y sexual de las personas», adicionando un capítulo nuevo referente a los delitos de explotación sexual comercial.

El Código de la Niñez y la Adolescencia exige a los centros de salud y a los hospitales públicos y privados la obligación de prestarle atención inmediata a los niños que la requieran en casos de emergencia, aún sin el consentimiento de los padres o representantes legales, y ninguna excusa será válida para no darle cumplimiento a esta obligación (art. 22). Asimismo establece sanciones civiles, penales y administrativas a quienes, sin causa justificada, se nieguen a prestar servicio solicitado por una persona menor de edad (art. 83).

5.3 Por su alta marginalidad social y extrema pobreza, las etnias constituyen la mayoría del segmento de la población hondureña que no tiene acceso a los servicios de salud.

En la población de los grupos étnicos se concentran algunos de los problemas de salud que afectan al resto de la población hondureña: el VIH/SIDA tiene una alta prevalencia en el grupo Garífuna, la malaria y la tuberculosis afectan fuertemente a la población misquita y la enfermedad de Chagas tiene una alta incidencia entre los Lencas y Tolupanes. La Constitución, en su artículo 60, párrafos 2 y 3, declara: «En Honduras no hay clases privilegiadas, todos los hondureños son iguales ante la Ley». Se declara punible toda discriminación por motivo de sexo, raza, clase y cualquier otra lesiva a la dignidad humana. De igual forma concluye que la Ley «establecerá los delitos y sanciones para el infractor de este precepto».

Honduras es signataria de los Convenios 169 de la OIT, relativo a las etnias; la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU); la Convención

Internacional sobre Derechos del Niño; y la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La epidemia del VIH/SIDA y la gran incidencia de casos en el país, demandan un cuidado especial por parte del Estado. En tal sentido, Honduras promulgó la Ley Especial sobre VIH/SIDA, mediante Decreto 147-99, y el Reglamento de la Ley Especial Sobre VIH/SIDA, mediante Acuerdo 0009. A través de este instrumento, con su reglamentación respectiva, Honduras ha considerado que la epidemia de VIH/SIDA demanda la implementación de medidas a través de las cuales se eduque e informe a la población respecto a la prevención y control de la epidemia.

El título III de esta Ley, capítulo I «De la Educación» (art. 13), compromete a la Secretaría de Educación, a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y demás universidades estatales y privadas, colegios profesionales de la salud e instituciones gubernamentales de educación formal y no formal, para que promuevan campañas preventivas, educativas, informativas entre la población sobre los aspectos concernientes a la epidemia del VIH/SIDA, sus formas de prevención, mecanismos de transmisión y control, de acuerdo a los lineamientos emanados por la Comisión Nacional del Sida (CONASIDA), órgano superior, gestor y de coordinación interinstitucional, y responsable de la formulación de políticas generales en materia de VIH/SIDA.

Dentro de las políticas de Control Sanitario y Epidemiológico de dicha Ley, se establecen:

- a) La obligación de las pruebas de detección del VIH en la sangre humana destinada a la transfusión (art. 24).
- b) Las personas infectadas de VIH/SIDA no podrán donar sangre, semen o leche materna, más que para fines de investigación (art. 27).
- c) La vigilancia epidemiológica que deberá hacer el CONASIDA, implementando los mecanismos de control y registro (art. 28).
- d) Obligación a las autoridades de exigir la prueba del VIH/SIDA a las parejas que están por contraer matrimonio (art. 32).

Esta Ley también enfatiza que las personas que se dedican al comercio sexual tienen la obligación de presentarse a un centro de salud para ser registradas y examinadas, así como para recibir charlas para prevenir infecciones de transmisión sexual y de VIH/SIDA, y realizarse el control médico sanitario, previo a la obtención de su respectivo certificado de salud sanitario (art. 30).

En las medidas de prevención y tratamiento establecidas, el Estado asume la responsabilidad de esta tarea a través de sus instituciones y de la sociedad civil organizada (art. 34). El Estado, a través de la CONASIDA, preparará la lista de medicamentos, vacunas y productos biológicos que hayan demostrado efectividad en el tratamiento de esta epidemia para su importación, libre de impuestos (art. 37).

A todo paciente infectado por VIH/SIDA, el Estado le reconoce una protección especial, el derecho a la salud y a recibir sin restricción alguna la atención médica hospitalaria pública o privada que solicite o requiera (art. 48). La negación de este derecho supone una conducta sancionable por las normas del ejercicio profesional y las leyes (art. 48). La negativa de todo profesional de la salud o institución

de salud de prestar la atención que requiera una persona con VIH/SIDA, incurrirá en responsabilidad civil (art. 49).

El derecho de todo trabajador con VIH/SIDA (art. 52) de no informar sobre su condición, siempre y cuando ello no implique ningún riesgo o contagio para otras personas (derecho a la confidencialidad, art. 54), también la deberán observar los profesionales de salud o instituciones que conozcan de la condición de una persona infectada (art. 60).

Entre los deberes de las personas con VIH/SIDA que determina esta Ley, se encuentran:

- a) Practicar su sexualidad con responsabilidad para con los demás (art.73).
- b) Poner en conocimiento de su cónyuge sobre su condición (art. 75).
- c) Informar sobre su situación al personal de salud que lo atiende, para que le presten los servicios y se tomen las medidas de bioseguridad pertinentes (art. 77).

La propagación de esta enfermedad en forma dolosa acarrea las sanciones penales establecidas en los artículos 180, 184 y 191 del Código Penal.

10. MÉXICO*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Personas mayores. 7.3 Trasplantes. 7.4 Enfermedades crónicas. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) de 1917 protege el derecho a la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad jurídica, la integridad y la dignidad de todos los seres humanos. Establece que «todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución», las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece (art. 1). También dispone que «toda persona tiene derecho a la protección de la salud» (art. 4). La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (frac. XVI, art. 73 CPEUM).

En el 2003, se aprueba una amplia reforma a la Ley General de Salud (LGS), que extiende el derecho a la protección de la salud a todos los mexicanos, previendo, para ello, diversos mecanismos de atención a la población. La LGS señala que la Seguridad Social tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso, y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. A su vez, México cuenta con numerosas leyes

* **Abreviaturas:** ARV = Antiretrovirales; CNDH = Comisión Nacional de Derechos Humanos; CPEUM = Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; CPF = Código Penal Federal; ETS/ITS = Enfermedades de Transmisión Sexual; HSH = Hombres que tienen sexo con hombres; IMSS = Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE = Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; LGS = Ley General de Salud; OMS = Organización Mundial de la Salud; OPS = Organización Panamericana de la Salud; ONU = Organización de las Naciones Unidas; ONGs = Organizaciones No Gubernamentales; PVVS = Personas Viviendo con SIDA; RLGS = Reglamento de la LGS; SSA = Secretaría de Salud; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; UNICEF = Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

federales que regulan aspectos relacionados con la salud¹, así como con leyes estatales.

Respecto de la legislación internacional, el país ha suscrito y ratificado los más importantes tratados internacionales relacionados con la salud.

1.2 La Secretaría de Salud (SSA) es la institución rectora del sistema de salud, responsable de elaborar las normas oficiales mexicanas del ramo, convocar a los grupos interinstitucionales y concentrar las estadísticas sanitarias. Entre sus funciones básicas destacan la de actualizar la normatividad de regulación sanitaria, evaluar la prestación de los servicios y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. El Estado mexicano cuenta con las siguientes instituciones de carácter federal:

a) El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora.

b) El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que en 1959 se transforma e incorpora las garantías que el estatuto jurídico de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) había planteado para los servidores públicos.

c) Los organismos desconcentrados de la SSA, entre los que se encuentran: la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)², cuya misión es propiciar relaciones sanas y resolver conflictos entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familiares en los ámbitos público y privado; la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS); el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CONASIDA)³, y el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA)⁴.

d) Los institutos nacionales de salud pública, entre los que se cuentan: el Instituto Nacional de Rehabilitación; el Instituto Nacional de Cardiología «Ignacio Chávez»; el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; el Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez; el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; el Instituto de Cancerología; el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

1.3 El Programa Nacional de Salud 2001-2006 contempla tres grandes retos para el sistema de salud: equidad, calidad y protección financiera, y para enfrentarlos enuncia diez estrategias de trabajo, 66 líneas de acción y 43 programas para llevar-

¹ En cuanto a la legislación federal, se cuenta con la siguiente normatividad: Ley General de Salud; artículo 2 de la Ley Orgánica del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología; artículo 3 de la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente; artículos 4, 9 y 23 de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación; artículos 88 y 121 de la Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados; artículos 353-A, 511 y 512 de la Ley Federal del Trabajo; artículo 10 de la Ley Federal para Prevenir y Sancionar la Tortura; artículos 17, 86, 94, 96, 97, 107 y 112 de la Ley General de Cultura Física y Deporte; artículo 75 de la Ley General de Educación; artículos 3, 6, 14, 21, 36, 49 y 51 de la Ley General de Desarrollo Social; artículos 17 y 30 de la Ley General de Protección Civil; artículo 1418 de la Ordenanza General de la Armada; artículos 193, 194, 195, 196, 197, 198 y 199 del Código Penal Federal; artículo 194 del Código Federal de Procedimientos Penales. Asimismo se cuenta con 200 Normas oficiales mexicanas de salud.

² Creada a instancias del Presidente de la República mediante Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 3 de junio de 1996.

³ Creado en 1988 por el ex secretario de Salud, Guillermo Soberón.

⁴ Creado por Ley, el 26 de mayo del 2000.

las a efecto. A partir del 2001, el actual Gobierno colocó el acento en la integralidad de la atención y el aseguramiento, poniendo en marcha un seguro público y voluntario para personas no derecho-habientes de la Seguridad Social, denominado «Seguro Popular de Salud», con 78 beneficios y 191 medicamentos asociados a los mismos.

El programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 dejó como principal saldo positivo la ampliación de la cobertura. La población sin acceso a servicios básicos se redujo de 10 millones en 1995, a 0.5 millones en el año 2000. Se documentó la disminución en la morbilidad y mortalidad por cólera, malaria, dengue y enfermedades inmunoprevenibles, así como la mortalidad infantil.

En 1994, el Gobierno impulsó la ampliación de la cobertura del sistema, principalmente a la población rural, mediante un paquete básico de servicios de salud que se caracterizó por ser de bajo costo y de alto impacto.

El Reglamento Interior de la SSA establece las funciones que le corresponde realizar a la Dirección General de Evaluación del Desempeño (art. 23) y que son las siguientes: a) vincular la salud con el desarrollo económico y social; b) reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; c) enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; d) desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud; e) brindar protección financiera en materia de salud a toda la población; f) fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud; g) avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS); h) ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención; i) fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 Las medidas de reforma del sistema mexicano de salud, que se llevaron a cabo en la segunda mitad de la década pasada, conservan sus objetivos hasta la fecha, como la mejora de la calidad, la eficiencia y la equidad de los servicios públicos de salud.

En México, los servicios de atención a la salud se dividen en tres grandes grupos: a) las instituciones de Seguridad Social, conformadas por el IMSS, que es el de mayor cobertura; el ISSSTE y los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX); la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina, que en total cubren entre el 50 y 55% de la población; b) los servicios de salud de la población no asegurada, proporcionados básicamente por la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad, y c) lo integran, en menor medida, los servicios privados que se prestan a través de seguros médicos fragmentados y donde está afiliado poco menos del 2% de la población.

El Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Éstos son: a) enfermedades y maternidad; b) riesgos de trabajo, invalidez y vida; c) retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; d) guarderías, y e) prestaciones sociales. Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo federal a través del decreto respectivo. En cuanto al régimen voluntario, éste se fi-

nancia mediante el pago de cuotas que los derecho-habientes desembolsan de sus propios recursos para tener acceso a los servicios de salud.

En el año 2002 se inició la oferta de seguros integrales de salud por el sector privado. Antes existían los denominados seguros de gastos médicos mayores, cuyas repercusiones en la cantidad de asegurados no son claras aún; sin embargo, se observa una tendencia en el incremento de este tipo de pólizas entre la población de clase media y alta.

En general, el Estado ha adoptado medidas que han tenido un impacto positivo en el acceso de la población con menos recursos a la atención de su salud. Entre éstas figuran: a) la introducción de un nuevo esquema financiero dentro del IMSS, que implicó un incremento de su presupuesto; b) la desconcentración del IMSS mediante la creación de 139 áreas médicas que están recibiendo, desde enero de 1998, asignaciones presupuestales sobre la base de una fórmula ajustada por edad y sexo; c) la promoción de la afiliación al IMSS de los miembros de la economía informal con capacidad de pago, a través de un nuevo plan (seguro para la familia) financiado con contribuciones de los trabajadores, un subsidio federal y la entrega de un paquete de 12 intervenciones, a través del Programa de Atención de Cobertura (PAC), a los diez millones de mexicanos que, hasta 1995, no contaban con acceso regular a servicios básicos de salud.

La principal limitación de esta última iniciativa es la imposibilidad de extenderla a un número considerable de hogares debido al monto de la contribución familiar, que es inalcanzable para los mexicanos que viven en condiciones de pobreza o pobreza extrema.

No obstante, las iniciativas de reforma poco han podido hacer por la justicia del financiamiento, la mala distribución de recursos, las barreras de género, la segmentación de la atención, la concentración en la atención curativa de segundo y tercer nivel, y la rendición de cuentas y la transparencia. En el ámbito intersectorial, poco se hace por atender el creciente problema de la violencia y la seguridad pública, y, prácticamente, no se ha hecho nada por documentar las inequidades en salud.

El gasto de bolsillo, en México, sigue siendo muy alto y el porcentaje del ingreso que dedican los hogares más pobres a atender sus necesidades de salud es mayor que el porcentaje que dedican las familias con mayores recursos. Además, el subsidio que reciben las familias de mayores ingresos, por parte de las instituciones de Seguridad Social, es considerablemente mayor que el subsidio que reciben las familias pobres.

Un problema persistente del sistema de salud es su segmentación. Las instituciones de Seguridad Social son las que tienen un mayor gasto *per cápita*. Esta desigualdad se refleja en la calidad de la atención, que es más deficiente en los servicios para la población no asegurada. La reforma tampoco enfrentó la creciente concentración de los recursos en la atención curativa de segundo y tercer nivel. De hecho, fuera de la preocupación por las enfermedades prevenibles por vacunación, son muy pocos los servicios preventivos que ofrece el sistema mexicano de salud en su conjunto. Por ejemplo, llama la atención lo poco que se hizo en el terreno de la promoción de la salud, a pesar de la creciente importancia de las enfermedades no transmisibles, en las que los hábitos de vida juegan un papel fundamental.

El sistema de salud requiere, al menos, 4.000 nuevos médicos especialistas en diversas ramas clínicas para mejorar y garantizar los servicios de salud con calidad y amplia cobertura.

2.2 La Reforma del Sector Salud 1995-2000 propició un dinamismo de la participación social con más de 1.500 municipios incorporados al Sistema Nacional de Salud en el año 2000.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 *Seguridad e higiene laboral.* La CPEUM establece que los empresarios serán responsables de los accidentes del trabajo y de las enfermedades profesionales de los trabajadores, sufridas con motivo o en ejercicio de la profesión o trabajo que ejecuten. Por lo tanto, los patronos deberán pagar la indemnización correspondiente, según haya traído como consecuencia la muerte o la incapacidad temporal o permanente para trabajar, de acuerdo con lo que las leyes determinen. Esta responsabilidad subsistirá aun en el caso de que el patrono contrate el trabajo por un intermediario (fracción XV, art. 73). El patrón estará obligado a observar, de acuerdo con la naturaleza de su negociación, los preceptos legales sobre higiene y seguridad en las instalaciones de su establecimiento, y a adoptar las medidas adecuadas para prevenir accidentes en el uso de las máquinas, instrumentos y materiales de trabajo, así como a organizarlo de tal manera que resulte de la mayor garantía para la salud y la vida de los trabajadores, y del producto de la concepción, cuando se trate de mujeres embarazadas. Queda prohibido en todo centro de trabajo el establecimiento de expendios de bebidas embriagantes y de casas de juegos de azar (fracción XIV, art. 73). Las leyes contendrán, al efecto, las sanciones procedentes en cada caso (fracción XXIX, art. 73).

3.2 Respecto a enfermedades epidémicas, la tasa de incidencia del *dengue* hemorrágico aumentó de 0,03 por cien mil habitantes en 1994 (30 casos), a 0,95, en 1996. La mayor cantidad de casos se notificaron en Veracruz (358) y Tamaulipas (198). La *tripanosomiasis* está aumentando en frecuencia y virulencia. El Instituto Nacional de Cardiología estima que la cardiopatía *chagásica* aumentó y que 15 millones de personas se encuentran en riesgo de infección. Se calcula en 500 el número potencial anual de casos de cardiopatías. La prevalencia serológica en bancos de sangre fue de 0,8% en 1995. El tamizaje rutinario de enfermedad de *chagas* y de *oncocercosis* en la sangre donada se realiza sólo en los lugares endémicos del país. El alacranismo (escorpionismo) afecta a 16 Estados y en 1996 se registraron 108.359 casos de picadura. Se estima que mueren anualmente más de 300 personas por esta causa.

La tasa registrada de mortalidad por enfermedades infecciosas intestinales disminuyó de 22% por cien mil habitantes, en 1991, a 10,5% por cien mil, en 1995. En los años mencionados, la tasa de mortalidad registrada en menores de cinco años disminuyó de 91,8% a 77,8%, y dentro de este grupo de edad, el 80,2% eran menores de un año. La reducción de la mortalidad en los menores de cinco años se atribuye al incremento de la terapia de hidratación oral en el hogar, utilizada en más del 80% de los casos, en 1995. El cólera mantuvo una tendencia no uniforme, con tasas de mortalidad por cien mil habitantes de 6,2 en 1993, 4,3 en 1994, 17,9 en 1995 y 1,2 en 1996. La letalidad pasó de 1,2% en 1992 a 0,5% en 1996. Sólo cuatro Estados no comunicaron casos de cólera en 1996 (Baja California y Baja California Sur, Zacatecas y Sinaloa) y los más afectados fueron Yucatán, Veracruz, Campeche y Tabasco.

La mortalidad por infecciones respiratorias, incluidas la neumonía y la *influenza*, mostró una tendencia decreciente, con una tasa registrada de 26% por cien mil habitantes en 1991 y 23,7% en 1995, año en que el mayor porcentaje de defunciones (42,%) correspondió a los mayores de 65 años y a los menores de cinco años (39%). Entre 1990 y 1995, la mortalidad por estas causas, en los menores de cinco años, disminuyó el 32,8% y los Estados con mayor tasa registrada de mortalidad fueron Tlaxcala (177%), Puebla (164,3), México (135,4%) y Querétaro (113%). Una alta proporción de las muertes suceden en el hogar (30%), por lo que se ha instrumentado una estrategia de capacitación a las madres para identificar los signos de alarma y acudir a los centros de salud.

Las estadísticas sobre las enfermedades de transmisión sexual en México se registran en el primer nivel de atención y se acepta que existe subregistro. La mayor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, en 1996, correspondió a la *candidiasis* urogenital y a la *tricomonirosis* urogenital. La incidencia de *sífilis* se redujo, al pasar su tasa del 2,20%, en 1993, al 1,51% por cien mil en 1996. Igual tendencia mostró la infección gonocócica.

La tasa de incidencia por tuberculosis varió levemente de 17,3% por cien mil habitantes, en 1990, a 17,5% en 1996, con un promedio anual de unos 16.000 casos. Predominó la forma pulmonar, con 87% de los casos, y las formas meníngeas sólo representaron el 1% de los casos. En 1996, el 85% de los casos nuevos ocurrieron en mayores de 15 años.

4. DERECHOS

4.1 a) *Universalidad*. La LGS (art.77 bis) establece que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, de conformidad con la CPEUM (art. 4), sin importar su condición social.

b) *Accesibilidad*. La protección social en salud es un mecanismo por el cual el Estado garantiza el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social.

c) *Extensión*. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa, en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones⁵.

d) *Calidad*. El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica se identifique y le otorgue un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas

⁵ LGS, artículo 55. RLGS, artículos 71 y 73.

con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se hace extensivo a los familiares o acompañantes⁶.

4.2 Por lo que se refiere al derecho a los medicamentos, la LGS establece la disponibilidad de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud (art. 27, VIII). También se establece el cuadro básico de insumos del sector salud y para ello la Secretaría de Salud determinará la lista de medicamentos y otros insumos esenciales y garantizará su existencia permanente y disponibilidad a la población que los requiera, en coordinación con las autoridades competentes (art. 29).

4.3 a) Derecho de información. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado, de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando lo requiera⁷. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y se exprese siempre en forma clara y comprensible⁸. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud⁹.

b) *Derecho a la intimidad y confidencialidad.* El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sometido de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley¹⁰.

c) *Regulación de la historia clínica.* El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean reflejados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido¹¹.

d) *Derecho al consentimiento.* El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales¹². El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa,

⁶ LGS. Artículos 51 y 83. RLGs. Artículos 25 y 48.

⁷ LGS. Artículos 51 y 89. RLGs. Artículos 21 y 48.

⁸ RLGs. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

⁹ RLGs. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9 y 5.5.

¹⁰ NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5.º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

¹¹ RLGs. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

¹² RLGs. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código - Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, artículo 4, fracción 4.3, «Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente» del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan, así como las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos¹³.

5. GARANTÍAS

El paciente tiene derecho a ser escuchado y a recibir respuesta, por la instancia correspondiente, cuando no esté conforme con la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud¹⁴.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Hombres y mujeres demandan, de diferente forma, los servicios de salud y acceden a ellos de manera desigual. Por lo general, las demandas de atención a la salud de las mujeres, no sólo las contemplan a ellas como usuarias directas, sino también a sus hijos y demás miembros de su familia. Si bien es cierto que se han elevado los estándares de esperanza de vida, también es cierto que los porcentajes de mortalidad materna siguen siendo de alto riesgo entre las mujeres marginadas. Además, se observan aún problemas serios de malnutrición o infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

La LGS resume el propósito en materia de planificación familiar. Éste debe incluir información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes, así como la correcta información anticonceptiva (oportuna, eficaz y completa, a la pareja). Por otro lado, quienes practiquen la esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presiones para que éste la admita serán sancionados (art. 67).

La misma LGS especifica las actividades comprendidas en los servicios de planificación familiar, como: los programas de comunicación educativa sobre planificación familiar y educación sexual, definidos por el Consejo Nacional de Población (CONAPO); la atención y vigilancia, la asesoría, la supervisión y evaluación de su ejecución por parte del CONAPO; el apoyo y fomento a la investigación en materia de anticoncepción, infertilidad humana, planificación familiar y biología de la reproducción humana; la participación en la elaboración, adquisición, almacenamiento, y distribución de medicamentos y otros insumos, y recopilación, sistematización y actualización de la información necesaria para el adecuado seguimiento de las actividades desarrolladas (art. 68).

¹³ LGS. Artículos 100, fracción IV 320 y 321. RLGs. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.

¹⁴ LGS. Artículo 54. RLGs. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.

La Norma Oficial Mexicana 005/ssa/1993, aprobada el 23 de enero de 2004, permite el uso del Método de Emergencia, también conocido como «píldora del día después»¹⁵.

A lo largo de los últimos 28 años, la tasa global de fecundidad ha mostrado un descenso importante, al pasar de casi seis hijos, promedio por mujer en 1976, a 2,3 en 2002. En la Norma 007/93 de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio, se estipula que deben realizarse, por lo menos, cinco revisiones durante el embarazo, las cuales deben incluir la medición del peso, la tensión arterial y la aplicación de *toxide* tetánico, entre otras.

En cuanto a la minimización de barreras de género, existen serios rezagos como lo indica el alto número de defunciones maternas por causas obstétricas directas y los pobres resultados del Programa de Detección Masiva del Cáncer Cérvico Uterino.

Las leyes mexicanas, particularmente, a partir de lo que se desprende del artículo 148 del Código Penal Federal, sólo contemplan la interrupción del embarazo por los siguientes motivos: cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 del CPF¹⁶; cuando, de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afección grave a la salud a juicio del médico que la asista; cuando a juicio de los médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas.

6.2 Informes de UNICEF muestran que en el medio rural el 42,8% de niñas y niños menores de cinco años padecen desnutrición y el 16,9% de éstos, de alto riesgo, lo que indica que no existe en México una Política Nacional de Nutrición. Por otro lado, esta misma fuente muestra que un 27% de la población de cuatro y cinco años no recibe atención preescolar, mientras que alrededor de dos millones de niñas y niños no asisten a la escuela. Además, el promedio de escolaridad en la población indígena es de 3,2 años (la mitad de lo alcanzado a nivel nacional), aunque en el caso de las mujeres indígenas es de 2,6 años.

Informes del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) revelan que¹⁷ en el año 2000, uno de cada tres derecho-habientes de los servicios de salud, en instituciones del sector, eran niños. Por institución, ocho de cada diez niños recibe atención en el IMSS¹⁸. En el año 2002 se registraron alrededor de 460 mil defunciones; 11 de cada cien, menores de 15 años. En el año 2002 se detectaron 18 nuevos casos de SIDA en menores de 15 años. En niños de uno a cuatro años, los accidentes fueron causa de una cuarta parte de las muertes y los tumores malignos ocasionaron el 15,1% de las defunciones. En el año 2000, cerca de 236 mil niños de cero a 14 años tenían algún tipo de discapacidad. El 35,1% presentaban una discapacidad de tipo motriz y el 33,9% de tipo mental, siendo éstas los tipos principales, seguidos por la visual, 15,1%; auditiva, 12%, y del lenguaje, el 10,3%.

¹⁵ Esta norma fue aprobada en medio de una gran polémica nacional, especialmente rechazada por los sectores más conservadores del país.

¹⁶ Cuando esta práctica se realiza a una mujer mayor de 18 años o aún con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo, realice en ella inseminación artificial.

¹⁷ INEGI. Estadísticas a propósito del Día del Niño. Datos nacionales. 30 de abril de 2004.

¹⁸ 81% del IMSS; 14,4% del ISSSTE; 2,5 de PEMEX, la Defensa y la Marina.

El Comité de Derechos de los Niños de la ONU emitió, en 1999, una serie de observaciones y comentarios al Estado mexicano en dos vertientes. Por un lado, hay una preocupación por la existencia de disparidades regionales en el acceso a la atención de salud y por la elevada tasa de malnutrición entre los niños menores de cinco años. Por otro lado, se observa una elevada tasa de mortalidad materna entre las adolescentes y el alto número de embarazos registrados en esta población. Las recomendaciones que realizó el Comité fueron las siguientes: a) tomar medidas eficaces para garantizar el acceso a los servicios básicos de salud, con prioridad para aquellos niños pertenecientes a los grupos indígenas y los que viven en zonas rurales y remotas; b) persistir para evitar la propagación del VIH/SIDA, tomar en cuenta las recomendaciones adoptadas por el Comité sobre los niños que viven en un mundo con VIH/SIDA, y c) emprender nuevas actividades para crear servicios de asesoramiento a los niños y servicios de asistencia y rehabilitación para adolescentes.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 En el 2000 se registraron 1.795.000 personas con discapacidad, el 1,8% de la población total. La proporción de hombres con discapacidad (52,6%) es mayor que la de mujeres (47,4%). En lo que se refiere a la discapacidad motriz, los resultados del censo del 2000 indican que hay ocho personas con discapacidad motriz por cada mil habitantes, es decir, poco más de 814 mil personas. De ellas, 76,2% vive en localidades urbanas y 23,8% en rurales¹⁹.

Respecto a la discapacidad visual, en el país existen cinco personas por cada mil habitantes con esta discapacidad, esto es, alrededor de 467 mil personas. El 50,6% son mujeres. Esta discapacidad se concentra en la población adulta y anciana. Las personas menores de 30 años concentran el 17,2%; en las edades de 30 a 59 años se sitúa el 33%, y los mayores de 60 años concentran el 48,8%.

La proporción de personas con discapacidad mental en el país es de tres por cada mil habitantes, es decir, alrededor de 290 mil personas y el 55,8% son hombres. Cabe mencionar que una cuarta parte de la población con discapacidad mental reside en el medio rural. Por otra parte, la población con discapacidad mental es, en su mayoría, joven. El 60,6% tiene menos de 30 años de edad, el grupo de 10 a 14 años concentra el 12,9%. Asimismo, más de la mitad de las discapacidades mentales (53,7%) tiene su origen en el proceso del nacimiento.

A nivel nacional, existen tres personas con discapacidad auditiva por cada mil habitantes, esto es, 281 mil personas, y el 55,3% son varones. Cabe señalar que el 31,2% vive en zonas rurales.

En el país existen nueve personas con discapacidad del lenguaje por cada diez mil habitantes, que significan poco más de 87 mil personas, y el 53,2% son hombres. El 39,2% reside en áreas rurales. Más de la mitad de la población con este tipo de discapacidad (58,1%) es menor de 30 años, el 28,6% tiene entre 30 y 59 años, y el 12,2% es mayor de 60 años. Respecto a las causas de esta discapacidad, el 63,2% de quien la padece la atribuye a problemas ocurridos en el proceso del nacimiento.

La asistencia escolar permite medir la inserción escolar de este grupo demográfico, al mostrar las oportunidades educativas y la infraestructura educativa enfoca-

¹⁹ Fuente: INEGI.

da al mismo. Menos de una quinta parte de las personas de seis a 29 años con discapacidad del lenguaje (16,8%) asiste a alguna institución educativa.

7.2 Las transiciones demográfica y epidemiológica provocan que México experimente un proceso de envejecimiento demográfico que incrementa los números absolutos y porcentuales de la población en edad avanzada. Se considera que, en 1990, existían 3,1 millones de personas con edades comprendidas entre los 65 años y más, lo que representaba el 3,7% de la población total, y se proyecta que sean 15,2 millones (es decir, un 11,7%) para el 2030.

Entre las demandas crecientes que acarrea esta población, destacan las de salud, centradas en las enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes. La información existente señala que las condiciones de salud y de incapacidad tienen incidencias mayores a partir de los 75 años de edad, y que son más tempranas e importantes en la población femenina. En las edades mayores también se experimenta el desplazamiento desde las enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles. Estos desplazamientos se han observado en las décadas recientes y continúan ocurriendo actualmente. Su grado de avance depende de la situación social y económica, con lo cual el cambio resulta tan variante como lo son las condiciones dentro de la nación.

7.3 Respecto a los trasplantes, se han realizado desde 1963 (fecha en que se hizo, en México, el primer trasplante de riñón) al 2004 un total de 38 mil trasplantes. En los últimos cuatro años han sido 19 mil. A la espera de un trasplante se encuentran 8.411 mexicanos, de los cuales el 55% son hombres y el 45% mujeres. El 20% son niños. La edad más frecuente de las personas que requieren un trasplante es de los 15 a los 55 años. En la lista de espera hay un total de 362 niños menores de cinco años. Se estima que el 15% de las personas en espera de órganos muere antes de que la lista avance. En México hay 248 hospitales incluidos en el programa de donación y trasplantes. En 2000 se creó el Centro Nacional de Trasplantes. En ese año se hicieron 4.846 trasplantes de órganos y tejidos. En 2001 se hicieron 3.061 trasplantes. En 2002 se hicieron 4.412 trasplantes. En 2003 se hicieron 7.277 trasplantes. En 2004 se hicieron 9.147 trasplantes y sólo 1.500 personas estaban capacitadas para obtener órganos²⁰. Las principales causas de mortalidad general son las enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes *mellitus*, accidentes, enfermedades hepáticas y cerebro-vasculares, que en conjunto representan el 60% de los decesos.

7.4 En cuanto a las enfermedades crónicas²¹, la malaria sigue siendo endémica, aun disminuyendo, más de la mitad, entre 1992 y 1996 (18,6 y 6,8 casos por cien mil habitantes, respectivamente). El último brote epidémico fue en 1985, cuando se registraron 134 mil casos. En 1996 se notificaron 6.293 casos y los Estados con mayor incidencia fueron Sinaloa, con una tasa de 63,5 por cien mil y Chiapas con 42,7. Los casos de infección por *plasmodium falciparum* fueron 69 en 1995 y 60 en 1996, todos en los Estados de Chiapas y Tabasco. La mortalidad por enfermedades crónicas muestra una franca tendencia al aumento. En 1995, la enfermedad cardiovascular registró 63.609 defunciones (69,4 por cien mil). La *diabetes mellitus* registró 33.316 defunciones en 1995 (36,4 por cien mil) y las muertes por *cirrosis* hepática, 21.245 (23,2 por cien mil).

²⁰ Fuente: Presidencia de la República.

²¹ Fuente: OPS.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

México se clasifica como un país con una epidemia de SIDA concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo. El 15% de prevalencia de VIH se da en hombres que tienen sexo con hombres, el 12,2% en trabajadores del sexo comercial y el 6% en usuarios de drogas inyectables²².

En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta, de 15 a 49 años de edad, es del 0,3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en México. De acuerdo a las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA), existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH.

Desde el inicio de la epidemia en México, hasta el 15 de noviembre del 2005, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 98.933 casos acumulados de SIDA, de los cuales el 83,3% son hombres y el 16,7% son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de cinco a uno. Las personas, de 15 a 44 años de edad, constituyen el grupo más afectado con 78,9% de los casos registrados.

La transmisión sexual ha sido la causante del 92,2% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales el 47,7% corresponden a HSH y el 44,5% a heterosexuales. El 5,3% se originaron por vía sanguínea, de los cuales el 3,6% corresponden a transfusión sanguínea, el 0,7% están asociados al consumo de drogas inyectables, el 0,6% a donadores, el 0,4% a hemofílicos, y menos del 0,1% a la categoría exposición ocupacional. La transmisión perinatal representa el 2,2% del total de casos y la categoría combinada de HSH y Usuarios de Drogas Inyectables (HSH/UDI) es del 0,3%. En uno de cada tres casos (37,8%) se desconoce el factor de riesgo asociado.

En México ha disminuido la mortalidad por SIDA como resultado del crecimiento en la cobertura del tratamiento antirretroviral. En 1997, únicamente las instituciones de Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) proporcionaban este tipo de medicamentos, alcanzando una cobertura del 54% de PVVS de todo el país. En 1998, la Secretaría de Salud inició la cobertura de la población no asegurada, ofreciendo tratamiento ARV gratuito a todos los menores de 18 años y mujeres embarazadas que lo necesitaran. En 1999, la cobertura se extendió a varones adultos no asegurados.

Esta tendencia continuó creciendo, de manera importante, en los siguientes años, de tal forma que, para finales del 2003, México logró el acceso universal al tratamiento ARV a las personas con SIDA registradas vivas (25.082). En el 2005 se estima que más de 30 mil PVVS están recibiendo tratamiento ARV gratuito, por parte de las instituciones del sector salud, incrementando, de manera significativa, su calidad de vida.

Desde 1997, a la fecha, se han establecido más de 100 Servicios Especializados de Atención para PVVS, en unidades médicas de todos los Servicios Estatales de Salud del país, de acuerdo a un modelo de atención recomendado por especialistas en el tema, lo cual ha contribuido de manera decisiva a mejorar la calidad de la atención.

México es un país que tiene una epidemia relativamente estable, concentrada en grupos de población que mantienen prácticas de riesgo: HSH, trabajadoras del sexo

²² Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA.

comercial y usuarios de drogas inyectables. Por ello, el reto epidemiológico consiste en evitar que la epidemia se generalice a la población en general.

Las principales instituciones de atención en estos casos son: CONASIDA, Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición «Salvador Zubirán», IMSS e ISSSTE.

Actualmente se cuenta con el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA 2001-2006, resultado de una consulta pública nacional que incluyó la participación de las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE) y los Programas Estatales de VIH/SIDA y Servicios Estatales de Salud, junto con expertos, académicos, organizaciones de la sociedad civil, PVVS y público en general.

Entre el 2001 al 2006, como respuesta de atención a la demanda de servicios de salud a las familias de migrantes, las autoridades se propusieron, como objetivo principal, contribuir a proteger la salud de las familias de migrantes en su lugar de origen, en el traslado y en su lugar de destino, nacional e internacional. En el 2001 se implementó este programa en nueve entidades federativas: Guanajuato, Jalisco, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Guerrero, Michoacán, Baja California y Veracruz. Ese mismo año se realizó la Campaña «Vete Sano. Regresa Sano», en el marco del Programa Nacional de Salud, bajo un enfoque de prevención y promoción de la salud, considerando cuatro estrategias fundamentales: a) brindar información básica que oriente y ayude a los migrantes; b) desarrollar campañas bilingües y focalizadas, acorde a la morbilidad, y c) capacitación dirigida a líderes de familias migrantes sobre sensibilización y autocuidado de la salud.

También existe un programa de atención médica y preventiva, bajo la estrategia de Línea de Vida y el Sistema de Cartillas Nacionales de Salud. Por otra parte, se cuenta con la Biblioteca Virtual en Salud VIH/SIDA, con el objetivo de facilitar el acceso a las investigaciones desarrolladas en México en esta materia. El CENSIDA y el Instituto Nacional de Salud Pública pusieron en funcionamiento la primera biblioteca virtual especializada en este tema.

El Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, reconoce que, además de constituir un serio problema de salud pública, el VIH/SIDA es también un problema de Derechos Humanos. Esto es así debido a que, desde el inicio de la epidemia, una serie de prejuicios e ideas falsas contribuyeron a la discriminación y a la violación al derecho a la protección de la salud de quienes padecen este mal.

Debido a estas concepciones erróneas sobre la enfermedad, las PVVS enfrentan múltiples formas de discriminación, que van desde las más sutiles y difíciles de detectar, como las que se expresan a través de la utilización del lenguaje o chistes ofensivos y discriminatorios, hasta las más crudas y evidentes, como las formas de exclusión o restricción de derechos por vivir con el VIH. A estas formas de discriminación se añaden otro tipo de atropellos, igualmente graves, como la negación de servicios de salud, o la negativa de acceso a medicamentos necesarios para el cuidado de la salud.

Con plena convicción de que las condiciones de salud de las personas no deben ser motivo de estigma, y de que el derecho a la protección de la salud y a la no discriminación son derechos indispensables para que las personas puedan vivir con dignidad y desarrollar las capacidades humanas, la CNDH ha creado un programa dedicado especialmente a la atención, promoción y defensa de los Derechos Humanos de las PVVS. Los objetivos de este programa son los de proteger, supervisar, divulgar y promover el respeto a las garantías fundamentales de este grupo de pobla-

ción, a través de: a) el diseño y aplicación de cursos y talleres de capacitación en VIH/SIDA y Derechos Humanos; b) la vinculación con organizaciones civiles defensoras de los Derechos Humanos de las PVVS; c) la investigación y elaboración de diagnósticos sobre estigma, discriminación y VIH/SIDA, y d) la elaboración de campañas informativas para la prevención de la discriminación y la promoción de una cultura del respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de las PVVS en México.

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.presidencia.gob.mx/>
<http://precisa.gob.mx/comunicacionsocial.php>
<http://www.conapo.gob.mx/prensa/boletin2003-02.htm>
<http://www.inmujeres.gob.mx/>
<http://www.inami.gob.mx>
<http://www.salud.gob.mx/>
<http://precisa.gob.mx/www.php?categoria=426>
<http://info.juridicas.unam.mx/>
<http://www.sedesol.gob.mx>
<http://www.dif.gob.mx>
<http://www.ssa.gob.mx>
<http://www.inegi.gob.mx>
<http://www.conapo.gob.mx>
<http://www.pgr.gob.mx>
<http://www.ssp.gob.mx/application?pageid=pfp>
<http://www.juridicas.unam.mx>
<http://www.unam.mx/iisunam>
http://www.ssp.gob.mx/application?pageid=prs_sub_1&pbname=prs_prs1&cro-otId=108
<http://www.imagen politica.com.mx/en091992.html>
http://www.cuarto.informe.presidencia.gob.mx/docs/descargables/anexos_estadisticosP030-063.pdf –
<http://www.unicef.org/mexico/trabajo/enmexico.htm>

11. NICARAGUA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Enfermedades crónicas. 7.3 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política de Nicaragua reconoce la plena vigencia de los derechos contenidos en instrumentos internacionales de Derechos Humanos (art. 46). Consagra el derecho a la salud, en condiciones de igualdad, consignando en su texto la obligación del Estado de establecer «las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación» y «dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma» (art. 59). Establece, además, que los servicios de salud y Seguridad Social constituyen deberes indeclinables del Estado, por lo que, éste, tiene la obligación de prestarlos, sin exclusiones, mejorarlos y ampliarlos (art. 105, párrafos 2 y 3). Así mismo, se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población, priorizando el cumplimiento de programas materno-infantiles.

Otras disposiciones constitucionales consagran derechos vinculados a la salud, tales como habitar un ambiente saludable (art. 60), la Seguridad Social (art. 61), el derecho de los discapacitados a su rehabilitación física y psicosocial (art. 62) y el derecho a estar protegidos contra el hambre (art. 63).

* **Abreviaturas:** Cn = Constitución Política de Nicaragua; CNS = Consejo Nacional de Salud CENIDH = Centro Nicaragüense de Derechos Humanos; CT = Código del Trabajo; CISAS = Centro de Investigación de Servicios y Atención en Salud; ENDESA = Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud; INSS = Instituto Nicaragüense de Seguridad Social; LGS = Ley General de Salud; LM = Ley de Municipios; LGMA = Ley General del Medio Ambiente; MINSA = Ministerio de Salud; MITRAB = Ministerio del Trabajo; ONG = Organismo No Gubernamental; PDDH = Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos; Pn. = Código Penal; PIB = Producto Interno Bruto; PNS = Plan Nacional de Salud; PVVS = Personas Viviendo con SIDA; RLGS = Reglamento de la Ley General de Salud; SILAIS = Sistemas de Atención Integral en Salud; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Se ha planteado que los derechos económicos, sociales y culturales, reconocidos en el texto constitucional, y específicamente el derecho a la salud y a la educación «suelen interpretarse como normas programáticas y no exigibles directamente»¹. Sin embargo, a través de la Ley General de Salud², en vigencia desde septiembre 2002, se pretende tutelar y dar contenido y eficacia al derecho de toda persona al disfrute, conservación y recuperación de la salud.

El referente normativo específico en materia de salud más importante es la LGS, que regula los principios básicos de la salud, las competencias del Ministerio de Salud, los derechos y obligaciones de los usuarios, la creación del Consejo Nacional de Salud, las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, el saneamiento ambiental, el control sanitario de productos y servicios vinculados a la salud, las infracciones, medidas y sanciones administrativas y lo relativo a las instituciones proveedoras de servicios de salud, incluyendo los regímenes y planes del sector, prestaciones y responsabilidades del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y aseguradoras, el Sistema de Garantía de Calidad y la creación de los Sistemas de Atención Integral en Salud.

Existen otras normas ordinarias que regulan aspectos o problemáticas específicas de salud³.

1.2 El Ministerio de Salud (MINSa) ejerce el rol de órgano rector y regulador del sector salud, al tenor de lo dispuesto en la Ley 290, de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo (LOCPPE), y en la LGS. Esta última, expresamente, le asigna tal carácter, indicando que le corresponde coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, así como formular políticas, planes, programas, proyectos y manuales que sean necesarios para la aplicación de la Ley (arts. 2 y 4 LGS). También precisa una serie de competencias y atribuciones conferidas al MINSa en ese sentido (art. 7 LGS).

Por otra parte, sin perjuicio de lo anterior, el ordenamiento jurídico nicaragüense otorga algunas facultades en relación a la salud, a las municipalidades, y a los órganos administrativos de las dos regiones de la Costa Atlántica del país que por ley⁴ están sujetas a régimen de autonomía.

La Ley 40, Ley de Municipios⁵, establece como competencia de los Gobiernos municipales, la promoción de la salud y la higiene comunal, así como coordinar con estos mismos la construcción y mantenimiento de puestos de salud urbanos y rurales (art. 7, l.a.c.d). Asimismo, dentro de las atribuciones de los Concejos Municipales, se contem-

¹ Vid. La Justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales: un desafío imposterizable. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Costa Rica; Anexo Nicaragua, p. 504.

² Ley 423, publicada en *La Gaceta*, n° 91 del 17 de mayo de 2002. Reglamentada a través de Decreto 001-2003, publicado en *La Gaceta*, n° 7 y 8 del 10 y 13 de enero de 2003.

³ Entre las más importantes se pueden citar: Ley 292, Ley de Medicamentos y Farmacias; Ley 217 Ley General del Medio Ambiente y Recursos Naturales; Ley 219, Ley de Normalización Técnica y Calidad; Ley 274, Ley Básica para la Regulación y Control de Plaguicidas; Ley 202, Ley de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad; Ley 238, Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA; Ley 295, Ley de Promoción, Protección y Mantenimiento de la Lactancia Materna; Ley 370, Ley Creadora del Instituto contra el Alcoholismo y la Drogadicción.

⁴ Ley 28, Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, vigente desde 1987. Establece dos regiones autónomas: Región Autónoma Atlántico Norte y Región Autónoma Atlántico Sur.

⁵ Reformada por la Ley 261, de Reformas e incorporaciones a la Ley N° 40, Ley de Municipios.

pla la de «garantizar el mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias de la comunidad y la protección del medio ambiente, con especial énfasis en las fuentes de agua potable, suelos y bosques, y la eliminación de residuos líquidos y sólidos» (art. 28, 5).

La Ley 28, sobre el Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, faculta a los órganos administrativos de las regiones autónomas para «administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc., en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes» (art. 8.2). En concordancia con ello, la LGS estipula que el MINSA debe establecer coordinaciones con los Consejos Regionales (art.11).

En la Asamblea Nacional existe una Comisión Permanente de Salud, Seguridad Social y Bienestar, la cual puede conocer de los proyectos de ley o asuntos que se le sometan, y conocer e investigar el funcionamiento de organismos estatales, todo dentro del ámbito de competencia⁶.

1.3 Existe un Plan Nacional de Salud, el cual fue aprobado para el período 2004-2015. Este instrumento constituye el eje articulador de la actuación del sector salud y de la inversión en el mismo, durante los próximos años, así como el principal instrumento para la implementación de la política nacional de salud.

Establece cinco objetivos generales: a) incrementar la calidad y el acceso a los servicios y acciones de salud, de acuerdo con el modelo de atención integral de salud; b) fortalecer las acciones intersectoriales para la promoción, prevención y protección de la salud de las personas, familias, comunidades y medio ambiente, a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud, especialmente dirigida a grupos vulnerables; c) mejorar la gobernabilidad del sector salud fortaleciendo la rectoría del MINSA y la participación institucional y ciudadana; d) profundizar en el proceso de reforma en el sistema nacional de salud, con el fin de mejorar su eficacia, eficiencia y efectividad, y e) implementar estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaragüense.

Asimismo, se definen objetivos específicos, lineamientos estratégicos e intervenciones para cada uno de los objetivos anteriores, metas e indicadores de salud, en concordancia con la política nacional de salud y la LGS.

El Plan contempla un lineamiento estratégico referido a la «gestión de recursos que permitan un aumento progresivo de la asignación presupuestaria para cubrir el paquete básico».

En el proceso de formulación del PNS 2004-2015 participaron ONG's que integran el CNS. Además, fueron consultadas las principales entidades que trabajan en materia de salud, como el Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud, la Acción Médica Cristiana, el Colectivo de Mujeres «8 de Marzo», la Fundación Xochiquetzal, Ixchen, Los Pipitos, Movimundo, Salud Sin Límites y Sí Mujer.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 El sector de la salud está conformado por dos subsectores: a) el público, integrado por el MINSA, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, INSS y otras instituciones del Estado, y b) el subsector privado.

⁶ Ley 122, Estatuto General de la Asamblea Nacional, arts. 37.5, 31 y 32.

Los Sistemas de Atención Integral en Salud (SILAIS) son las unidades administrativas y operativas donde se concentra un conjunto de recursos sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud en un área de territorio y población determinada (art. 59 LGS); representan al MINSA en aspectos técnicos y administrativos.

La protección de la salud es de carácter mixto; en ésta participan tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. Al régimen contributivo pueden acceder los beneficiarios, previa contratación con empresas aseguradoras y públicas y/o a través de los regímenes obligatorio y facultativo del INSS (art. 39 LGS). Éste se financia con los aportes al INSS de los trabajadores afiliados, empleadores y el Estado, y a través de las obligaciones cumplidas con las empresas aseguradoras públicas y privadas. El régimen no contributivo es gratuito y brinda servicios de salud a los sectores vulnerables y a toda la población (art. 40 LGS); se financia con asignaciones provenientes del Presupuesto General de la República y de otras personas o instituciones que otorguen recursos al sistema por cualquier modalidad. El régimen voluntario lo financia directamente el usuario, sin afectar las obligaciones adquiridas con el régimen contributivo (art. 41 LGS).

El MINSA regula los procedimientos técnicos y administrativos en materia de salud, de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del sistema (art. 20 RLGS). Los establecimientos proveedores de servicios de salud, de carácter privado, tienen obligaciones definidas, las cuales van desde someterse al proceso de habilitación (art. 55 LGS; 125 a 143 RLGS), hasta acatar toda disposición establecida por el MINSA y sujetarse a los principios de ética profesional (art. 80 RLGS). Los recursos humanos, financieros, técnicos, materiales y otros provenientes de la cooperación externa, deberán ser canalizados de acuerdo a las políticas, planes, programas y proyectos priorizados por el MINSA.

Los establecimientos del primer nivel de atención⁷, en general, tienen una baja capacidad resolutoria en los aspectos de diagnóstico y tratamiento. La red hospitalaria, en general, cuenta con una infraestructura y equipamientos obsoletos, lo que crea desequilibrio entre los recursos humanos y la base técnica material, e incide en su baja productividad. La respuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes a través del sector salud, ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva⁸. En el 2002, el MINSA contaba con 1.047 establecimientos de salud de primer nivel, con 33 de segundo nivel y con un total de 5.031 camas.

El presupuesto del MINSA se redujo del 3,2% del PIB en 2000, al 3% en 2005. El gasto en salud durante el año 2004 fue de 2.060.000.000 córdobas, lo que significó un aumento del 15% en relación al presupuesto de salud del año 2003. Durante el año 2005, la partida presupuestaria para salud fue de 2.671.500.000 córdobas. Este aparente aumento resultó de aplicar el índice de devaluación anual del córdoba con relación al dólar estadounidense, por lo que los recursos asignados por el Estado para salud realmente no cubren las necesidades de insumos médicos y las necesidades de servicios de salud de la población.

⁷ El Modelo de Atención en Salud se organiza en tres niveles: el Primer nivel son acciones dirigidas a fomentar el desarrollo sano de las personas, la familia y la comunidad y enfrentar sus principales problemas de salud; al Segundo nivel le corresponden acciones de atención ambulatoria y especializada que complementen las realizadas en el primer nivel de atención; el Tercer nivel son acciones que requieran de la mayor complejidad y se organiza en función de la Política y el Plan Nacional de Salud (arts. 43 al 57 RLGS).

⁸ Ministerio De Salud, *Política Nacional de Salud 2004 - 2015*, Litografía Nicaragüense, Managua, 2004, p. 16.

En relación a la asignación presupuestaria 2005, el MINSA percibió del Estado la suma de 2.401.155.415 córdobas para actividades y proyectos centrales, servicios de salud a las personas y salud ambiental. De esa asignación, el 76,41% se destinó para gastos corrientes y el 23,59% para gastos de capital.

En un marco de bajo financiamiento, existe en el sector salud inequidad en el acceso a los servicios de salud, insuficiencia de medicamentos y crisis de recursos⁹. Estudios sectoriales muestran que el gasto público en salud ha disminuido y que el gasto total es mantenido fundamentalmente por el gasto de los hogares o de bolsillo¹⁰.

La LGS regula el ejercicio de las profesiones médicas y afines (art. 57 LGS y arts. 162 al 171 RLGS). Existen, además, documentos institucionales normativos que regulan la gestión del recurso humano del MINSA, entre ellos la Política de Recursos Humanos y Modelo para la Administración y Desarrollo de los Recursos Humanos con los procesos y procedimientos identificados por nivel. El número del personal sanitario es considerado insuficiente; a nivel nacional, existen 3,8 médicos por 10 mil habitantes y 3,1 enfermeras profesionales por 10 mil habitantes. Al analizar la distribución de los recursos humanos de salud en Nicaragua, se observa una distribución no equitativa de los profesionales. Estos son insuficientes en algunos departamentos y en las regiones autónomas del Atlántico Norte y Sur, las cuales presentan condiciones críticas de salud agravadas por los determinantes sociales.

La privatización de los servicios públicos esenciales está siendo impuesta por las Instituciones Financieras Internacionales como una condición para acceder a préstamos, lo que representa una contradicción.

2.2 La LGS asume la participación social como uno de los principios básicos de la salud en Nicaragua, entendiendo como tal la «participación activa de la sociedad civil en las propuestas para la formulación de políticas, planes, programas y proyectos de salud» (art. 5.5). En concordancia con esto, al menos desde el punto de vista conceptual, existe una visión amplia del sector salud, que se define como el conjunto de instituciones, organizaciones, personas, establecimientos públicos o privados, actores, programas y actividades que tienen como objetivo la atención de la salud (art. 3).

La misma Ley crea el CNS, integrado por las instituciones públicas vinculadas al tema, y por un delegado por cada organización comunal de ámbito nacional, un delegado de cada organización sindical de trabajadores de la salud de ámbito nacional, un delegado de Asociaciones Médicas legalmente constituidas, un delegado del Colegio de Enfermeras y un delegado de ONG's que trabajen en el sector salud (art. 10).

Por otra parte, la legislación nicaragüense también prevé la participación de ONG's que trabajan el tema de la salud en distintas comisiones o instancias creadas para coordinar, ejecutar, evaluar o dar seguimiento a políticas, planes o acciones relativas a problemáticas o aspectos específicos de salud¹¹.

⁹ OPS, vid: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PIN/ps040205.htm>.

¹⁰ Los hogares pobres (de manera creciente) tienen que pagar privadamente por los servicios; este tipo de privatización incremental está reduciendo los servicios utilizados y esencialmente excluye a los pobres que pueden asumir menos el pago de los servicios dentro de la provisión del mercado. Con toda seguridad, esto tendrá un impacto de largo plazo en detrimento de los niveles de salud y de pobreza.

¹¹ Tales como la Comisión Nacional de Lactancia Materna, Comisión Nacional del Ambiente, Comisión Nicaragüense del SIDA (CONSIDA), Comisión Nacional de Lucha contra la Mortalidad

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 Los condicionantes básicos de la salud están contenidos en la LGS y se refieren, entre otros, a:

a) *La seguridad e higiene laboral.* El RLGS señala que el MINSA formulará, en coordinación con las autoridades pertinentes, el Plan Nacional de Salud Ocupacional en el cual se establecerán modelos de prevención y de atención de la salud ocupacional y de ambientes laborales saludables (art. 261.1). En este mismo artículo se establecen otras acciones que el MINSA realizará con el Ministerio del Trabajo, como exigir a los empleadores que den cumplimiento a los programas y normas técnicas en materia de promoción de la salud ocupacional. Sin embargo, los procedimientos del MITRAB son meramente administrativos, no coercitivos, razón por la cual pocas veces se llega a una solución satisfactoria¹².

b) *Saneamiento ambiental.* La LGS establece como saneamiento ambiental la promoción, educación, mejora, control y manejo del ruido, calidad de aguas, eliminación y tratamiento de líquidos y sólidos, aire, la vigilancia sanitaria sobre factores de riesgo y adecuación a la salud del medio ambiente, en todos los ámbitos de la vida y el fomento de la investigación científica de la materia. El MINSA tiene la facultad de determinar los rangos máximos contaminantes permisibles, coordinados con otras autoridades e instancias correspondientes (art. 69 LGS). No obstante, en las zonas rurales, especialmente en las regiones del centro y norte del país, el indebido control del medio ambiente muestra cambios importantes, lo que tiene una alta incidencia en el comportamiento de enfermedades como la malaria y el dengue¹³. Desde el sector salud se ha prestado atención a algunos aspectos del medio ambiente físico, especialmente en lo relativo a la prevención de los desastres naturales, pero no se ha profundizado en la atención a los ambientes laborales, sociales y culturales.

c) *Consumo.* La LGS asigna al MINSA la competencia de «regular los procesos mediante los cuales los sectores productores, procesadores, distribuidores de alimentos, o cualquiera otro que intervenga en el proceso, deberán fortificar, manipular, enriquecer y complementar los micronutrientes, de acuerdo con los alimentos de que se trate y las normas aplicables» (art. 7).

3.2 El PNS 2004-2015 incluye políticas específicas y estrategias dirigidas a lograr el cambio de la situación de salud de las personas, familias, comunidades y su entorno ecológico y social. No obstante, las autoridades competentes han identificado que existe un déficit importante de conocimientos en la población sobre cómo prevenir la mayor parte de los problemas de salud y la inversión que a nivel nacional se hace en salud con respecto al PIB, es insuficiente. A manera de ejemplo se pueden citar las actuaciones en tres ámbitos:

Materna y Perinatal, Comisión Nacional contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia, y Consejo Nacional de Prevención, Rehabilitación y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad.

¹² En visitas de fiscalización realizadas en el año 2004 por la PDDH a hospitales y centros de salud, se encontró que a pesar de la existencia de Convenios Colectivos suscrito entre líderes sindicales de organizaciones de los trabajadores de la salud, éstos no son respetados por las autoridades administrativas de los mismos.

¹³ Con respecto al agua de consumo humano, sólo una tercera parte de la población dispone de la misma para consumir dentro de la vivienda, y otra tercera parte tiene este servicio fuera de la vivienda.

a) La vacunación en el país se realiza en el marco del Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSA. Además, se realizan las Jornadas Nacionales de Vacunación, que es un esfuerzo llevado a efecto tanto por los trabajadores de la salud, como por los miles de brigadistas voluntarios. No obstante, el 61% de los niños más pobres tienen esquema completo de vacunación (zonas rurales) frente a un 71% de los más ricos que tienen esquemas completos de vacunación¹⁴. La situación epidemiológica de la población nicaragüense es una combinación de problemas de salud prevenibles y no prevenibles. Las muertes por causas prevenibles relacionadas con el rezago epidemiológico muestran un descenso a expensas de la reducción de las causas de origen infeccioso. De acuerdo a los resultados de la Encuesta de Salud 2001, las enfermedades del sistema respiratorio son la principal causa reportada por las personas encuestadas. Con respecto a las afecciones de notificación obligatoria, el *dengue* clásico fue la primera causa de morbilidad entre 1999 y el 2002.

b) Existe el Consejo Nacional de Lucha contra las Drogas, creado por la Ley 285, de Estupefacientes, Psicotrópicos y Otras sustancias, Lavado de Dinero y Activos provenientes de Actividades Ilícitas, órgano rector del Estado para la elaboración, impulso y evaluación de políticas nacionales en materia de drogas y lavado de dinero. Como consecuencia de la misma Ley, se creó la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional, que formuló un Plan Nacional. En el país, cada año, el flujo de droga aumenta indiscriminadamente. El uso y abuso de sustancias alucinógenas, como alcohol, marihuana, cocaína, heroína y *piedra crack*, es una de las principales causas de los problemas en las personas de 17 a 28 años, y constituye la segunda causa de los ingresos en el único Hospital Psiquiátrico del país¹⁵.

c) De acuerdo a la Ley de Protección de los Derechos Humanos de los No Fumadores, se prohíbe fumar en los siguientes lugares, entre otros: vehículos de transporte colectivo, museos, cines, auditorios, centros educativos, hospitales, centros de salud y áreas de atención al público (art. 4). No obstante, esta legislación casi no se cumple, a pesar de que el Gobierno estableció multas que oscilan entre los 500 y los 10.000 córdobas para los que infrinjan la Ley.

4. DERECHOS

4.1 El derecho a la asistencia sanitaria está relacionado con los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, calidad y equidad, que reconoce como propios la LGS (art. 5, incisos 1, 2, 3, 4, 7 y 8; § 2.1). Esta Ley establece expresamente cuáles son los derechos que tienen los usuarios del sector salud (art. 8):

a) *Universalidad*. Derecho de acceso a los servicios garantizados (art.8.1 LGS) que implica la garantía de cobertura del servicio de salud a toda la población. El reconocimiento de este derecho es formal, ya que del total de la Población Económi-

¹⁴ En los últimos años se observa una caída alarmante en el nivel de las coberturas de vacunación para todos los biológicos, lo que pone en evidencia la fragilidad de los logros alcanzados y la necesidad de mantener el Programa como una alta prioridad en la Agenda de Salud.

¹⁵ De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano 2005, del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el consumo de drogas en la Costa Caribe nicaragüense ha penetrado a las comunidades indígenas, la mayoría miskitas, y a las poblaciones campesinas mestizas, y está provocando la destrucción del capital humano en ese territorio autónomo.

camente Activa (PEA) del país, solamente un 26% está cubierto con los beneficios de la Seguridad Social. El acceso real de la población a los servicios de salud, ofrecidos por las instituciones del régimen no contributivo, se ve fuertemente afectada por la precaria situación presupuestaria del sector (§ 2.1), por la falta de cumplimiento del principio de gratuidad para los sectores vulnerables y por la falta de accesibilidad geográfica de la población de zonas rurales.

b) *Accesibilidad.* El derecho a la gratuidad de los servicios de salud se reconoce formalmente en las instituciones del sector público y en beneficio de la población vulnerable, con prioridad en las áreas materno-infantil. No obstante, uno de los principales obstáculos es la existencia de servicios de salud privados o «diferenciados» en los hospitales públicos del país, en los que se utiliza la infraestructura pública para la venta de servicios a las personas que puedan pagar. Ello se hace con el fin de generar recursos o «fondos propios» para suplir gastos que no cubre el raquíptico presupuesto asignado por el Estado. En las difíciles condiciones económicas del país, esta práctica genera el riesgo de que, en las instituciones del régimen no contributivo, se priorice la atención a los usuarios que pueden pagar, en perjuicio de la inmensa mayoría que no puede hacerlo¹⁶. En distintos procesos de fiscalización, realizados por la PDDH a hospitales públicos de algunos departamentos del país¹⁷, se constató que los cobros que se hacen a los usuarios obligan a éstos a recurrir a servicios «diferenciados» que le resultan onerosos. Asimismo, la falta de abastecimiento de medicamentos y, sobre todo, del total de la lista básica, vulnera el derecho a la gratuidad.

c) *Extensión.* Se reconoce el derecho a tener un trato equitativo en las prestaciones, privilegiando el acceso a servicios esenciales de salud a la población vulnerable: el binomio madre-niño, personas de tercera edad y personas con discapacidad (art. 8.2). La realidad apunta una marcada diferencia con el reconocimiento formal que hace la ley. El Centro Nicaragüense de Derechos Humanos señala que la población de las zonas rurales es la más perjudicada por la concentración de especialidades médicas en los hospitales de referencia nacional ubicados exclusivamente en la capital, a los cuales deben ser referidos por los centros de salud y hospitales del interior del país. Asimismo, deplora la situación existente en las Regiones Autónomas del Caribe, donde cuentan con un solo hospital en sus cabeceras, con equipos médicos obsoletos que no aseguran atención médica especializada, y a cuyos servicios no pueden acceder los habitantes de las zonas rurales por las largas distancias y el costoso transporte.

d) *Calidad.* El derecho a la calidad de los servicios de atención de salud se reconoce en la ley como: el cumplimiento de los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales (art. 8.14); la asignación de un médico, que será el interlocutor del paciente en el centro asistencial (art. 8.9); el aseguramiento de espacios de espera ventilados y limpios con acceso a agua potable y a servicios higiénicos (art. 7.4 RLGs); la garantía de condiciones para el buen resguardo de la salud de usuario (art. 7.18 RLGs); la respuesta oportuna y re-

¹⁶ Representantes de ONG's y usuarios consideran que la salud ha dejado de ser gratuita, ya que, en los centros hospitalarios se ha establecido como norma que los pacientes y familiares deben aportar utensilios y materiales de reposición, en casos de intervenciones quirúrgicas.

¹⁷ Informe de Fiscalización Hospital Oscar Danilo Rosales, de León. Dirección de Defensa PDDH, agosto 2005. Informe de Fiscalización Hospital Alfonso Moncada, Ocotal, Nueva Segovia. Dirección de Defensa PDDH, septiembre 2005.

gistro de quejas y sugerencias (art. 7.20 RLGS; § 5.3); la atención médica oportuna con calidad y calidez (art. 7.21 RLGS). Las principales limitaciones, en relación a la calidad, tienen que ver con las condiciones físicas de las unidades de salud del sector público, y con la insuficiencia del personal de salud.

En Nicaragua se tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento público o privado, atención médica-quirúrgica de emergencias cuando se necesite, mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud.

4.2 De acuerdo a la LGS, el derecho de los usuarios a recibir una atención médica oportuna, con calidad y calidez, contempla también el de recibir terapia con los medicamentos esenciales, en las condiciones establecidas para cada uno de los regímenes de salud establecidos (art. 7.21 RLGS). Se establece la gratuidad de los medicamentos en el sector público, cuando los usuarios formen parte de grupos vulnerables de población, de acuerdo a la disponibilidad de los mismos y conforme a las listas básicas de medicamentos definidas por el MINSA (art. 8.3 LGS).

A través de la Ley 292, Ley de Medicamentos y Farmacias, el Estado regula la fabricación, distribución, importación, exportación, almacenamiento, promoción, experimentación, comercialización, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, cosméticos medicados y dispositivos médicos, así como el funcionamiento de establecimientos farmacéuticos; con el fin de proteger la salud de los consumidores y garantizar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos seguros, eficaces y de calidad (art. 1.a y d). El MINSA es el encargado de dar la autorización mediante el registro sanitario correspondiente (art. 7).

La principal limitación en relación al derecho al medicamento se da por la falta de abastecimiento de la lista básica de medicamentos establecida por el MINSA, ya que en estudios se ha comprobado que algunas unidades de salud reciben aproximadamente el 42% de la misma. Esto obliga a que el poco medicamento existente se entregue a los pacientes internos y de emergencia, y a que los de consulta externa tengan que adquirirlo por su cuenta. Sin embargo, también los usuarios internos y de emergencia tienen que comprar los medicamentos, ya que, con frecuencia, se les recetan productos que están fuera de la lista básica por el desabastecimiento existente.

4.3 En la LGS y su Reglamento se identifican otros derechos de los usuarios de los servicios de salud, como son:

a) El derecho a ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión, sobre el proceso de atención, nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento. Para esto, se debe tomar en cuenta el estado psíquico del paciente, por lo que cuando no sea aconsejable darle esta información, se le debe brindar a quien lo represente (art. 8.4 LGS). Cuando se trate de niñas, niños y adolescentes, la información se les dará en presencia de la madre, padre o tutor legal (art.7.15 RLGS). También se contempla el derecho a ser informado por el médico tratante sobre los servicios de salud a que puede acceder el usuario (art. 7.7 RLGS), sobre las atenciones, cuidados y tratamientos que necesitará al producirse el alta (art. 7.23 RLGS), a que se le extienda certificado de salud por solicitud personal o exigencia legal o reglamentaria (art. 8.10 LGS), y a recibir informe de alta (art. 8.12 *in fine* LGS).

b) El derecho a la intimidad y confidencialidad. Se reconoce el respeto al usuario, a su dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razo-

nes de raza, sexo, condición social, moral, económica, ideológica, política, tipo de enfermedad o padecimiento (art. 8.6 LGS). Relacionado con este derecho se establece, en beneficio del paciente, que la información sobre su estadía en el centro asistencial y su expediente se maneje con confidencialidad y sigilo (art. 8.5), y que se garanticen condiciones para preservar su intimidad y no ser expuesto a la vista u oído de personas no involucradas en su atención (art. 7.13 RLGs).

c) Se reconoce el derecho al expediente clínico, en el que debe quedar constancia de todo el proceso de atención en todas las instancias del sector salud (art. 8.12 LGS).

d) Se reconoce el derecho al consentimiento informado ante cualquier procedimiento o tratamiento, de tal manera que el usuario pueda conocer, evaluar y escoger procedimientos o tratamientos alternativos o específicos, riesgos médicos asociados y probable duración de la discapacidad. Dicho consentimiento debe constar por escrito salvo en situaciones excepcionales (arts. 8.8 LGS; y 7.11 y 7.12 RLGs). El derecho al consentimiento informado, por escrito, también se aplica en el caso de experimentación biomédica que afecte la atención y tratamiento del paciente (arts. 8.7 LGS y 7.17 RLGs).

5. GARANTÍAS

5.1 a) El Código Penal nicaragüense (CPn) tutela la integridad física de las personas, protegiéndolas contra cualquier daño como la mutilación o inutilización de un órgano o miembro, y la integridad psíquica o mental, respondiendo, con esto último, a un concepto integral de salud que se impuso con la última reforma hecha a este tipo delictivo¹⁸. A su vez, impone penas que varían de acuerdo a la gravedad del daño causado o al tiempo que tardan en desaparecer las cicatrices o huellas que se produzcan. (arts. 137 a 146 CPn). También contempla el delito de lesiones culposas, que son sancionadas con un tercio de la pena correspondiente a las lesiones dolosas. Este tipo, generalmente, se usa ante daños provocados por malas prácticas médicas, ya que en la ley penal no existe un delito específico para este tipo de situaciones.

b) Por exponer personas al peligro, el CPn establece una pena de seis meses a tres años de prisión, de tres a seis años si resultare un grave daño físico a la víctima, y de seis a 12 años si le ocasionare la muerte. La exposición de personas al peligro también comprende el abandono de niños menores de siete años, el abandono del que resultaren lesiones, el abandono de cónyuge, ascendiente o descendiente enfermo o imposibilitado y la omisión de socorro de niños menores de siete años perdidos, desamparados o en inminente peligro para su vida (arts. 154 a 161 CPn). El capítulo relativo a la violación y otras agresiones sexuales, tiene un enfoque de tutela de la salud al estipular como circunstancia agravante para el delito, cuando «resultare grave daño en la salud física o mental de la víctima» y cuando «el autor sea portador de una enfermedad grave, transmisible por contacto sexual» (art.195).

c) Los delitos contra la salud pública son aquellos que comete: el que envenena o adultera aguas potables, bebidas, comestibles o sustancias medicinales destina-

¹⁸ A través de la Ley 230 de 1996.

das al consumo de una colectividad (tres a 10 años de prisión); el que venda medicamentos o mercaderías peligrosas para la salud; el que propaga voluntariamente una enfermedad peligrosa o contagiosa (cinco a 15 años de prisión); el que estando autorizado para vender sustancias medicinales lo haga en especie, calidad, cantidad o proporciones distintas a la prescrita o declarada (dos a seis años si resultare enfermedad, cuatro a 12 años si resultare muerte, inhabilitación de comercio o profesión); el que violare medidas adoptadas para evitar introducción o propagación de epidemia (seis meses a dos años). También sanciona la imprudencia, negligencia, impericia e inobservancia de reglamentos u ordenanzas (arts. 331 a 337). Otro delito contra la salud pública es el tráfico ilegal de estupefacientes, psicotrópicos y otras sustancias controladas, establecido por la Ley 177, que castiga con penas de hasta 30 años, a los que sin autorización siembren, cultiven o cosechen plantas que son materia prima para drogas; extraigan, elaboren, fabriquen o transformen estupefacientes, psicotrópicos u otras sustancias controladas; a los que almacenen drogas, financien su cultivo, elaboración, fabricación, transportación o comercialización, o promuevan su consumo (arts. 47 a 68). También se regulan faltas penales (arts. 69 a 76).

La LGS prevé una serie de medidas y sanciones administrativas para proteger la salud de la población (arts. 77 a 86). Las medidas pueden ser la suspensión o cancelación de habilitaciones, registros o licencias; medidas administrativas de carácter preventivo¹⁹, medidas administrativas de seguridad²⁰. El RLGS regula la autoridad competente, requisitos y procedimiento para la aplicación de las medidas (arts. 428 a 441). Se establecen tres tipos de faltas: leves, graves y muy graves; éstas se determinan por el daño ocasionado a la salud o al medio ambiente y la posibilidad de que el mismo pueda revertirse o repararse. Las faltas se sancionan con multas, sin perjuicio de la reparación del daño e indemnización en el caso de faltas graves y muy graves, y de la responsabilidad penal en el caso de las últimas.

5.2 El derecho a la salud se garantiza a nivel normativo por parte de la Administración, a través del Sistema de Garantía de la Calidad que regula la LGS (arts. 53 a 57) y el RLGS (arts. 119 a 185). Dicho sistema está integrado por un «conjunto de normas y acciones dirigidas a promover y garantizar las condiciones de calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción del usuario» (art. 119 RLGS). El sistema está compuesto por: la habilitación de establecimientos de salud; la acreditación de los establecimientos proveedores de servicios de salud; las auditorías de calidad de la atención médica, y la regulación del ejercicio profesional y tribunales bioéticos.

La Ley 182, de Defensa de los Consumidores, establece garantías del derecho a la salud partiendo de que los productos, bienes y servicios no deben implicar riesgos para la salud o la seguridad de los consumidores (art. 7). Se podrá disponer el decomiso, cuando se compruebe que un producto representa riesgos para la salud

¹⁹ Comparecencia de posibles infractores ante autoridad sanitaria para advertir o informar; asistencia a cursos de instrucción o adiestramiento en materias relacionadas con infracción; amonestación por escrito.

²⁰ Son de inmediata ejecución para proteger salud: aislamiento de personas; vacunación, encierro o sacrificio de animales; suspensión de obras; decomiso o destrucción de bienes; retiro inmediato de circulación de productos; clausura de establecimientos industriales, educativos, de prestación de servicios, comercial.

o estén adulterados (art. 34.e). El Reglamento de la Ley también establece medidas tales como el retiro de circulación de productos; el decomiso de medicinas y sanciones como multa y cierre de establecimientos (arts. 13, 33 y 42). Los consumidores pueden hacer valer sus derechos ante el ente regulador, en su caso; ante la Dirección de Defensa del Consumidor, que es la instancia administrativa que recibe e investiga las denuncias, o ante los tribunales comunes (art. 66).

5.3 El derecho de los usuarios de los servicios de salud a hacer reclamos y sugerencias está consagrado en la LGS (art. 8 inc.13). El RLGS (art. 7 inc. 20) establece como una obligación de los establecimientos de salud, el dar respuesta a las quejas y sugerencias que interpongan los usuarios, en forma oportuna, y que se deje un registro de las mismas.

Los reclamos en relación a casos médicos o quirúrgicos pueden hacerse a través de quejas interpuestas por los usuarios en los establecimientos de salud (art.113, inc. 1.4.1 RLGS). Los mismos dan lugar a auditorías de la calidad en primera instancia en los hospitales (arts. 110-113 RLGS). Se prevé la realización de auditorías de la calidad en segunda instancia, con la formación de comisiones *ad hoc* (arts. 151, 154, 155, 156 RLGS), la cual elaborará un informe del caso a la dependencia de auditoría médica, que luego lo enviará al responsable del establecimiento proveedor de servicios de salud auditado para la aplicación de las medidas correctivas que dieran lugar (arts. 156 y 157 RLGS). La parte conclusiva se entregará al solicitante y todo el informe a la autoridad judicial en caso de que se requiera (art. 160 RLGS). Con relación al procedimiento anterior, se señala que la ley no define términos para la realización del mismo.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 El MINSA cuenta con un Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia (art. 32 LGS). Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, del recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mama, así como acciones para la salud sexual y reproductiva. En relación al contenido de la ley, las estadísticas nacionales en materia de derechos reproductivos evidencian:

En el 2001, la tasa global de fecundidad bajó de 3,9 a 3,2 hijos por mujer. La mujer rural supera a la urbana en casi dos puntos (4,4 contra 2,6). La tasa de fecundidad y embarazos en las adolescentes bajó del 27% a un 25%, todavía uno de los porcentajes más altos de la región, superando en el área rural en más del 60% a la fecundidad de las mujeres urbanas.

La tasa de mortalidad materna es de 83,4 por 10 mil nacidos vivos²¹. Los espaciamientos entre nacimientos reducen la mortalidad materna e infantil. Los intervalos cortos inciden en los nacimientos de alto riesgo, mortalidad infantil, y, en la niñez, los espaciamientos más cortos se producen en las madres adolescentes, algo inferior a los dos años (22,6 meses).

El 66% de todas las mujeres en edad fértil han usado alguna vez en su vida un método de planificación familiar, siendo el más habitual la píldora (43%), seguido

²¹ Ministerio de Salud, *Indicadores Básicos de Salud año 2004* (tríptico).

por la inyección (27%). El Estado de Nicaragua reconoce constitucionalmente la protección especial a la maternidad, señalando entre otros el derecho a tener licencia con remuneración salarial (art. 74 Cn.), lo que significa protección y disposición de un período prenatal que proteja la salud de la madre y del niño que está por nacer, y postnatal, que le permita recuperarse del parto y poder amamantar y cuidar a su hijo recién nacido.

En relación a la explotación y violencia de género, las estadísticas en Nicaragua no son claras y precisas en la determinación de las víctimas de agresiones por la violencia intrafamiliar y sexual, aunque las cifras apuntan a una incidencia elevada.

En el tema relaciones laborales, el Código del Trabajo determina que la mujer trabajadora gozará de todos los derechos garantizados en esta ley y demás normas sobre la materia, en igualdad de condiciones y oportunidades, y no podrá ser objeto de discriminación por su condición de mujer. Las trabajadoras en estado de gravidez, con seis meses cumplidos de embarazo, no podrán ser incluidas en roles de turno nocturno.

6.2 Nicaragua, en la actualidad, cuenta con 5,6 millones de habitantes y con una población predominantemente joven, ya que el 41,2% es menor de 15 años. La mortalidad infantil se ha reducido de 79,8 por mil nacidos vivos en el quinquenio 1980-1985, a 35,5 por mil nacidos vivos en el quinquenio 2000-2005. Las Encuestas Nicaragüenses de Demografía y Salud, de 1998 y del 2001, identificaron algunos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de muerte en el menor de un año, entre los que se destacan: ser del sexo masculino, bajo peso al nacer, baja escolaridad de la madre, intervalo intergenésico menor de dos años, no haber recibido la madre cuidados prenatales o haber sido atendido el parto sin ayuda profesional²².

La mortalidad post infantil, de uno a cuatro años, es de 10 por mil nacidos de esa edad. La neumonía y la diarrea tienen un peso importante en la estructura de la mortalidad postnatal. Un factor que ha contribuido a contrarrestar esta situación es la cobertura alcanzada con las campañas de inmunización. No obstante, las coberturas de inmunización tienen una distribución heterogénea en la población. Las zonas rurales del país tienen una menor cobertura del esquema completo de vacunación. Entre las enfermedades prevalentes en menores de cinco años, están las diarreas, las enfermedades respiratorias (neumonía), meningitis y las inmunoprevenibles, no cubiertas por los servicios públicos.

Con relación a los problemas nutricionales²³, ha habido una reducción de la desnutrición crónica total en los menores de cinco años, pasando de 24,9% en 1998, a 20,2% en el 2001. La desnutrición aguda total se encuentra en niveles similares a 1998 (alrededor del 2,2%); en cambio, la desnutrición global total se ha reducido en tres puntos porcentuales.

6.3 En el caso de la atención a las comunidades étnicas y pueblos indígenas, no se ha contado con un enfoque de interculturalidad que involucre a toda la sociedad y fomente un auténtico reconocimiento de comprensión entre los diferentes sectores, pueblos in-

²² La distribución de la mortalidad infantil por causas muestra cambios importantes: los trastornos respiratorios y cardíacos específicos del período perinatal representan más de un tercio de las muertes infantiles, desplazando a la diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, las que en la década de los setenta eran la primera causa de muerte en este grupo.

²³ ENDESA-2001.

dígenas y comunidades étnicas que la componen²⁴. Hasta la fecha, el sistema de salud ha uniformado los servicios de salud, ignorando las percepciones diferentes de cada una de las culturas en el proceso salud-enfermedad a pesar de lo que dispone la ley (§ 1.2).

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Respecto a las situaciones de discapacidad física y mental, Nicaragua reúne muchos factores que predisponen a una significativa prevalencia de la discapacidad. Uno de ellos es que el país ha sido escenario, durante varias décadas, de situaciones de guerra que han involucrado a amplias capas de la población²⁵. La prevalencia de la discapacidad, en Nicaragua, es del 10,25% de la población mayor de seis años de edad²⁶. Uno de los principales problemas que enfrenta la población con discapacidad en Nicaragua es el desempleo y la marginación laboral. Existe un 27,9% de trastornos mentales en la población adulta, problemática frente a la cual no se cuenta con un programa sectorial estructurado y con recursos suficientes²⁷.

7.2 Existe en el país un incremento paulatino de las causas de muerte de origen crónico y degenerativo (circulatorias y tumores). En el año 2003, en la distribución de defunciones registradas, según grandes grupos de causa, las enfermedades del sistema circulatorio significaron un 26% de todas las defunciones. En el mismo año, las muertes por causa de origen crónico representaron el 38% del total de muertes. El manejo ambulatorio de las personas que padecen de problemas crónicos es uno de los principales desafíos de los servicios de salud. En primer lugar porque no existen condiciones de previsión social; entre otras causas, por los costos que implica su atención médica a nivel hospitalario y, en segundo lugar, por las condiciones de pobreza de la población.

7.3 La proporción de personas mayores se viene incrementando en los últimos años. En el año 2002, el primer motivo de consulta fue la enfermedad hipertensiva, seguida de la artritis reumatoide. La atención a estos grupos ha sido de acuerdo a su demanda, sin delimitar con precisión las prioridades que deben atenderse y sin haber destinado los recursos requeridos para enfrentar estos problemas.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Desde que en Nicaragua se registró el primer caso de VIH/SIDA en el año 1987, el número de personas que viven con VIH/SIDA se ha incrementado, y hasta diciem-

²⁴ Se reconoce la existencia de varias comunidades étnicas y pueblos indígenas que conviven en territorio nacional y que en general sobreviven en condiciones de pobreza y abandono a pesar de que en la Ley de Autonomía tienen consignado su derecho a administrar su salud de acuerdo a sus tradiciones y cultura (Plan Nacional de Salud 2004-2015).

²⁵ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, *Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad*, Managua, p. 41.

²⁶ De manera particular debe citarse que en la RAAN existen discapacitados como producto de la práctica del buceo con fines laborales.

²⁷ Ministerio de Salud, *Plan Nacional...*, cit., p. 22.

bre del año 2005 se contabilizan un total de 2.031 casos. De esta cifra, 860 pasaron a la condición biológica de casos SIDA, de los cuales 583, un 67%, fallecieron²⁸.

La tasa de incidencia del VIH/SIDA en el 2005 es de 7.66 casos por cada cien mil personas, observándose una clara tendencia al incremento, ya que desde el año 2003 (4.12 por cada cien mil habitantes), prácticamente, el porcentaje de incidencia se ha duplicado.

Los grupos de edades más afectados son los comprendidos entre los 20 y los 44 años, ya que representan el 78,99% de las PVVS registradas a septiembre de 2005, lo cual indica que hay mayor incidencia en la población joven, sexual y económicamente activa. Es un dato que coincide con los que, en este sentido, se registran a nivel mundial. El 7,6% de los afectados son personas entre los 10 y 19 años.

Por otra parte, se registra una relación de hombres/mujeres afectados de 3/1, lo cual señala una tendencia a la feminización de la epidemia, ya que esta proporción ha venido evolucionando en los últimos años de 7/1 (una mujer por cada siete hombres) a 3/1, evidenciándose con ello que el número de mujeres infectadas ha aumentado.

En cuanto a las formas de transmisión, la predominante es la sexual, ya que representa un 92% de los casos, un 3% por la vía perinatal, 3% por drogas intravenosas y 0,2% por transfusiones sanguíneas. Del total de personas que se infectaron por vía sexual, el 74% son heterosexuales y el 26% son hombres que tienen sexo con hombres.

Nicaragua no cuenta con una política pública para dar una respuesta integral a la epidemia de VIH/SIDA, que establezca responsabilidades entre los diferentes actores sociales y, particularmente, de las instituciones públicas, y sobre todo que armonice las posiciones institucionales, muchas veces incoherentes, respecto al tema. El referente normativo más importante en el tema es la Ley 238, de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. En relación a la prevención, contempla acciones de información, comunicación y educación, especialización de recursos humanos, investigación, difusión de métodos de prevención de ITS, adopción de normas y medios de bioseguridad, que deben adoptar instituciones públicas y privadas involucradas en la lucha contra el VIH/SIDA (arts. 9 al 18).

El hecho de que la vía sexual sea el mecanismo predominante de transmisión del VIH/SIDA, evidencia que entre la población persisten prácticas sexuales no seguras, que existe falta de información en relación al tema y que las acciones de prevención no han sido suficientes. En Nicaragua, el 84% de los hombres y el 48% de las mujeres tienen la primera relación sexual antes de los 18 años. El uso del condón no es generalizado y porcentajes considerables de hombres y mujeres no reconocen el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, lo cual es más acentuado entre personas de bajo nivel escolar.

Estudios realizados concluyen que Nicaragua tiene serios problemas de información vinculada a la prevención, educación y lucha contra el VIH/SIDA. Al igual que en otros países, como Chile y Ecuador, no hay campañas consistentes con respecto al preservativo como método eficaz para evitar la transmisión vía sexual, por lo que se puede decir que «la universalidad de las acciones de salud con respecto al VIH/SIDA no está garantizada... por que se está descuidando la prevención²⁹».

²⁸ Salvo que se indique lo contrario, la fuente de los datos estadísticos es la Dirección de Vigilancia Epidemiológica del MINSA.

²⁹ «Todos somos iguales ante el SIDA», investigación regional realizada en Nicaragua, Argentina, Chile, Ecuador y México, a instancias de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En

La Ley 238 establece que el Estado promoverá servicios de atención a las PVVS, que les aseguren consejería, asesoría, apoyo y tratamiento de manera individual o en grupo, a nivel hospitalario, domiciliario o ambulatorio (art. 9). El Reglamento de dicha Ley dispone que «la administración de tratamientos, serán garantizados por el MINSA, el INSS...» (art. 20). Puesto que no hay disposiciones más específicas en la Ley y su Reglamento, se entiende que los tratamientos a que se hace alusión incluyen los antirretrovirales.

De acuerdo a datos del MINSA, a septiembre de 2005, reciben tratamiento antirretroviral de manera gratuita 165 personas adultas y 7 niños. El principal problema, en relación al tratamiento, es que su administración ha sido posible por el financiamiento de 10.000.000 \$\$ que el Fondo Mundial hizo, por un período de tres años, al Programa de ITS y VIH/SIDA del MINSA. La continuidad del mismo no está respaldada por un presupuesto específico del Estado para VIH/SIDA. En términos generales se señala que «los recursos invertidos en esta área no son del presupuesto general del MINSA, sino de la cooperación externa», lo cual, en una clara muestra de voluntad política limitada por parte del Estado, y que «se le está dejando mucha responsabilidad». Esto ha generado que los medicamentos antirretrovirales no estén incluidos en la lista básica del MINSA, y por tanto no todas las PVVS que lo necesitan tengan acceso a los mismos³⁰.

9. FUENTES EN INTERNET

Generales

<http://www.minsa.gob.ni/>
<http://www.undp.org.ni/>
<http://www.bcn.gob.ni/>
<http://www.hacienda.gob.ni/>
<http://www.marena.gob.ni/>
<http://www.cisas.org.ni/>
<http://www.migob.gob.ni/>
<http://www.cenidh.org/>
<http://www.ccer.org.ni/>

Específicas sobre salud

<http://www.cisas.org.ni/prsp/overviewe1.htm>
<http://www.ops.org.ni/dms2006/Fact%20Sheet%20Nicaragua%20breve.pdf>
<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddenicaragua-ES.pdf>
<http://www.elnuevodiario.com.ni/2005/10/01/contactoend/2410>
<http://www.nicaragua.unfpa.org.ni/documentos/Salud%20Materna%20e%20Infantil.pdf>

revista *Con Cisas*, publicación del Centro de Información y Servicios de Asesoría de la Salud (CISAS), julio de 2005, pp. 10 y 11.

³⁰ Centro de Investigación de Servicios y Atención En Salud, revista *Con Cisas* «VIH-SIDA no está presupuestado», Managua 2005, pp. 10 y 11.

<http://www.migob.gob.ni/cnlcd/cnlcd.php?Ac=1>
<http://www.grupoese.com.ni/2001/bn/05/10/tips3MN0510.htm>
<http://www.grupoese.com.ni/2001/bn/06/05/op5MN0605.htm>
<http://www.minsa.gob.ni/cuentas/cuentafin.htm>
<http://www.lachsr.org/documents/perfildelsistemadesaluddenicaragua-ES.pdf>
http://www.ops.or3.g.ni/Rehabilitacion/Proyectos_Productivos.pdf
<http://www.monografias.com/trabajos30/alcoholismo-nicaragua/alcoholismo-nicaragua.shtml#rangos>
http://www.gvom.ch/info_esp/e_nica/e108.html
http://www.ops.org.ni/PAI/pprincipal_PAI.htm
http://www.undp.org.ni/files/idhnic2000_complete.pdf
<http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PIN/ps040205.htm>
<http://www.inforesidencias.com/noticias/detalles.asp?IDNot=544>
<http://www.mujereshoy.com/secciones/132.shtml>
http://www.ccer.org.ni/060206_aumento.htm

12. PANAMÁ*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política de la República de Panamá (CPRP)¹ desarrolla el derecho a la salud, seguridad social y asistencia social y, del mismo modo, consagra la obligación del Estado de velar por la protección de la salud de la población (título III, cap. 6 CPRP). A su vez, el Estado panameño ha ratificado los más importantes instrumentos internacionales regionales y universales que obligan al Estado a proteger la salud de toda persona, los cuales deben cumplirse con fuerza y valor de ley.

Sobre la base de la búsqueda de protección efectiva a la salud, en Panamá se han dictado normas internas que tienden a garantizar las mejores condiciones de vida y, por consiguiente, la obtención de una existencia decorosa, acorde a la realidad de nuestros días.

Mediante la Ley 66 de 10 de noviembre de 1947² se adopta el Código Sanitario de la República de Panamá, el cual rige la función del sector salud.

Asimismo, se han creado leyes especiales que han venido a constituir lo que se ha denominado «Normas relacionadas con la Reforma Sanitaria»; entre ellas figura

* **Abreviaturas:** AN = Asamblea Nacional; CS = Código Sanitario; CPRP = Constitución Política de la República de Panamá; MINSA = Ministerio de Salud; CONSALUD = Coordinadora Nacional de Salud; CSS = Caja de Seguro Social; CSJ = Corte Suprema de Justicia; CP = Código Penal; CF = Código de Familia; ETS/ITS = Enfermedad de Transmisión Sexual; HSH = Hombres teniendo sexo con hombres; LDOPMIDI = Ley de Derechos y las Obligaciones de los Pacientes, personas sanas, profesiones, centros y servicios de salud públicos y privados en Materia de Información y de Decisión libre e Informada; ONUSIDA = Organización de Naciones Unidas para el SIDA; PVVS = Personas Viviendo con SIDA; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana. VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

¹ Reformada por los Actos Reformativos 1 y 2 de 1978, respectivamente; por el Acto Constitucional de 1983; por los Actos Legislativos 1 de 1993 y 2 de 1994; y por el Acto Legislativo 1 de 2004.

² *Gaceta Oficial* 10467, de 10 de abril de 1947.

la Ley 27 de marzo de 1998, que crea la Coordinadora Nacional de Salud³, ente mixto de utilidad pública constituido por el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social para el financiamiento y compra de servicios de atención a las personas. La Ley 28 de 1998, establece un nuevo modelo de administración hospitalaria no pública y sin fines de lucro con amplia participación social de la gestión pública descentralizada. La Ley 4 de abril de 2000, crea un modelo de gestión pública descentralizada, y la Ley 2 de enero de 1997, por medio de la cual se dictó el marco regulatorio e institucional para la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario. Además, se aprobaron varias leyes relacionadas con la salud entre las que se encuentran la Ley 3 de 2000, sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA, y la Ley 1 de 2000, que regula la Adquisición de Medicamentos.

En lo que respecta a la jurisprudencia nacional, la Corte Suprema de Justicia, en reiterados fallos, ha dictaminado que el Estado tiene la función esencial de protección de la salud de la población en igualdad de condiciones⁴.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales examinó el segundo informe periódico de Panamá⁵ sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el 24 de septiembre de 2001, en su 36.ª sesión. Éste emitió sus observaciones finales respecto a la salud, que se refieren al acceso de las poblaciones indígenas al agua potable y a la sanidad, a la reducción de la tasa de mortalidad materna, la salud reproductiva y sexual, en particular a la alta tasa de abortos clandestinos y embarazos precoces e incrementos de casos de VIH/SIDA.

1.2 En Panamá, las instituciones públicas del sector salud son el MINSA, la CSS y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN).

El MINSA es el ente rector del sistema nacional de salud y, como tal, formula las políticas, regula la actividad y ejerce la función de autoridad sanitaria. Además del MINSA, la CSS es la otra entidad financiadora de los servicios públicos de salud y atención médica en el país, y ambas ejecutan programas de prevención, curación y rehabilitación a través de sus niveles de atención.

La Asamblea Nacional cuenta, entre sus comisiones, con la de Salud Pública y Seguridad Social, que es una comisión de carácter permanente (art. 46 del Reglamento Interno de la AN), encargada de presentar proyectos de leyes, darles primer debate, así como estudiar, debatir, votar y dictaminar sobre los que presenten ellos mismos y otras autoridades competentes.

También emitirá concepto sobre materias de su competencia (art. 42 Reglamento Interno de la AN), como la higiene y salubridad en el territorio de la República,

³ En nombre y representación del Estado, se autorizó al entonces Ministerio de Hacienda y Tesoro y al Ministerio de Salud a constituir la Coordinadora Nacional de la Salud (CONSALUD), sociedad por acciones y empresa de utilidad pública sin fines de lucro regida por la Ley 27, de 1 de mayo de 1998 (G.O. 23,535 de 5 de mayo de 1998), para los efectos de su política de planificación, desarrollo y evaluación de los servicios médicos y de salud que financie o contrate, que se registrarán por los principios que sobre la materia le fijen el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

⁴ Corte Suprema de Justicia. Fallo de 26 de junio de 2003, Registro Judicial, junio 2003, Panamá.

⁵ Observaciones Finales del Comité de derechos Económicos, Sociales y Culturales. Panamá. 24/09/2001. E/C.12/1/Add.64. El Comité solicitó al Estado Parte la presentación de su tercer informe periódico a más tardar el 30 de junio de 2004 y que incluyera en él información detallada sobre las medidas que haya adoptado para aplicar las recomendaciones que figuran en las Observaciones Finales.

hospitales, clínicas y establecimientos de asistencia social, ejercicio de la profesión de médico y similares, la organización y funcionamiento del sistema de seguridad social y todos aquellos otros relacionados con la salud pública y la Seguridad Social.

1.3 El MINSA, en aras de hacer operativas las políticas públicas, enunciadas dentro del proceso global de Reforma y Modernización del Estado, y para hacer cumplir los mandatos jurídicos formalizados en su Estatuto Orgánico, promulgó los lineamientos políticos y estratégicos de salud para el quinquenio 1994-1999. Estos están orientados hacia la ejecución de dos acciones consideradas prioritarias para la producción social de la salud, en un sector social de salud reformado, como son: el Desarrollo del Sistema de Rectoría de la Salud y el Desarrollo del Proceso de Descentralización en Salud.

En el avance permanente hacia la meta de Salud Igual para Todos, se desarrolló la Red Nacional de Servicios de Salud, bajo la Dirección Nacional de Planificación; así mismo, se creó la Dirección Nacional de Finanzas, con una nueva estructura orgánica, por lo que el proceso de actualizar las políticas y estrategias es permanente en el MINSA, imponiéndose como meta, en 1998, producir un Plan Nacional de Salud.

El Plan de Gobierno para el quinquenio 1999-2004 tuvo como objetivo el Desarrollo Económico, Social y Financiero con inversión en el capital humano. En el año 1999, el Gobierno Nacional presentó la Agenda Social 1999-2004, dirigida a temas como la disminución de la pobreza y el desempleo, la salud y la seguridad social, los acueductos y alcantarillados, la educación, la familia, los problemas de vivienda y urbanismo, la drogadicción, la atención a los grupos de la población vulnerables como los indígenas y las mujeres. En tanto las principales políticas sanitarias están dirigidas a: a) la obtención de la salud integral de la población, b) el consenso sobre las prioridades y políticas de desarrollo para la producción de salud, c) el desarrollo del sistema de rectoría de la salud, d) el fortalecimiento de los programas y servicios del sistema nacional de salud, e) la definición de formas de financiamiento y de asignación de recursos para la ampliación de la cobertura y mejora de los servicios del sistema nacional de salud, f) el fortalecimiento de medidas dirigidas a transformar la situación de la salud de la población indígena, rurales pobres y de extrema pobreza, g) la protección financiera de la salud de los grupos vulnerables de la población, h) la promoción y ejecución de la investigación y desarrollo tecnológico necesario para el mejoramiento de la salud, e i) el fortalecimiento de la capacidad institucional en el ámbito nacional, regional y local, para el desarrollo de técnicas, métodos y contenidos de educación para la salud, participación social y comunicación.

El MINSA creó la Comisión de Salud Mental (Resolución 440, de 19 de julio de 2002), con el propósito de lograr la coordinación armónica y continua de objetivos, metas, funciones y recursos de las direcciones nacionales de salud, para la implantación de planes y programas de salud mental, a nivel nacional, de acuerdo a políticas nacionales e internacionales que coadyuven al bienestar y calidad de vida de la población panameña. Esta Comisión está integrada por ocho miembros, que representan a cada una de las siguientes Direcciones Nacionales: Dirección Nacional de Salud Pública, Dirección Nacional de Provisión de Servicios, Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Dirección Nacional de Políticas de Salud, y un representante de cada una de las disciplinas especializadas en salud mental, un psiquiatra, un trabajador social, un psicólogo y la Coordinadora Nacional de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría. Más que un plan normativo, es un plan estra-

tégico que permite aprovechar las oportunidades de desarrollo que vayan surgiendo, con el establecimiento de estructuras capaces de desarrollar proyectos que permitan la obtención de financiamiento para su ejecución.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 El sistema sanitario panameño está fundamentado sobre los principios de equidad, eficiencia, solidaridad, participación, calidad, integralidad, descentralización y bioética.

El MINSA brinda servicios de salud a toda la población panameña, enfatizando las acciones de provisión de servicios en la población que no esta protegida por la Seguridad Social. Corresponde a la CSS atender a la población trabajadora asegurada y a sus dependientes. Sin embargo, ambas entidades se han coordinado para brindar atención a toda la población indistintamente. A través de los convenios existentes entre el MINSA y la CSS, la población tiene la opción de elegir sus servicios, ya sea en la CSS, en carácter de derecho-habiente, o en el MINSA, amparada en convenios de compensación de costos. En tanto que el componente privado lo constituyen las clínicas privadas, hospitales con más de 100 camas y los consultorios médicos privados. Corresponde al MINSA, a través de la concesión y cancelación de permisos, la construcción, instalación y funcionamiento de instituciones particulares de asistencia médica (art. 86 CS).

En Panamá existe una gran cantidad de servicios de salud privados; no obstante, el control lo lleva el sector público regente del Sistema Nacional de Salud (art. 40 CPRP). La prestación privada de servicio de salud se incrementó para el 2005 en un 0,9%, leve crecimiento que se debe, principalmente, al aumento en el número de médicos y odontólogos particulares que incrementa la oferta de estos servicios. Cabe destacar que el 45% de los profesionales de la salud del país se encuentran en la ciudad capital.

Durante el período 1997-1999 se llevó a cabo un proceso de reorganización del sistema de atención sanitaria, con marcada importancia en el desarrollo del nivel primario. Asimismo se privilegió la participación ciudadana en dicho desarrollo.

El MINSA cuenta con 14 regiones sanitarias y distritos de corregimientos sanitarios; la atención de salud se lleva a cabo a través de establecimientos proveedores organizados en redes con distintos grados de complejidad y capacidad de resolución. Existe una red de hospitales públicos con cinco hospitales nacionales, 14 hospitales regionales y 17 hospitales de zona, con una disponibilidad total de 5.936 camas. Un promedio de 7,2 días de permanencia y 67% de ocupación. El sector privado disponía de 989 camas hospitalarias. Entre 1998 y 2000 se llevó a cabo un proyecto piloto para desarrollar un sistema de información gerencial que aporte información sobre producción, rendimiento, recursos y costos en los hospitales del sector públicos.

Para el 2003, las instalaciones sanitarias eran de 753, distribuidas en 63 hospitales, 249 centros de salud y policlínicas, 447 subcentros y puestos de salud⁶. El total de camas en las instalaciones sanitarias del país es de 7.616, que representa el 2,4%

⁶ Incluye las Subpoliclínicas, las Unidades Locales de Atención Primaria de Salud (ULAPS) y los Centros de Atención, Prevención y Protección de la Salud (CAPPs) de la Caja de Seguro Social. Se

por cada mil habitantes, distribuidas en el área urbana 6.885 a razón de 3,6% por cada mil habitantes y el área rural 731, representando el 0,6% por cada mil habitantes. En cuanto al personal sanitario, éste es insuficiente en relación con la población, puesto que en el área urbana están asignados 3.786 médicos, 715 odontólogos y 2.996 enfermeras. En tanto, en el área rural se encuentra asignados 515 médicos, 153 odontólogos y 485 enfermeras.

El gasto público en salud, para el año 2006, es del 6,4% del PIB, lo que implica un incremento en comparación con años anteriores entre 1999 y 2004, que osciló entre el 5,3 y el 5,8%. El total del presupuesto de gastos asignados al MINSA es de 438.212.880 \$\$, de donde 378.297.900 es presupuesto de funcionamiento y 39.914.900 corresponde al presupuesto de inversión.

En lo que respecta a la cooperación financiera externa, ésta representa alrededor del 2% del gasto en salud. Entre los organismos internacionales que aportan cooperación técnica y financiera no reembolsable figuran: OPS/OMS, UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Unión Europea (UE), la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), los Gobiernos de Corea del Sur y Taiwán. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM) otorgaron préstamos blandos y a largo plazo, principalmente destinados a la reforma del sistema, a la adecuación del modelo de atención, a innovaciones en la extensión de la cobertura de servicios, a la construcción de acueductos, la modernización sectorial y la construcción de infraestructura. Asimismo, se ejecutan algunos proyectos en el marco de los convenios de cooperación técnica.

El CS regula lo relativo al personal sanitario, el cual queda administrativamente a cargo de la Dirección de Desarrollo Integral y Recursos Humanos del Ministerio de Salud (arts. 108 a 112). Cabe destacar que el sector panameño de salud se rige con 35 leyes gremiales, en las que se definen los escalafones salariales de las diversas categorías profesionales y técnicos. No obstante, la Ley de Carrera Administrativa es supletoria a todas esas leyes y se aplica a todos esos profesionales y técnicos del sector.

2.2 La participación y control social, aunque no aparecen en forma explícita entre los propósitos fundamentales y objetivos de la reforma sanitaria, sí se incluyen como uno de los principios y valores esenciales en la política pública de salud.

Desde 1999, las principales modalidades de participación social en salud son: a) los Comités de Salud; b) las Juntas Administradoras de Acueductos Rurales, que, en su mayoría, han funcionado con el apoyo del Proyecto de Salud Rural que recibe financiamiento del Banco Mundial; c) los Modelos de Producción y Educación Alimentaria (granjas sostenibles para agricultoras de subsistencia, en 30 distritos de alto riesgo); d) las ONGs que trabajan el tema de salud; e) las Confederaciones de Comités de Salud, impulsadas desde 1998, y f) los Vigilantes de la Salud, Consejos de Familia y Asociaciones de Vecinos organizados por la implementación del nuevo modelo de atención. La participación de los Comités de Salud está orientada a las comunidades en sus derechos de salud para participar en forma organizada en soluciones de sus propios problemas de salud. Actualmente se encuentran funcionan-

incluyen las Clínicas Satélites y los Dispensarios de la Caja de Seguro Social (Fuente: Instalaciones de Salud que funcionan en la República).

do más de mil Comités de Salud con personería jurídica, que representan un rico potencial de recursos en salud.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 La provisión de los servicios de salud a la población es responsabilidad fundamental del MINSA. Las acciones de salud son realizadas por los equipos locales de salud del primer nivel de atención. Las modalidades van desde la atención individual y domiciliaria⁷, hasta la realización de giras médicas integrales a comunidades apartadas.

a) *Seguridad e Higiene laboral.* En el período de 1972-1975 se inició la integración de los servicios de salud, se inauguró el Complejo Hospitalario Metropolitano y se ofreció la protección integral del trabajador y su familia en materia de enfermedad. Se otorgaron los servicios, tanto ambulatorios como sociales para los servicios públicos y se mejoró el régimen de vejez e invalidez, aumentando las pensiones y el cálculo de las prestaciones por conceder. El MINSA ha considerado, dentro de sus políticas de salud, que es necesario fortalecer la salud ocupacional a fin de lograr mayor impacto en la salud de los trabajadores para su bienestar y desarrollo.

El principal objetivo de un programa de salud ocupacional es proveer de seguridad, protección y atención a los empleados en el desempeño de su trabajo, en un ambiente de trabajo de acuerdo con sus condiciones fisiológicas y psicológicas.

El incremento en los accidentes en los laboratorios clínicos hace necesario que todo laboratorio pueda contar con un manual que sirva de guía para minimizar estos riesgos y establecer un protocolo a seguir en caso de accidentes. Actualmente, el MINSA trabaja para lograr una más efectiva aplicación de la ley laboral en materia de salud ocupacional y garantizar que se convierta en una realidad en materia de derechos laborales.

La CSS mantiene desde 1977 un Programa de Salud Ocupacional donde se vigilan las condiciones ambientales de trabajo, bajo criterios técnicos científicos en beneficio de los trabajadores.

b) *Medio ambiente.* En 1999 se publicó el documento «Estrategia Nacional del Ambiente», que considera los componentes ambientales, calidad del aire, ruido, vibraciones, calidad del agua, residuos sólidos, minería, industria y transporte entre otros. La Ley 41 de 1998, General de Ambiente, de la República de Panamá, establece que desde la perspectiva de la salud ambiental, el MINSA coordinará con la Autoridad Nacional del Ambiente las medidas técnicas y administrativas, a fin de que las alteraciones ambientales no afecten en forma directa la salud (art. 56). Mediante el Decreto Ley 306 de 2002, se procuró contar con una regulación en materia de nivel de ruido permisible y las medidas que adoptarán las autoridades para garantizar que no se afecte la salud de la población por exceso del mismo.

c) *Consumo.* El MINSA tiene bajo su competencia un sistema estructurado que

⁷ Se realiza visita domiciliaria por personal de salud entrenado para seguimiento de programas preventivos, como el de inmunizaciones, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores, tuberculosis, salud mental y prevención del cáncer cérvico-uterino.

vigila y trabaja a favor de la inocuidad (seguridad alimentaria) de los alimentos, que fortalece al sistema de vigilancia y salud pública. Esto garantiza el cumplimiento de controles y verificaciones hacia el mercado internacional y no así para el interno. En Panamá funcionan cinco escuelas para manipuladores de alimentos, tres estatales y dos privadas. El Departamento de Protección de Alimentos (DEPA) es el ente encargado de vigilar y regular los procesos de producción, transformación, importación, transporte, almacenaje, distribución, expendio y consumo de alimentos en todo el territorio nacional, desde la finca a la mesa, estableciendo un sistema de vigilancia de la inocuidad. El DEPA es el responsable de la aplicación de una política normativa de alimentos y sus funciones se llevan a cabo en tres niveles jerárquicos, logrando una cobertura a nivel nacional a partir de 12 regiones distribuidas en el país. Se cuenta con 182 centros de salud en todo el territorio nacional, donde existen médicos veterinarios e inspectores locales que tienen como función la vigilancia sanitaria de la inocuidad en el área de la responsabilidad.

3.2 Entre los programas de prevención específica que realiza el MINSA destacan los de las enfermedades inmunoprevenibles, para las cuales, en el año 2000, se alcanzaron las siguientes coberturas: en los menores de un año, vacuna antipoliomielítica 99,6%; DPT (contra la difteria la tos ferina y el tétano), 94,6%; vacuna antisarampión, 91,8%, y BCG (antituberculosa), 100%. En forma análoga se ejecutan una serie de intervenciones con el fin de prevenir y controlar las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, entre ellas las transmitidas por vectores, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, así como el cáncer del cuello del útero (mediante su detección precoz), y también las intoxicaciones agudas por plaguicidas, las drogodependencias y los accidentes de trabajo. Con el documento «Fundamentos de la Política Panameña de Seguridad», del Ministerio de Gobierno y Justicia, se establecieron lineamientos políticos para la prevención y control de la violencia. De acuerdo con ellos se ejecuta el Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.

El Gobierno Nacional, a través del Ministerio de Salud, lanza la vacuna contra la *Influenza*, dirigida a los grupos más vulnerables de la sociedad panameña, en el marco de la Semana Panamericana de la Vacunación que se desarrolla del 22 al 30 de abril de 2006. Esta campaña fue dirigida especialmente a los niños, de siete meses a 23 meses, adultos mayores de 60 años y pacientes con enfermedades crónicas (pulmonares, cardíacas) y de riñón, pacientes con cáncer y enfermedades de la sangre, ya que son los grupos más susceptibles a la *influenza* durante la estación lluviosa. Con esta vacuna, Panamá se coloca como el primer país del mundo en introducir esta vacuna en el Esquema Nacional de Vacunación pública de manera gratuita, que suministrará en todos los Centros de Salud, policlínicas de la Caja de Seguro Social, y puestos fijos en las comunidades y asilos debidamente autorizados.

4. DERECHOS

4.1 a) Disponibilidad. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República (art. 109 CPRP). Para ello se cuenta con el MINSA y la CSS.

b) *Universalidad.* La CPRP establece el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de atención médica y de salud en todo el territorio nacional (art. 109 CPRP). En esta misma línea, corresponde al Estado el desarrollo de actividades de prevención, curación y rehabilitación, así como desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, y garantizar una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia (art. 110 CPRP).

c) *Accesibilidad.* La población derecho-habiente incluye no sólo al individuo que cotiza activamente, sino también a la esposa o compañera, los hijos, madres y padres, y al esposo inválido. La CSS ofrece servicios de atención directa a la población, así como servicios de prestación económica, a través del desarrollo de los programas de invalidez, vejez y muerte. El MINSA oferta servicios de salud a toda la población panameña que no está protegida por la Seguridad Social. Existe en el país el sistema de aseguramiento privado, financiado por el propio individuo o empresa en que labora de acuerdo a los planes ofertados, pero no se dispone de información confiable y oportuna sobre el sector privado.

d) *Continuidad.* El modelo de atención se caracteriza por una oferta de programas de fomento y prevención de riesgos y daños, y servicios dirigidos a la atención de problemas de salud de la población. Los mismos son brindados a través de las instalaciones de salud del MINSA y de la CSS. La población en las cuales se focalizan es la población recién nacida, menores de cinco años de edad, puérperas y mujeres embarazadas. Adicionalmente, el seguro social brinda una atención de manera particular a los adultos mayores o tercera edad y mantiene una modalidad de atención domiciliaria a pacientes crónicos. A partir del año 2003, el MINSA desarrolla una modalidad de entrega de servicios y atención a poblaciones de áreas geográficas de difícil acceso, consistente en un paquete de atención integral de servicios de salud, entregado a través de giras de salud o equipos itinerantes. Los programas de promoción están relacionados prioritariamente con el grupo materno infantil, la promoción de estilos de vida saludables, la identificación de factores de riesgo para la salud y la detección temprana de síntomas de alarma para las enfermedades que afectan al binomio madre-niño.

e) *Extensión.* La relación entre la CSS y MINSA está limitada a la prestación de servicios como un mecanismo de referencia y contrarreferencia. No obstante, la CSS, en la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, ofrece lo que es el subsidio de maternidad, riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

f) *Calidad.* El modelo consiste en ofrecer un servicio integrado de atención a las personas, promoción de la salud y salud ambiental en el primer nivel de atención, lo cual se denomina atención familiar, comunitaria y ambiental. El segundo nivel está basado en el modelo de gestión del Hospital San Miguel Arcángel. El Estado proporcionará asistencia médico-social en hospitales e instituciones de índole curativa a los enfermos, deficientes físicos y desamparados (art. 115 CS).

La capacidad de elección de los usuarios, está determinada por la oferta de servicios, tanto en el área urbana como rural. En el sistema sanitario público de Panamá, se practica y ejerce la capacidad de elección de los usuarios. En el medio urbano, entre distintos proveedores de un mismo tipo de servicio, y en el medio rural depende de la oferta que brinde. El nivel secundario tiene cobertura en todas las regiones sanitarias del país. Para ello se cuenta con una red de hospitales regionales y

a nivel de la CSS de policlínicas. El sector privado incorpora su oferta de acuerdo con sus propios intereses⁸.

4.2 Aunque la CPRP establece que el Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país (art. 111), no existía una política que, expresamente, abordara el tema de los medicamentos. Al respecto, se establecieron estrategias y objetivos en el marco de la política de salud 2000-2004. En Panamá los medicamentos circulan en un mercado liberado de precios. Actualmente, después de un amplio debate entre los sectores económicos, de salud, universidades y sociedad civil, se aprobó la Ley sobre Medicamentos y otros productos para la salud humana, que incluye dentro de su articulado el control de precios.

La Ley sobre Medicamentos regula, en general, la fabricación, importación, adquisición, distribución, comercialización, información y publicidad, el registro sanitario y control de calidad, de medicamentos... (art. 1). Los establecimientos farmacéuticos están obligados a remitir la lista de precios de sus productos y sus actualizaciones a la Comisión de Libre Competencia y Asuntos del Consumidor (art. 98 Ley SM), actualmente denominada Autoridad de Protección al Consumidor y Defensa de la Competencia.

4.3 Con la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, se regulan los derechos y las obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesiones, centros y servicios de salud públicos y privados, en materia de información y de decisión libre e informada.

a) *Derecho a la información.* Los usuarios de los centros y servicios de salud, públicos y privados tienen derecho a recibir información sobre los servicios a que pueden tener acceso, así como a la prestación de éstos sin discriminación alguna y con respeto a su personalidad. No obstante, se respetará la voluntad de una persona de no ser informada (art. 4 LDOPMIDI). En cualquier situación, en el ámbito de los centros y servicios de salud públicos y privados, los pacientes tienen derecho a conocer toda la información obtenida sobre su propia salud. No obstante, es necesario respetar la voluntad explícita de una persona a no ser informada y a que no se transmita la información de su estado de salud o enfermedad a las personas a él vinculadas, por razones familiares o de hecho, ni a terceras personas (art. 5 LDOPMIDI). La información que debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, para ayudarle a tomar decisiones de una manera autónoma y teniendo en cuenta el nivel intelectual, emocional y cultural del mismo.

b) *Derecho a la intimidad y confidencialidad.* La LDOPMIDI establece que a toda persona le asiste el derecho a que se respete la confidencialidad de los datos que hacen referencia a su salud (art. 13). Así mismo, tiene derecho a que nadie pueda acceder a ellos sin su autorización, salvo que lo prevea la legislación vigente. Por otro lado, se establece que los centros sanitarios han de adoptar las medidas oportunas para garantizar los derechos que presenta la Ley, las normas y procedimien-

⁸ Perfil del sistema de servicios de salud de Panamá.

tos protocolizados para garantizar la legitimidad de todo acceso a los datos de los pacientes (art. 14 LDOPMIDI).

c) *Regulación de la historia clínica.* El derecho de acceso del paciente al expediente clínico puede ejercerse también por representación, siempre que esté suficientemente acreditada. El paciente tiene derecho a que los centros y servicios de salud, públicos y privados, establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de los expedientes clínicos. Dicha custodia debe permitir la recolección, recuperación, integración y comunicación de la información, sometido al principio de confidencialidad, en los términos establecidos en la LDOPMIDI.

d) *Derecho al consentimiento.* Para garantizar el derecho a la autonomía del paciente y a su voluntad expresa, los centros y servicios de salud, públicos y privados, informarán por escrito de los derechos que la Ley sobre derechos y obligaciones del paciente reconoce a los ciudadanos desde el momento de su ingreso, mediante la disposición de documentos o formularios que informen con claridad y acrediten, mediante su firma, el conocimiento de sus derechos en cuanto a la utilización de los servicios médicos, además del consentimiento específico en las intervenciones quirúrgicas (art. 15 LDOPMIDI). De igual forma, dispone la norma, cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada, tras haber sido previamente informada, haya dado su consentimiento específico y libre por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasores y, en general, cuando se realizan procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente. Pero el consentimiento puede ser revocado libremente en cualquier momento.

Respecto al derecho de los pacientes en fase terminal, señala la Ley, toda persona que padezca una enfermedad irreversible, incurable y se encuentre en fase terminal, o haya sufrido un accidente que la coloque en igual situación y esté informada de forma clara y confiable de su diagnóstico, su pronóstico y de las alternativas de los tratamientos clínicos y/o quirúrgicos posibles, podrá oponerse cuando sean extraordinarios o desproporcionados a las perspectivas de mejoría y produzcan dolor y/o sufrimiento (arts. 22 a 32 LDOPMIDI).

5. GARANTÍAS

5.1 a) *Delitos de lesiones.* El Código Penal (CP) hace referencia a las lesiones personales que señalan el daño que se realiza de manera corporal o psíquica (arts. 135 a 140).

b) *Delitos contra la salud pública.* Dentro de estos delitos están los de envenenamiento, contaminación de las aguas potables destinadas al uso público, alteración de las sustancias alimenticias o medicinales, el suministro de especie, calidad o cantidad diferente a la prescrita por el médico y la propagación de enfermedad peligrosa o contagiosa, aumentándose la pena si el delito se comete por persona enferma o portadora de alguna infección de transmisión sexual de la inmunodeficiencia humana. De igual forma, incurre en delito el que exponga a una persona al peligro de contagio venéreo, el médico que omita denunciar a la autoridad pertinente algún caso de enfermedad cuya notificación es obligatoria, y el que introduzca droga al territorio nacional, entre otras (arts. 246 a 264 CP).

Respecto al derecho administrativo sancionador, la autoridad sanitaria, que por ley o reglamento esté encargada de hacer cumplir las disposiciones contravenidas o de controlar la situación perjudicial a la salud pública que origina la acción repressiva, tendrá que aplicar las sanciones y multas, ya sean del CS, contempladas en los artículos 218 a 230, o de las normativas como la Ley de protección laboral para las personas con enfermedades crónicas, involuntarias y/o degenerativas que produzcan discapacidad laboral,

5.2 La Defensoría del Asegurado inició operaciones en noviembre de 1999, por iniciativa de la Dirección General de la CSS, como alternativa de solución a la insatisfacción pública de los asegurados que sienten y manifiestan no recibir respuesta por parte de los servicios públicos de la primera institución de seguridad social panameña. Esta Defensoría tiene cobertura nacional, y está integrada por un director, un coordinador administrativo, un jefe en cada unidad, oficinista, analista de quejas, abogados, promotores de seguridad social y otros profesionales, de acuerdo a las necesidades y exigencias de la Defensoría.

La Defensoría es una unidad con independencia de actuación, adscrita a la Secretaría General, revestida con facultades para solicitar información e investigar a todos los niveles de la institución, cualquier situación que haya afectado, afecte o pueda afectar a los asegurados y sus beneficiarios.

Está facultada para orientar a los asegurados en cuanto a sus derechos y a la promoción de las acciones de defensa cuando el caso lo amerite.

5.3 Es evidente que la responsabilidad extracontractual del Estado es una responsabilidad directa, no subsidiaria, y se ubica en la negligencia de la entidad pública debido a culpa *in vigilando*, como sostiene en forma pacífica la doctrina civil, y tiene su fundamento legal específico en el artículo 1645 del Código Civil, en donde se señala que lo normado en el artículo 1644 le es exigible no sólo por los actos u omisiones propios, sino por los de aquellas personas de quienes se debe responder. El Estado, las instituciones descentralizadas del Estado y el municipio son responsables, cuando el daño es causado por conducto del funcionario a quien propiamente corresponda la gestión practicada dentro del ejercicio de sus funciones.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Panamá cuenta con un Programa de Salud en Planificación Familiar, a nivel comunitario, que orienta sobre métodos de planificación, promoción de la lactancia materna exclusiva (método MELA), en las puérperas. También se encarga de la distribución de preservativos y orienta sobre su uso y utilidad para la prevención de embarazos y de las ITS-VIH/SIDA. A su vez, distribuye anticonceptivos orales de microdosis y deberá saber identificar factores de riesgo que los contraindiquen. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo antes mencionados, el proveedor comunitario deberá remitir a la usuaria a la consulta de Planificación Familiar en el Centro de Salud. Descartados los factores de riesgo, dará la orientación e iniciará el método.

Frente a los Derechos Sexuales y Reproductivos, el aborto se encuentra sancionado en Panamá por el CP, que establece pena de uno a tres años a la mujer que lo

provoque o consienta que se lo provoquen. El que lo provoque con consentimiento de ella será penado con tres a seis años de prisión, y el que provoque el aborto de una mujer sin su consentimiento será sancionado con prisión de cuatro a ocho años. Sólo se permite el aborto si la concepción es producto de violación carnal debidamente acreditada en instrucción sumarial o por graves causas de salud que pongan en riesgo su vida. La venta de la píldora del día después, como anticonceptivo de emergencia, no se ha legalizado todavía en Panamá.

La CPRP desarrolla el tema de la maternidad (cap. 2) y existen normas que regulan la materia como el Decreto Ley 14/1954 de la CSS. El personal de salud brindará atención integral a la mujer, durante el proceso reproductivo, en lo referente al embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, con la finalidad de controlar los factores de riesgo, condicionantes de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, y contribuir a su reducción. El fuero de maternidad es un privilegio especial, otorgado por la CPRP y las leyes, a las mujeres que se encuentren en estado de gestación. A la mujer en estado grávido se le brindan garantías tales como: prohibición de despido, licencia remunerada antes y después del parto, conservación del empleo y, asimismo, todos los derechos inherentes al contrato de trabajo (art. 68).

Para el año 1995, la tasa de mortalidad materna a nivel nacional fue de cinco por diez mil nacidos vivos. La situación de mortalidad materna se caracteriza, en el periodo 1970 a 2003, por un descenso, siendo el de 1,4 muertes por mil nacidos vivos a cifras de 0,7, que reflejan una diferencia porcentual del 50%. Durante el período 1980 a 2003, mantuvo un rango entre 0,5 y 0,7 por cien mil nacidos vivos, es decir estable. En la comarca Kuna Yala (área indígena) fue máxima, llegando a 4,9 por diez mil. Las provincias de Bocas del Toro, Chiriquí, Darién y Veraguas, y las comarcas Kuna Yala y Ngobé Buglé, mantienen las más altas tasas de mortalidad materna durante los años 1990, 2000 y 2003.

Un segundo margen de incidencia lo representan las enfermedades cancerígenas, como los tumores malignos, el cáncer de cuello uterino y el cáncer de mama. En 1993 se registraron 3.128 tumores malignos (42,9% en hombres y 57,1% en mujeres), con una tasa del 123 por cien mil habitantes. El grupo más afectado fue el de mayores de 70 años, con 34,5 % del total de casos. En las mujeres, el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar, con una tasa del 72 por cien mil mujeres mayores de 15 años y le sigue el cáncer de mama con una tasa del 27,2 por cien mil mujeres mayores de 15 años.

El derecho de las mujeres a la salud no ha sido desarrollado en Panamá a través de una legislación específica. Las regulaciones en materia de salud están dadas a través de normas técnico-administrativas y de procedimientos del Programa de Salud Integral que ejecutan el MINSA y la CSS. De manera general, la CPRP, en su capítulo VI, contempla la obligación del Estado en lo que a la protección de la madre se refiere, garantizándole, como tal, la atención y el proceso de gestación y lactancia.

6.2 Mediante la Ley 5 de 6 de noviembre de 1990, Panamá ratifica la Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, recibiendo el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Asimismo, la legislación panameña promulgó la Ley 51 de 27 de diciembre de 2005, Ley Orgánica de la CSS que establece que a la menor embarazada se le brindará, en el curso del embarazo, en el parto y en el puerperio, la atención prenatal y obstetricia, según el nivel de atención y complejidad que re-

quiera su estado, además de recibir los servicios de atención psicológica y social necesarios.

La tasa de mortalidad infantil ha mantenido una disminución sostenida en los últimos 20 años, hasta situarse en 14,9 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos, en el 2004. En 1960 se registraron cerca de 2.450 defunciones, lo que se traducía en una tasa promedio de 58 por mil nacimientos. Casi 45 años después, el registro baja a menos de mil muertes anuales. A nivel nacional, esta tasa presenta un subregistro del 34%, el cual aumenta a 78,5% en las comarcas. De las defunciones registradas, el 56% corresponde a muertes neonatales (menores de 28 días) y el 44% restante a post-neonatales (28 días a 11 meses). Sólo en Bocas del Toro y Kuna Yala, la mortalidad post-neonatal es superior a la neonatal. La tendencia de este indicador por provincia muestra valores inferiores al promedio nacional, pero su cobertura oscila entre el 55 al 65%. Tales son los casos de Coclé, Colón, Darién, Herrera y Veraguas.

Las principales causas de muerte, según la lista abreviada de 80 grupos recomendada por la OPS/OMS, están relacionadas con la mortalidad durante el primer mes de vida, ocupando la primera posición ciertas afecciones originadas en el período perinatal, seguida de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Entre las afecciones se presentan la *sepsis* bacteriana del recién nacido, hipoxia intrauterina y asfixia del nacimiento, trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal. En las malformaciones están las congénitas del sistema circulatorio y las del sistema nervioso. También se cuentan, entre las cinco principales: la neumonía, la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, y los accidentes, agresiones y otra violencia. Entre los accidentes más frecuentes están la asfixia con los alimentos (básicamente con la leche), la asfixia por sofocación con el cuerpo de la madre o el padre y las agresiones u homicidio. La aparición de este grupo de causas como una de las principales en el 2003 y 2004, se debe al descenso en el número de muertes por desnutrición que se viene manifestando entre 1996 y 2004.

En cuanto a las campañas de vacunas para niños, se cuenta con 154.000 niños entre siete y 23 meses de nacidos vacunados gratuitamente de *influenza* pediátrica a fin de contrarrestar el contagio de esta enfermedad que se transmite por virus a través del aire o por objetos que una persona enferma transmite a otra. Con la incorporación de esta dosis a su esquema de vacunación, cuyo costo alcanza 1,2 millones de balboas (800 mil balboas en adultos y 465 mil balboas en niños), Panamá se mantiene a la vanguardia de los países de la región en esta materia. El MINSA ha incorporado nuevas vacunas a su esquema como el rotavirus, *influenza* pediátrica y de adultos, la polio intravenosa para los niños portadores del virus VIH y hepatitis A, y la de *neumococo* para población VIH, vacunas que próximamente llegarán al país. Estas nuevas vacunas incrementan el presupuesto de vacunación de dos millones de balboas a unos cinco millones por año.

6.3 El MINSA reconoce que el sistema de salud está basado en un modelo no indígena de atención, lo que genera baja aceptación. Existe escasa promoción de personal indígena en los servicios de salud y poca orientación específica para el personal que labora con esta población. Es importante señalar que no ha existido una política del Estado panameño en la promoción y conservación de los conocimientos de los pueblos indígenas en materia de salud. Según el MINSA, el acceso a la salud de los indígenas es insuficiente. El personal de salud idóneo es escaso: el pro-

medio indígena es de 2,1 médicos por 10 mil habitantes, frente al nacional, que es de 8,9. La red de atención de servicios médicos existentes en las comarcas tiene dificultades para mantener la infraestructura de servicios, y no posee condiciones para dar la atención debida en cuanto a consultas y hospitalizaciones, pues escasean insumos, tecnología y equipos⁹.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Actualmente, Panamá cuenta con la Secretaría Nacional para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, que ha desarrollado el estudio «Prevalencia y Caracterización de la Discapacidad en Panamá», lo que permite tener algunas cifras y conocer la situación real de la población con discapacidad en el país. A continuación mencionaremos algunas situaciones en el sector salud, trabajo, educación, deportes, accesibilidad, Derechos Humanos y movimiento asociativo.

El sector salud presenta carencias en la recolección de información estadística relacionada con la discapacidad. Los datos se refieren muchas veces a citas provenientes de los servicios de rehabilitación. Los departamentos nacionales de estadísticas de salud no consolidan ni sistematizan estos datos, debido a la falta de un sistema de clasificación y registro adecuado en el tema, lo que dificulta contar con información estadística nacional de la incidencia y prevalencia de la discapacidad. Para subsanar la situación se instala la Oficina Nacional de Salud Integral para la Población con Discapacidad, creada mediante Decreto Ejecutivo 7, de 24 de febrero de 2005; aún así se encuentra todavía recabando información.

En cuanto a las acciones de capacitación laboral de la población con discapacidad, el Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral y el Ministerio de Desarrollo Social han alcanzado un acuerdo con el Instituto Nacional de Formación Profesional con miras a garantizar la formación profesional de los jóvenes con discapacidad. La finalidad de este acuerdo es cumplir con la norma legal que establece la obligación de contratar un mínimo del 2% de personal con discapacidad debidamente calificado.

El Instituto Panameño de Habilitación Especial (IPHE), desde su fundación en 1951, ha sido la institución responsable de brindar educación a los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, de manera segregada y con un enfoque médico-rehabilitatorio. En septiembre de 2004 se diseña una estrategia sobre educación inclusiva en atención a la diversidad, puesta en marcha en enero de 2005, a través de 65 escuelas pilotos en todo el país.

El IPHE promovió los juegos especiales en cada una de las regiones escolares donde tenía presencia y continuó realizando esta actividad hasta el año 1984 cuando el programa de Olimpiadas Especiales en Panamá, coordinado por el Programa Mundial de Olimpiadas Especiales, asumió esa responsabilidad. En 1985 se crea la Asociación Panameña de Deporte sobre sillas de ruedas, en 1987 se organiza la Asociación de Deporte para Ciegos, y en el año 2000 la Asociación de Deporte, Cultura y Recreación para Personas con Discapacidad. En junio de 2005 se instala el comité paraolímpico organizado por el Instituto Nacional de Deporte, que ha participado en el deporte adaptado competitivo, tanto en el ámbito nacional como internacional.

En el área de información, Panamá cuenta con una Asociación para la Promoción de Intérprete de señas, quienes junto con la Asociación Nacional de Sordos han iniciado avances en la capacitación de intérpretes idóneos. De igual forma, se cuenta con el área de lenguajes aumentativos para mejorar el acceso a la información de las personas con discapacidades cognitivas y lingüísticas.

En materia de Derechos Humanos se han realizado acciones con miras a lograr el respeto pleno de los derechos de las personas con discapacidad y sus familias. Se ha logrado que la Comisión de Justicia y Paz, a instancias de las Organizaciones de Estados Americanos, convocara a las diversas organizaciones de la sociedad civil para una relatoría en el tema de la violación de los Derechos Humanos; la Asamblea Nacional aprobó la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Se presentaron tres demandas por la falta de validación de los derechos de las personas con discapacidad, entre otros.

La trayectoria del movimiento asociativo de personas con discapacidad se ha dado desde el año 1962, cuando inicia con la fundación de la Unión Nacional de Ciegos, contando a la fecha con 15 organizaciones de la sociedad civil.

7.2. Los indicadores de salud del país reflejan un mejoramiento en la calidad de vida de la población general, pero un análisis más detallado por área de residencia, origen étnico y género, nos revela que aún persisten problemas relacionados con la equidad en salud que se hacen más evidentes en la vejez.

A nivel nacional también se experimenta un incremento de la esperanza de vida de la población de 60 años y más. En el quinquenio 1970-75 era de 17,5 años en los hombres y 18,9 años en las mujeres, elevándose en el quinquenio 1995-2000 a 19,2 años y 22 años para hombres y mujeres respectivamente. Se observa que las diferencias de género suelen ser de dos o tres años a favor de la mujer, con mayor énfasis después de los 75 años de edad. Para el quinquenio 2000-2005, en el ámbito nacional, se estima que este indicador será de 22,9 años a nivel nacional, con una distribución por sexo de 21,4 años para los hombres y de 24,5 años para las mujeres.

La morbilidad de la población envejecida presenta una mayor complejidad respecto a la de otros grupos etáreos, principalmente porque el estado de salud de dicha población es reflejo de todo un período de vida, de una mayor fragilidad y susceptibilidad ante el medio ambiente, de la combinación de enfermedades no transmisibles, hipertensión, diabetes, así como de enfermedades transmisibles, diarreas, infecciones respiratorias agudas, de accidentes, y del aumento de la población con problemas de incapacidad o invalidez, por la aparición de secuelas que generan discapacidad.

La República de Panamá adoptó el Código de la Familia (CF) a mediados de la década pasada; éste constituye un avance importante que refleja la preocupación del Estado, de la sociedad civil y de las comunidades de velar por la familia como unidad básica de la sociedad, y, dentro de ella, por sus miembros de edad avanzada. El artículo 569 del CF establece que el Estado Panameño, por disposición constitucional, debe desarrollar políticas sociales en favor de la familia en particular, a la que asegurará su continuidad como grupo humano de la sociedad. Lo que complementa en el artículo 571, que señala que la participación del Estado en la organización familiar supone un orden de prioridades para la promoción de la familia en la sociedad y que, en defecto o carencia del apoyo familiar, deberán actuar en subsidio las instituciones comunales, sociales y del Estado para apoyar y fortalecer la actividad familiar.

De esto se deduce que uno de los objetos de intervención del Estado es la familia y, dentro de ella, lo más vulnerable (niños, jóvenes, personas con discapacidad, personas mayores, mujeres, entre otros). A su vez, queda claramente establecido que cuando exista deterioro o insuficiencia de apoyo familiar, la autoridad podrá intervenir para asegurar el bienestar de los más vulnerables.

En el caso de las personas mayores, una lectura analítica del CF permite identificar distintos instrumentos para protegerlos en caso de disfunciones familiares o en el caso inverso, fortalecer la institución familiar cuando la dificultad se origine a partir de la presencia de personas mayores en su seno. Entre estos instrumentos podemos identificar la colocación familiar (arts. 364 a 371), la atención de la problemática socioeconómica (arts. 607 a 625), la educación (arts. 673 a 676), los centros de asistencia, la habilitación y la rehabilitación para ancianos (arts. 721 a 726).

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Panamá tiene una población aproximada de 3.228.186 habitantes y, hasta diciembre de 2005, reporta un total acumulado de 7.485 casos de SIDA en todo el país, con una prevalencia, a nivel nacional, del 0,92%, con tendencia al ascenso y concentrada en las grandes áreas urbanas y en grupos poblacionales específicos de trabajadoras y trabajadores del sexo, homosexuales y hombres que tienen sexo con otros hombres. A diciembre de 2005, se destacan con las más altas prevalencias el área metropolitana con 42,6 casos por cien mil habitantes, la provincia de Colón con 36,7 por cien mil habitantes, el Distrito de San Miguelito con 31,6 por cien mil, el área de Panamá Este con 16,9 por cien mil y Kuna Yala con 13,6. De los casos reportados, a diciembre de 2005, el 67,4% corresponde a transmisión sexual, el 1,9% a transfusión sanguínea, un 3,6% a transmisión perinatal y en un 27,1% se desconoce el modo de transmisión.

En relación con la edad, las mayores frecuencias de casos se registran entre los 25 y 29 años, con un 13,2%, de los 30 a 34 con un 19%, de 35 a 39 con un 16,4% y entre 40 y 44 con un 13,3%. La relación hombre/mujer es de tres a uno. El porcentaje de letalidad por SIDA indica, de forma acumulada, un 72,4%, considerando que se ha registrado un descenso en el mismo debido al aumento en la cobertura de terapia antirretroviral, que desde 1999 es provista en la CSS y desde 2002 por el MINSA. Entre los años 2002 y 2004, la tasa de defunciones por SIDA disminuyó de 16,57 a 12,92 por cien mil habitantes.

Desde mayo de 2005 y 2006 se realizan los cálculos de proyecciones de nuevas infecciones usando como herramienta la hoja de cálculo desarrollada por Imperial College, en cooperación con ONUSIDA, Futures Group, East West Center. En Panamá, las muertes de SIDA ocupan la séptima posición, según las principales causas de muerte en el país, según datos de defunciones de la Contraloría General de la República. Esta situación encuentra diferenciales por edad. Para los grupos de 15 a 24, 25 a 34 y 35 a 44 representa la segunda causa de muerte en el país en el 2004.

En el contexto de la prevención de la transmisión materno-infantil, el país registra incrementos en las coberturas de realización de pruebas de detección para embarazadas. Las regiones que presentan mayores coberturas de realización de pruebas a embarazadas en control prenatal son: Herrera 68,8%; área metropolitana 63%,

Kuna Yala 60% y Los Santos 58,3%. La seropositividad nacional, del 2003 al 2005, fue de 0,9, 0,5 y 0,7% respectivamente. Las regiones de Kuna Yala 1,5%, Colón 1,4% y San Miguelito 1,1% presentan seropositividad superior al 1%, lo que pudiera indicar que estamos ante una epidemia generalizada en esas regiones.

El país ha triplicado sus esfuerzos financieros para imprimir fuerza a la prevención perinatal. En el año 2001, se destinaron B/.51,222.00 para prevención en este rubro, mientras que para el año 2003, los fondos ascendieron a B/.191,384.00.

Con base a la población del 2000, se calcula que en el país existen entre 5.445 y 7.000 mujeres trabajadoras del sexo, mientras que para el grupo de HSH, esta cantidad oscila entre 29.760 y 44.641. El Estudio de Vigilancia de Comportamiento 2001-2002, revela una prevalencia en VIH para trabajadoras sexuales del 2% y para HSH del 10,6%.

Entre la población privada de libertad, los estudios revelan prevalencias del cinco al 13%. La vigilancia en esta población radica en que los privados de libertad se infectan antes de su inclusión en los centros penitenciarios y que los seropositivos pertenecen a grupos con altos índices de infección. En esta población la prueba sólo se aplica en casos sintomáticos. La utilización del condón dentro de los centros penitenciarios es nula, debido a que está considerado dentro de los objetos que pueden ser causantes de violencia dentro del penal.

El 5 de enero de 2000 se publicó la Ley 3, General sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA convirtiéndose en la tercera Ley sancionada por el nuevo Gobierno con la característica excepcional de declarar las ITS/VIH/SIDA como «Problema de Estado y de Interés Nacional». La Comisión Nacional de Formularios de Medicamentos del MINSA incluirá, en la lista oficial, los medicamentos específicos y actuales para tratar las ITS/VIH/SIDA, de acuerdo a las normas nacionales, para garantizar el derecho de toda PVVS a recibir oportunamente los medicamentos prescritos por el médico, que reúnan los requisitos actuales de diagnóstico establecidos en el protocolo de las normas técnicas administrativas del Ministerio de Salud para la atención de las enfermedades transmitidas sexualmente y el VIH/SIDA.

En el análisis de la respuesta de país, Panamá ha realizado ingentes esfuerzos para contrarrestar el avance de la epidemia a través del sector salud (MINSA y CSS), en estrecha coordinación con la empresa privada, el sector empresarial, los organismos no gubernamentales, los organismos internacionales y las personas que viven con el VIH/SIDA. Es así como, bajo el concurso de todos los actores clave, se elabora el Plan Estratégico Multisectorial de ITS/VIH/SIDA para el período 2003-2007, como resultado de un proceso altamente participativo. Para dar seguimiento al tratamiento de las PVVS, los pacientes serán atendidos, en el nivel primario, por un médico capacitado en el manejo de la atención integral, que tendrá a su disposición, para cada caso, los medicamentos establecidos por el Programa Nacional contra las ITS/VIH/SIDA.

A través de dicho plan se han identificado cuatro objetivos estratégicos que orientan la lucha contra el SIDA en Panamá: 1) Reducción de la incidencia de las ITS/VIH/SIDA; 2) Mejoramiento de la atención integral y la calidad de vida de las PVVS; 3) Generación de una mayor capacidad de respuesta nacional, y 4) Incremento de las actividades de defensa de los Derechos Humanos de las PVVS.

En este sentido, el Gobierno nacional se ha comprometido a intensificar los esfuerzos para el cumplimiento de los compromisos internacionales en materia de prevención, tratamiento y atención, garantizando el acceso universal para todos los

que lo necesitan para el 2010. Uno de los pilares para la respuesta nacional, sin duda alguna, es el cumplimiento de los principios fundamentales de los «Tres Unos», que en resumen identifican: Un marco de acción sobre el VIH/SIDA o plan estratégico, Una autoridad nacional de coordinación del SIDA con un mandato multi-sectorial amplio, y Un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país.

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.minsa.gob.pa/situacion>
<http://www.cajadesegurosocial.gob.pa>
<http://www.contraloria.gob.pa>
<http://www.mides.gob.pa>
<http://www.meduca.gob.pa>

13. PARAGUAY*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Trasplantes. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Nacional (CN), en relación al derecho a la salud, establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, y, según la misma, nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, de socorro en los casos de catástrofe y de accidentes. También, toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley dentro del respeto a la dignidad humana.

Así mismo, prescribe la implantación de un Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones sanitarias para mejorar la coordinación, complementación e integración de los servicios de salud.

El ordenamiento jurídico vigente, vinculado con los derechos de la infancia, se encuentra integrado por la misma Constitución Nacional, convenios internacionales ratificados por ley e integrados al Derecho positivo, códigos, leyes y decretos.

La Ley 1680/2001 constituye el más importante avance en materia de legislación referida a la infancia, dado que es el cuerpo jurídico que en su totalidad establece y regula los derechos, garantías y deberes del niño y del adolescente.

* **Abreviaturas:** ARV = Antiretrovirales; CN = Constitución Nacional; CS = Código Sanitario; CP = Código Penal; MSPyBS = Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; CNS = Consejo Nacional de Salud; INAT = Instituto Nacional de Ablación y Trasplante; INPRO = Instituto Nacional de Protección a las Personas Excepcionales; ITS/ETS = Enfermedades de Transmisión Sexual; OMS/OPS = Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud; PIB = Producto Interno Bruto; PRONASIDA = Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS; UNICEF = Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; PVVS = Personas viviendo con SIDA; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

1.2 El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en virtud del Decreto 21376, asume el rol rector de los programas y actividades del sector para orientar y normar las acciones públicas y privadas que tienen impacto en la salud individual y colectiva.

Compete al Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud Pública y Bienestar Social (SPyBS), la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional. La Ley 1032 prevé la creación del Fondo Nacional de Salud, que tendrá la función de control y supervisión del financiamiento del sector. Las funciones de regulación sectorial y de autoridad sanitaria son compartidas por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y el Consejo Nacional de Salud (CNS) a través de la Dirección de Vigilancia Sanitaria de la Superintendencia de Salud, respectivamente.

El Servicio Nacional de Saneamiento Ambiental (SENASA), organismo Técnico del MSPyBS ejerce el control sanitario de puertos, aeropuertos y terminales terrestres, el cual tiene un representante en las zonas fronterizas que trabaja directamente con las Regiones Sanitarias involucradas, también realiza actividades con el propósito de dar respuestas favorables a la falta de agua potable, saneamiento básico y protección ambiental.

Existen varias instituciones de apoyo técnico: el Centro Multidisciplinario de Investigación Tecnológica que, por encargo del MSPyBS, realiza los análisis de control de calidad de los medicamentos; el Laboratorio Central, que autoriza y registra la habilitación para todos los laboratorios de análisis clínico (no realiza acreditación ni evaluación continuada), y el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición, que es el organismo responsable del control y protección de alimentos. La Ley 1032 atribuye a la Dirección Médica Nacional funciones y encarga a la Superintendencia de Salud la regulación de las instituciones de aseguramiento y prestadoras de servicios privados.

Entre las organizaciones civiles más destacadas en materia de salud, se pueden mencionar la OPS/OMS y el Centro de Ayuda Mutua Salud para Todos (CAMSAT), que se creó hace 12 años en Paraguay. Su principal objetivo es promover la organización y corresponsabilidad de los pobladores del Barrio periféricos, San Miguel y San Felipe del Bañado de Tacumbú; concienciar sobre la paternidad y maternidad responsable y el respeto hacia los niños, y motivar el diálogo familiar. Sus programas incluyen: salud reproductiva, nutrición y vacunación, prevención del abuso sexual y escuela para padres y madres.

1.3 Los conceptos básicos de la Política de Salud del Gobierno se sustentan en el diagnóstico de la situación sanitaria, en el que se han definido diez acciones prioritarias: asistencia sanitaria básica a poblaciones de escasos recursos; organización y funcionamiento de los Servicios de Salud en consonancia con la demanda de atención según niveles de complejidad; asignación y distribución racional y equitativa de los recursos en salud, en base a la descentralización y participación interinstitucional; formación y capacitación de recursos humanos para la salud; acceso de la población a los medicamentos esenciales; desarrollo de la infraestructura sanitaria y dotación de recursos tecnológicos apropiados según prioridades de los niveles de atención; saneamiento básico y provisión de agua potable; participación social y comunitaria en salud; coordinación intra e intersectorial de las instituciones públicas y privadas; puesta en marcha del Sistema Nacional de Salud en consonancia con los principios solidarios de la seguridad social, y la implantación progresiva del Seguro Médico Nacional.

2. SISTEMA SANITARIO

El Sistema Nacional de Salud está basado en la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado, y adopta como eje de acción la estrategia de participación social, concertación y descentralización sanitaria. Con ello se han logrado importantes avances en el desarrollo de los programas de promoción de la salud humana y ambiental, y la prevención de enfermedades.

La capacidad física instalada de los subsectores público y privado está constituida por no menos de 865 establecimientos. Así mismo, se cuenta con 7.028 camas hospitalarias, distribuidas en las diferentes dependencias sanitarias, lo que representa un 1,21 camas por mil habitantes. El 45% de las camas del MSPyBS corresponden al nivel I de complejidad de atención, y el 52% de las camas privadas corresponden al nivel II. En el nivel III de atención, ambos sectores tienen el 30% de sus camas. El MSPyBS no cuenta con información sistematizada respecto a la capacidad instalada de equipamiento médico y de radiodiagnóstico en todo el país. Algunos estudios realizados por la cooperación internacional permiten tener una idea sobre la calidad de la infraestructura y equipamiento y su nivel de deterioro. La Superintendencia de Salud cuenta con información completa de los servicios privados que van registrándose, pero no encuentra sistematizada la información y ello dificulta su cuantificación.

Los establecimientos de salud del MSPyBS tienen bajos niveles resolutivos si se considera: a) la infraestructura y equipamientos deteriorados y con poco mantenimiento, b) la deficiente red de medios de comunicación, de sistemas de radio, telefonía y transporte, c) el deficiente nivel de dotación y de capacitación de los recursos humanos en la mayoría de las áreas de servicio, d) que los hospitales del segundo nivel sólo cuentan con el 57,9% del equipamiento mínimo requerido y de éstos el 52,8% están fuera de servicio, e) que los hospitales de primer nivel sólo cuentan con el 35,5% del equipamiento mínimo requerido y de éstos el 45% necesitan reparación y mantenimiento, y f) la deficiente planificación de recursos y gestión hospitalaria.

El MSPyBS, como unidad rectora, establece las políticas de salud y habilita los programas de salud de acuerdo a la necesidad real de salud que presenta la población. Los programas tienen cobertura nacional y participan activamente todos los servicios de salud, tanto públicos como privados. Existen deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de la información disponible, lo que dificulta su uso efectivo para la toma de decisiones. La Dirección General de Recursos Humanos del MSPyBS cumple funciones de administración de personal, y no es responsable por la formulación de la política de recursos humanos, la cual está a cargo del Instituto Nacional de Salud. Tanto el Instituto como la Universidad Nacional, la Universidad Católica y algunas universidades privadas contribuyen a la formación técnica de los recursos humanos. El Instituto se ocupa de la aprobación y supervisión técnica de los cursos. La Superintendencia se encarga de la acreditación de establecimientos de salud; una de sus funciones es la evaluación de las tecnologías en salud y otra es la de evaluar la capacidad institucional para responder a las demandas de salud con garantía para la población.

En cuanto a la colaboración internacional en el campo de la salud, actualmente existen una serie de agencias y organizaciones participando, tales como: la Agencia de Estados Unidos para la cooperación internacional (USAID), en planes pilo-

tos de funcionamiento de Consejos Distritales de Salud; UNICEF, en salud materno-perinatal, supervivencia y desarrollo infantil y menores en circunstancias difíciles; el KfW, con un préstamo que ha sido totalmente ejecutado en infraestructura y equipamiento en el sur del país; el BIRF, con el Proyecto de Salud Materna y Desarrollo Integral del Niño, y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con el proyecto de reforma a la atención primaria de salud.

El gasto público en salud constituyó el 2,8% del PIB en los años 2002 y 2003, y el 3,4% en el año 2004. El gasto del MSPyBS en el año 2002 representó un 51,3% del gasto total del sector público; en el año 2003 fue del 48,8%, y para el 2004 llegó a representar el 47,4%. En promedio, el gasto del MSPyBS durante el período 2002-2004 fue del 49,2% del total del gasto en salud del sector público.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 La tarea de protección ambiental se realiza con un control permanente de los posibles focos contaminantes. En ese sentido, se lleva a cabo la inspección de industrias, plantas de tratamiento de afluentes, empresas fumigadoras, embarcaciones, fiscalización de residuos hospitalarios en centros asistenciales y en piscinas de uso público y privado.

En lo que se refiere a la disponibilidad de agua potable para el consumo, es una necesidad básica indiscutible. Una fuente apropiada de abastecimiento no garantiza la calidad del agua, ya que está asociada con el traslado hasta el hogar o la forma de almacenamiento del mismo. Según el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, el 34,8% de los hogares del país tienen necesidades en infraestructura sanitaria. En áreas urbanas el 43,04% presentan esta carencia.

El SENASA ha tomado algunas medidas para el mejoramiento del abastecimiento de agua y saneamiento básico, entre las que se cuenta el Programa «Tercer Proyecto Rural de Agua y Saneamiento»-BIRF III, realizado con una contrapartida paraguaya de 13 millones \$\$. El mismo dotará de agua potable y saneamiento a 250.000 habitantes de la población rural, mediante la construcción de 170 sistemas de agua.

3.2 El Ministerio podrá declarar obligatorio el uso de métodos o productos preventivos, sobre todo cuando se trate de evitar la extensión epidémica de una enfermedad transmisible. También determinará las enfermedades transmisibles sujetas a notificación obligatoria, así como las formas y condiciones de su comunicación, a las que deben ajustarse los establecimientos de salud. Las personas que padecen de enfermedades transmisibles y los portadores y contactos de ellas, podrán ser sometidos a aislamiento, observación o vigilancia personal por el tiempo y en la forma que determine el MSPyBS, el que podrá ordenar todas las medidas sanitarias necesarias que tiendan a la protección de la salud pública.

4. DERECHOS

4.1 Según datos del MSPyBS, el 73% de la población tiene cobertura asistencial efectiva, el 58% está cubierta por el sector público, el 8% por la Sanidad Militar y

Policial, el 32% por el MSPyBS, el 17% por el Instituto de Previsión Social, el 1% por otros servicios, y el 15% por servicios privados.

Como en las circunstancias actuales es difícil proveer de todos los servicios médicos a toda la población, se piensa en un paquete de servicios básicos de salud, que, en términos generales, implicaría: educación grupal sobre uso de servicios de salud, atención en urgencias, vacunaciones para el niño y el adolescente, vigilancia y control del crecimiento, control de embarazo, parto, consulta puerperal, consulta de planificación familiar, diagnóstico precoz del cáncer ginecológico, servicio orientado para el adulto y el anciano, servicio dirigido a la comunidad y el medio ambiente.

4.2 A nivel nacional, existe una selección adecuada de medicamentos esenciales. El presupuesto para la adquisición de medicamentos esenciales es suficiente para los programas prioritarios; no se contemplan los costos de medicamentos no esenciales.

Se han implementado en el país las farmacias sociales con provisión de un fondo inicial del MSPyBS, con el cual se facilita la accesibilidad a los medicamentos esenciales a un costo mínimo. La política de precios de los medicamentos está establecida por el Decreto 20996/1998, el cual establece el control total sobre los mismos. Según la Dirección de Vigilancia Sanitaria del MSPyBS, los cinco productos de mayor venta en el mercado son: la Novalgina, Lotrial, Celexin, Trifamox IBL y Dolgenal.

Los establecimientos del MSPyBS cuentan con farmacias para los pacientes con un subsidio que en algunos casos llega hasta el 100% para los pacientes insolventes. Algunos establecimientos dentro de las Regiones Sanitarias están implementando las farmacias sociales que ofrecen medicamentos a un costo reducido para los pacientes insolventes. El artículo 46 del Decreto 8342/1995 establece la presencia efectiva del farmacéutico responsable de las farmacias, cumpliendo sus funciones como mínimo tres horas diarias. Además, se ha de exponer en forma visible el nombre y registro del regente profesional, y un aviso del horario con previa comunicación a las autoridades sanitarias. Las farmacias sin regentes no podrán ser abiertas al público.

4.3 Según el Código Sanitario, ninguna persona podrá recibir atención médica u odontológica sin su expreso consentimiento, y, en caso de impedimento, el de la persona autorizada.

5. GARANTÍAS

5.1 El Código Penal establece que «el que no salvara a otro de la muerte o de una lesión considerable, pudiendo hacerlo sin riesgo personal, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa, cuando el omitente estuviera presente en el suceso, o cuando se le hubiera pedido su intervención en forma directa y personal. Cuando el omitente, por una conducta antijurídica anterior, haya contribuido a que se produjera el riesgo, se aplicará una pena privativa de libertad de hasta dos años o multa».

Así mismo, «el que, ante una multitud o mediante publicación, expusiera la intimidad de otro, entendiéndose como tal la esfera personal íntima de su vida y es-

pecialmente su vida familiar o sexual o su estado de salud, será castigado con pena de multa. Quedará exenta de pena, cuando por su forma o contenido, la declaración no exceda los límites de una crítica racional y cuando la declaración, sopesando los intereses involucrados y el deber de comprobación que según las circunstancias incumba al autor, sea un medio adecuado para la persecución de legítimos intereses públicos o privados».

El CP establece que «el que revelara un secreto ajeno, llegado a su conocimiento en su actuación como médico, dentista o farmacéutico...» será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa. Será castigada también la tentativa. La persecución penal del hecho dependerá de la instancia de la víctima (art. 147 CP). Como secreto se entenderá cualquier hecho, dato o conocimiento de acceso restringido cuya divulgación a terceros lesionaría, por sus consecuencias nocivas, intereses legítimos del interesado; o respecto de los cuales por ley o en base a una ley debe guardarse silencio.

Los responsables de una acción u omisión violatoria de las disposiciones del CS incurrir en infracción de orden sanitaria. También los establecimientos cuya instalación y funcionamiento no se ajusten a las normas del CS serán objeto de las medidas correctivas previstas en el mismo.

5.2 El CS establece que «la salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. El Estado promoverá y realizará las acciones necesarias en favor de la salud familiar. Es obligación y derecho de los progenitores el cuidado de su salud y la de su hijo desde el inicio de la gestación». El Estado, por su parte, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad. Es responsabilidad de los establecimientos que presten atención obstétrica y pediátrica la identificación, el cuidado, la seguridad y la custodia del recién nacido mientras dure la internación de la madre o del lactante.

5.3 Según el CP, el que con el fin de prestar el auxilio efectúe gastos o al prestarlo sufriera daños, será indemnizado por el Estado. Esto se aplicará también cuando no haya existido un deber de prestarlo. Cumplidas estas indemnizaciones, el Estado se subrogará en los derechos del auxiliante.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 La Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer está dirigida a la mujer niña y adolescente, en la etapa pre y post reproductiva. Se cuenta con el Plan Nacional de Salud Reproductiva para las mujeres en edad fértil, la Iniciativa de Maternidad Segura, dirigido a atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido, y Plan Nacional de Atención integral al adolescente. También existen otros programas de atención integral a las patologías relacionadas con el SIDA, diabetes *mellitus*, droga y alcoholismo, tuberculosis, nutrición, etc.

Con miras a dar difusión y promover el cumplimiento de la Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Secretaría de la Mujer de la Presidencia de la República instaló una mesa interinstitucional que cuenta con un Plan Operativo Anual y mesas temáticas de trabajo, en base a las recomendaciones emanadas del Comité de Expertas que controla el cumplimiento de dicha Conven-

ción. Así, se han conformado mesas temáticas sobre «Prevención de la Mortalidad Materna y el Aborto» y «Promoción de la Paternidad Responsable». Se realizarán en la brevedad las mesas sobre «Trabajo Doméstico» y «Promoción de los Derechos de la Mujer Indígena».

6.2 En cuanto a la desnutrición crónica en menores de cinco años, a nivel nacional es del 4,6% y el 20% de los niños se encuentra en situación de riesgo de desnutrición. La inseguridad alimenticia en hogares en extrema pobreza, con consumo calórico inferior al 100% de los requerimientos, es del 40% en los departamentos Central y Caaguazú, el 36% en San Pedro, el 25% en Alto Paraná y el 24% en Itapúa.

La mortalidad infantil asciende al 19,43 por mil nacidos vivos, lo que representa 1.749 muertes de menores de un año y coloca al país en el lugar número 96 del mundo según datos proporcionados por UNICEF.

El CS establece como obligatoria la vacunación de las personas en los casos y formas que determine el MSPyBS. A su vez, éste debe desarrollar programas de vacunación contra las enfermedades prevenibles, en coordinación con las demás instituciones del sector. Se han iniciado algunos programas para promover estilos de vida sanos, tales como el Programa Juventud.

6.3. En relación a la atención al indígena se elaboró el Plan de Acción al Indígena, con el fin de realizar una acción ordenada y planificada, y el Proyecto de Estrategia de Acción en Salud Indígena, dirigido al personal de los servicios de salud. Existe además el Programa Asociaciones Juveniles de Desarrollo Personal y Proyección Comunitaria.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Paraguay ha formulado leyes y creado instituciones que apoyan diversas acciones para promover la igualdad de oportunidades y la integración plena de las personas discapacitadas.

En 1992, la Convención Nacional Constituyente recogió los reclamos de las Asociaciones y personas comprometidas con el sector, y es así que la CN establece que «se garantizará a las personas excepcionales la atención de su salud, de su educación, de su recreación y de su formación profesional para una plena integración social. El Estado organizará una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales, a quienes prestará el cuidado especializado que requieran. Se les reconocerá el disfrute de los derechos que esta Constitución otorga a todos los habitantes de la República, en igualdad de oportunidades, a fin de compensar sus desventajas» (art. 58 CN).

La Ley 122/1990, de Derechos y Privilegios para los Impedidos, establece: la prohibición de todo trato discriminatorio contra los impedidos y les otorga el procedimiento sumario del Amparo Constitucional (art. 6); la inserción de las necesidades de los impedidos en toda planificación social y económica; proveer gratuitamente atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de prótesis y ortopedia (art. 1); proveer gratuitamente la readaptación social y educación diferencial en todos los niveles para la formación profesional (art. 1, 5); proveer gratui-

tamente las ayudas y consejos para asegurar el máximo aprovechamiento de sus facultades y aptitudes (art. 1.c); proveer gratuitamente de servicios de colocación. (art. 1.c); dar preferencia a los impedidos en todas las actividades que puedan desempeñar en la Administración pública, entes descentralizados y empleadores privados (art. 4); atender inmediatamente a los impedidos en los lugares de concurrencia de personas (oficinas, administración, bancos, espectáculos) (art. 5).

El Instituto Nacional de Protección a las Personas Excepcionales, creado por Ley 780/1979, tiene el objetivo fundamental de «proteger en forma integral a las personas excepcionales de tal modo a neutralizar las desventajas que su condición les provoca, y les den oportunidad, mediante su propio esfuerzo, de desempeñar un rol equivalente al que ejercen las personas normales».

La planificación y los organismos de servicios del MSPyBS no contemplan la vertiente sociosanitaria de la discapacidad. En Paraguay existe un predominio de jóvenes con discapacidad, ya que el 70% de la población general está por debajo de los 30 años. En las áreas rurales, la presencia de mayores porcentajes de población con síntomas o señales de deficiencias se da entre los seis y los 17 años y es detectada cuando el niño accede a la escuela. La mayoría de los niños con discapacidad no obtienen atención en los centros y hospitales de su comunidad. Son rechazados y derivados al INPRO. A la mayoría de las madres de niños pequeños que acuden al INPRO se les ha tenido que convencer de que sus niños no necesitan de un pediatra especial. Llegados al servicio de diagnóstico y tratamiento del INPRO, el niño es fichado como paciente y continúa su camino hacia la segregación del sistema regular de salud. La formación y las prácticas de rehabilitación están ligadas a la «enfermedad» y la «incapacidad», al modelo asistencial segregado, concentrado en los centros de rehabilitación, que funcionan en su mayoría en el área metropolitana y la capital del país. No se ha cumplido con el artículo 9, inciso b, de la Ley 780/1979, que habla del alcance nacional de la rehabilitación y protección.

Se estima que la cobertura en atención de diagnóstico y rehabilitación es del 1,3%. Asimismo la cobertura de Seguridad Social es muy baja y concentrada en Asunción y zonas urbanas. La población de personas con discapacidad, que carece, en su mayoría, de trabajo, está fuera del Sistema de Previsión Social. No existe una política integral e integrada de promoción de deportes, ocio y tiempo libre. Los deportes en las escuelas y grados especiales están incentivados por la realización de un gran evento anual, las Olimpiadas Especiales, que tienen gran participación de personas con discapacidad mental.

7.2 La extracción de órganos y tejidos de personas con muerte cerebral confirmada, y de seres vivos, para el trasplante de los mismos en otros seres humanos vivos, se rige por las disposiciones de la Ley 1246/1998, de Trasplantes de Órganos y Tejidos Anatómicos Humanos. La extracción podrá ser realizada cuando se hayan agotado otros medios disponibles por la ciencia como alternativa terapéutica para la salud de un paciente determinado. Estas prácticas se considerarán de técnica corriente y no experimental.

El órgano contralor de los actos médicos referidos a trasplantes es el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT), que funcionará en el ámbito del MSPyBS, como entidad estatal de derecho público, con autarquía administrativa y funcional. Todo médico que diagnostique a un paciente una enfermedad que requiera comprobadamente ser tratada mediante un trasplante de órganos o tejidos, deberá comunicar el hecho al INAT dentro del plazo que determine la reglamentación, a

fin de ubicarlo en la lista de espera correspondiente. Las instituciones públicas o privadas de la salud que realicen tratamiento de trasplante, deberán informar mensualmente al Ministerio a través del INAT la nómina de los pacientes que se hallan en la lista de espera para ser trasplantados, sus condiciones y características, así como el listado de los trasplantes realizados, con el nombre de los beneficiarios.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

El MSPyBS cuenta con el Programa Nacional de Control de VIH/SIDA/ITS (PRONASIDA), creado por Resolución Ministerial 38, del año 1988, y ampliado, en el año 1990, en sus funciones, como responsable de intervenir y controlar la infecciones de transmisión sexual, aunque no cuenta con presupuesto para llevar adelante estrategias de intervención referente a las ITS.

El Programa tiene como funciones: a) generar políticas de prevención a través de estrategias; b) generar políticas de Asistencia Integral a las PVVS y su entorno familiar y social, a nivel nacional (dentro de la política de descentralización) en todos los sectores; c) generar sistemas de vigilancia epidemiológica para obtención de datos a nivel nacional que caractericen la epidemia y focalicen los esfuerzos para intervenir en forma eficaz en la disminución de los riesgos de transmisión de las ITS/VIH; d) promover investigaciones referentes al VIH/SIDA y de otras ITS; e) promover políticas de integración con organismos gubernamentales y no gubernamentales e internacionales para contribuir a mejorar la calidad de vida de las PVVS de todo estrato etéreo, social, cultural, económico, su entorno familiar, con equidad de género, respetando el derecho a la vida y demás Derechos Humanos fundamentales y la decisión de conciencia libre e informada; f) generar políticas que aseguren el acceso igualitario a los servicios de prevención y diagnóstico, a las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad a adquirir el VIH, garantizando el acceso al cuidado y tratamiento a las PVVS.

El PRONASIDA establecerá políticas que conducirán a las acciones descentralizadas de promoción de conductas saludables, prevención, atención integral, vigilancia epidemiológica, monitoreo y evaluación de las actividades dirigidas a la población general con énfasis en grupos vulnerables, para controlar la epidemia de VIH/SIDA, mitigar su impacto socioeconómico y mejorar la calidad de vida de las PVVS.

En la actualidad, PRONASIDA proporciona asistencia especializada y seguimiento de laboratorio específico a las PVVS que ingresan al Programa, ya sea desde los servicios públicos, como desde la Seguridad Social o de las instituciones privadas. Hasta el momento se realiza de manera centralizada en la capital, ocupando un espacio físico dentro de las dependencias del Laboratorio Central del MSPyBS.

El año 2001, con la descentralización, se acudió hacia dos regiones sanitarias del interior del país, Itapúa y Alto Paraná, en departamentos de frontera, lindantes con Brasil y Argentina, en donde se realiza atención médica y estudios de laboratorio de rutina. La provisión de medicamentos ARV y de laboratorio específico sigue centralizada. Se proporciona actualmente atención médica gratuita y especializada en dos consultorios ambulatorios (adulto y pediátrico), con un promedio mensual de 400 consultas. Se provee triple terapia antirretroviral y laboratorio específico de seguimiento a 326 personas de los cuales 80 son niños y 246 son adultos. Esta pro-

visión es insuficiente, tanto en lo que respecta a cobertura, como a la disponibilidad de medicamentos, sobre todo para recambio y rescate, estimándose como necesidades reales de provisión de antirretrovirales a otras personas. Este déficit es debido a la irregularidad y a los recortes en los desembolsos presupuestarios, a la poca disponibilidad de drogas registradas en el país y al incremento del número de personas que requieren tratamiento. Esto mejoró a partir de un convenio bilateral con el Brasil, quien provee medicación ARV para 400 personas, de las cuales 286 están incluidas en el Programa. La farmacia del Programa de Control del SIDA cubre a 610 personas que necesitan tratamiento.

A pesar de las intensas y fructíferas negociaciones con las empresas que importan y distribuyen los medicamentos, que han logrado una reducción del precio en algunos casos de hasta el 200%, y a las negociaciones regionales de precios, persisten los déficit de cobertura de tratamiento, sumado a la inestabilidad del guaraní con respecto al dólar americano en el que se cotizan los productos y las modificaciones de las recomendaciones de tratamiento. Ello hace que se requiera de un arsenal completo de medicamentos y reactivos específicos para asegurar el mejor y más efectivo tratamiento de las personas viviendo con VIH.

Así mismo, PRONASIDA se encarga de elaborar, difundir y capacitar al personal de salud de las distintas regiones sanitarias en las normas de prevención, asistencia integral y laboratorio, mediante la creación de Programas regionales de ITS/VIH, que cuentan actualmente con un gerente y un coordinador por región, así como campañas de IEC dirigidas a la población en general y a grupos específicos. Para estas actividades ha elaborado manuales de normas de prevención de la transmisión madre-hijo del VIH, normas nacionales de tratamiento antirretroviral, recomendaciones para los accidentes de exposición a sangre y fluidos contaminados con VIH, manejo clínico de las ITS, manual de consejería en VIH/SIDA/ITS, manual de manejo sindrómico de las ITS, rotafolio de flujogramas de manejo sindrómico de las ITS, material educativo para la prevención de la infección por VIH y sensibilización hacia la problemática del SIDA destinada a niños, jóvenes, población general y grupos específicos, material educativo sobre asociación VIH/drogas y su prevención, y material dirigido a hombres que tienen sexo con hombres.

De esta manera, el Paraguay logra controlar la epidemia de ITS/VIH/SIDA disminuyendo su impacto socioeconómico y mejorando la calidad de vida de las PVVS, en pleno ejercicio de los Derechos Humanos y de la equidad de género, a través del esfuerzo colectivo de la sociedad civil, del Estado y la comunidad internacional.

9. FUENTES EN INTERNET

<http://www.leyes.com.py>
<http://www.mspbs.gov.py>
<http://www.discapacidad.org>
<http://www.mujer.gov.py>
<http://www.dgeec.gov.py>
<http://www.medynet.com>
<http://www.dominicos.org>

14. PERÚ*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.4 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: Salud mental. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución Política del Perú (CPP), de 1993, establece que «todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad», así como el «deber de contribuir a su promoción y defensa» (art. 7). Al respecto, la jurisprudencia nacional ha señalado que cuando se hace referencia al derecho a la protección de la salud, se reconoce el derecho de la persona a alcanzar y preservar un estado de plenitud física y psíquica¹. Asimismo, la jurisprudencia consagra una protección de la salud en donde el Estado está en la obligación de tomar las medidas necesarias para garantizar este derecho². Cabe señalar que la jurisprudencia ha desarrollado el concepto de derechos sociales como deberes de solidaridad.

* **Abreviaturas:** CPP = Constitución Política del Perú; CC = Código Civil Peruano; CP = Código Penal Peruano; CNS = Consejo Nacional de Salud; CONAMUSA = Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud; CLAS = Comités Locales de Administración en Salud; DS = Decreto Supremo; DIGEMID = Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas; ENDES = Encuesta Demográfica y de Salud Familiar; ESSALUD = Seguro Social de Salud; LGS = Ley General de Salud; MINSA = Ministerio de Salud; NT = Norma Técnica; ONU = Organización de Naciones Unidas; PAAG = Programa de Administración de Acuerdos de Gestión; PGR = Presupuesto General de la República; PNPf = Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; PSL = Plan de Salud Local; PVVS = Personas Viviendo con SIDA; RM = Resolución Ministerial; RS = Resolución Suprema; RD = Resolución Defensorial; SIS = Seguro Integral de Salud; SNCDS = Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

¹ Sentencia EXP 2945-2003-AA/TC.

² El Tribunal Constitucional ha señalado que la persona tiene el derecho de que se le asignen medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica, correspondiente al nivel que lo permiten los recursos públicos y la solidaridad de la comunidad. Sentencia EXP. 2945-2003-AA/TC y sentencias EXP 1429-2002 HC/TC y EXP 2064-2004-AA/TC.

La CPP establece que el Estado determina la Política Nacional de Salud, y que el poder Ejecutivo es el responsable de diseñarla, normarla, conducirla y supervisarla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud (art. 9). La CPP también garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, ya sea a través de entidades públicas, privadas o mixtas y supervisa su funcionamiento (art. 11).

La ley marco del sector salud es la Ley 26842/1997 General de Salud, y existe también la Ley de Modernización de la Seguridad Social, además de diversas normas técnicas para cada subsector y áreas de salud como se verá más adelante.

El Estado peruano ha ratificado la mayoría de instrumentos internacionales y regionales de protección a los Derechos Humanos que contienen disposiciones con relación al derecho a la salud y derechos relacionados. El Sr. Paul Hunt, Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, física y mental, presentó un informe en 2005 sobre el ejercicio del derecho a la salud en el Perú, en donde resaltó graves problemas sanitarios y recomendó a la Administración que formulara una amplia «política sanitaria equitativa a favor de los pobres»³.

1.2 El Ministerio de Salud (MINSA) es el ente rector del sector salud a nivel nacional. Es responsable de la organización, conducción y planeamiento estratégico sectorial de salud. En el proceso de descentralización por el que está atravesando el Perú desde el 2002, el MINSA conduce, regula y promueve la intervención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)⁴ para la aplicación de la política nacional de salud, coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector⁵.

El SNCDS se coordina, a nivel nacional, a través del Consejo Nacional de Salud (CNS), órgano consultivo del MINSA. A nivel regional, a través de los Consejos Regionales de Salud y, a nivel provincial, a través de los Consejos Provinciales de Salud⁶. El CNS propone políticas, prioridades y planes nacionales de salud, así como niveles de atención de salud y complejidad de los servicios, y define mecanismos de articulación nacional regional y local del SNCDS (art. 4 DS 4/2003 SA).

A partir de la aprobación del Plan de Transferencias Sectorial del quinquenio 2005-2009, en marzo 2005⁷, se vienen transfiriendo las competencias de los servicios públicos de salud y los programas sociales a los Gobiernos regionales y locales de manera gradual y progresiva en función de sus capacidades de gestión⁸. Los Go-

³ Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas. E/CN.4/2005/51Add.3, 2005.

⁴ Mediante Ley 27813 de fecha 12 de agosto del 2002.

⁵ En el 2002 se promulgó la Ley de Bases de la Descentralización, Ley 27783, y se instalaron los Gobiernos Regionales bajo supervisión del Consejo Nacional de Descentralización (CND). En la última etapa de este proceso de descentralización, cada región estará a cargo de la salud.

⁶ Para mayor información en cuanto a conformación y funcionamiento, revisar la Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinador y Descentralizado de Salud, así como los artículos 13 y 18 DS 4-2003-SA.

⁷ EL MINSA promovió la elaboración de la propuesta del Plan de Transferencia de Mediano Plazo y Cronograma de Transferencia, utilizando como base el documento «Hoja de Ruta para la Descentralización de la Función Salud» y la participación de autoridades y funcionarios regionales.

⁸ Según lo dispuesto por la Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales, y su Reglamento, cada sector del Gobierno debe elaborar una propuesta de Plan de Transferencia de Mediano Plazo, previa coordinación con los Gobiernos regionales y locales que será remitida al CND para su aprobación.

biernos regionales en materia de salud tienen la gestión sanitaria de la región en concordancia con las políticas nacionales y sectoriales⁹. Cabe señalar que la CPP define que dentro del rol de los Gobiernos regionales está el promover y regular actividades y/o servicios en materia de salud y medio ambiente (art. 192). Las municipalidades, ya sea provinciales o distritales, asumen las competencias de forma exclusiva o compartida en materia de saneamiento, salubridad y salud (art. 80 Ley 27972).

El MINSA cuenta con una Defensoría de la Salud y Transparencia, órgano responsable de la protección y defensa de los derechos en salud.

Dentro de las comisiones de trabajo del Congreso Nacional de la República, hay una Comisión de Salud, Población, Familia y personas con discapacidad.

1.3 El Gobierno del presidente Toledo (2001-2006) definió la lucha contra la pobreza como eje principal de la Política Social, entre cuyos objetivos se estableció el garantizar que todo peruano tenga acceso a la salud, educación y cultura¹⁰. En el 2002, mediante el compromiso «Acuerdo Nacional», los miembros de las fuerzas políticas, sociedad civil y Gobierno se comprometieron a alcanzar diversos objetivos para consolidar la democracia, afirmar la identidad nacional y compartir una misma visión del país a futuro. A partir de estos objetivos se aprobaron 31 Políticas de Estado en las que se destaca el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social¹¹.

Entre los lineamientos de política sectorial del MINSA para orientar las políticas de salud durante el periodo 2002-2012 se destacan: a) la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, b) una atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud, c) una política de suministro y uso racional de medicamentos, d) una política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad, e) la creación del SNCDS, la modernización del MINSA, fortalecimiento de su rol y la democratización de la salud, y f) el impulso de un nuevo modelo de atención integral de salud. El modelo de atención integral de salud (MAIS) abarca todo el ciclo de vida de las personas: infancia, adolescencia, edad adulta y etapa del adulto mayor, y se basa en principios de integralidad, universalidad en el acceso, equidad, calidad, eficiencia, respeto a los derechos de las personas, descentralización, participación y promoción de la ciudadanía.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 Los principios orientadores de la política de salud son la solidaridad, la universalización del acceso a la salud, la familia como unidad básica de salud, la integridad de la persona y de la atención, la eficacia y eficiencia, la calidad de la atención como derecho ciudadano, y la equidad como principio elemental de la justicia social.

⁹ Artículo 45 de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales 27867, de fecha 16 de noviembre del 2002, modificada por Ley 27902.

¹⁰ Dentro de los deberes primordiales del Estado establecidos en la CPP se encuentra promover el bienestar general fundamentado en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación (art. 44).

¹¹ Vid. página web del Acuerdo Nacional.

El sistema sanitario en el Perú es bastante complejo, ya que está conformado por el sector público y el sector privado, pero a su vez existen otros subsectores que funcionan casi de manera independiente que cubren a poblaciones diferentes. El sector público está conformado por el MINSA, el Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional. El sector privado está conformado por profesionales médicos y de la salud, proveedores de medicina tradicional, empresas privadas aseguradoras y prestadoras e instituciones no lucrativas.

La población que se encuentra asegurada bajo el Seguro Social de Salud (ESSALUD)¹² cubre a los afiliados regulares¹³ y a sus derecho-habientes. ESSALUD también cuenta con planes de salud especiales a favor de la población no asegurada y de escasos recursos¹⁴. Esta población se afilia al seguro en calidad de asegurados postestativos. La CPP establece la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social¹⁵.

La segmentación de los diversos prestadores de servicios impide eficazmente las acciones de salud a causa de duplicidades e ineficiencia, y dificulta el rol del MINSA como ente rector. A esta situación se suma que el MINSA interviene poco en el sistema de Seguridad Social y en el sector privado.

Asimismo existe una gran desproporción entre los recursos y las responsabilidades que tienen los diferentes subsectores. Por ejemplo, el gasto *per cápita* del MINSA en el año 2003 estimado en 139 \$\$ fue 3,5 veces menor que el de ESSALUD, cuando el MINSA atendió en el 2004 el 80% de las atenciones brindadas en el sector público.

Más del 80% de los centros y puestos de salud que existen en el Perú corresponden al MINSA. En su mayoría, la población pobre es la que depende de esta atención. La infraestructura de salud del MINSA se encuentra dividida en 25 Direcciones Regionales que reportan a la oficina central en Lima. Dentro de las Direcciones Regionales¹⁶, los centros y puestos de salud se dividen en redes.

En el 2001 se creó el Seguro Integral de Salud¹⁷ que funciona como un mecanismo de subsidio para la atención médica tanto preventiva como recuperativa destinado a la población de menos recursos¹⁸. Los planes de beneficios de este seguro

¹² Creado por Ley 27056, de fecha 29 de enero de 1999. La Seguridad Social de Salud se basa en los principios constitucionales que reconocen el derecho al bienestar y garantizan el libre acceso a prestaciones a cargo de entidades públicas, privadas o mixtas (art. 1 Ley 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, 15 de mayo de 1997).

¹³ Son afiliados regulares los trabajadores activos que laboran bajo relación de dependencia o como socios de cooperativas de trabajadores, los pensionistas que perciben pensión de jubilación, incapacidad o sobrevivencia, y los trabajadores independientes que hayan sido incorporados por alguna ley especial.

¹⁴ También cubre otras prestaciones derivadas de los seguros de riesgos humanos que ofrezca ESSALUD dentro del régimen de libre contratación.

¹⁵ Cabe hacer mención de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) que son empresas o instituciones públicas o privadas distintas de ESSALUD que prestan servicios de atención para la salud con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Reglamento de la Ley 26790. DS 9-97.

¹⁶ Las Direcciones Generales de Salud están compuestas por la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS), Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA).

¹⁷ El SIS fue creado por Ley 27657. El SIS surge de la integración del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil.

¹⁸ El reglamento de organización y funciones del SIS aprobado mediante Decreto Supremo 009-202-SA.

están establecidos según grupos poblacionales: Plan A para niños de hasta cuatro años; Plan B para niños de cinco a 17 años; Plan C para gestantes y puérperas; Plan D para adultos en estado de pobreza y sin seguro de salud en situación en emergencia; Plan E para adultos focalizados determinados por ley¹⁹, y Plan G para trabajadores independientes que no estén afiliados a ningún seguro²⁰. El financiamiento de las prestaciones proviene del Presupuesto General de la República, recursos directamente recaudados por el SIS, el proveniente de donaciones y contribuciones no reembolsables de organismos externos o internos, y los recursos transferidos del Fondo Intangible Solidario de Salud.

Según la OPS, el Perú es uno de los países de la región panamericana que menos invierte en salud, con sólo el 4,8% de su PIB, que corresponde al 0,9% del PGR. El gasto *per cápita* en salud es de 100 \$\$\$. El gasto total en salud tiene la siguiente participación: los hogares aportan el 38% de ese gasto, los empleadores el 34% y el Gobierno el 24%. El presupuesto para el sector salud para el año 2006 asciende a 11.995 millones de nuevos soles, siete millones de nuevos soles menos que lo destinado en el año 2005, representando una disminución de la participación del sector salud en el PGR y en el PBI.

El ejercicio de las profesiones médicas se encuentra regulado por los artículos 22 al 36 de la LGS. En cuanto al personal sanitario del MINSA en relación a los profesionales de la salud, para el año 2002 había 11 médicos, 2,4 obstetras, 1,2 odontólogos y 8,1 enfermeras por cada diez mil habitantes²¹. Cabe señalar que la mayor concentración de recursos humanos y de equipos se encuentra en Lima, aunque esta situación ha mejorado en los últimos años gracias al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, que se inició en el año 1994 para contratar trabajadores de salud en establecimientos de salud de primer nivel de atención, especialmente en zonas pobres. Sin embargo, con el nombramiento de varios médicos contratados que laboraban en el PAAG en 2004, muchos de estos profesionales han dejado sus plazas en zonas rurales y se han pasado a hospitales en zonas urbanas. Esta situación generará nuevos retos para la próxima gestión para atraer a profesionales de la salud a estas zonas.

2.2 En el contexto del proceso de descentralización, se han institucionalizado diversos procesos participativos tanto a nivel regional y local. Dentro del SNCDS, el CNS (§ 1.2) conformado por representantes del Gobierno, sector público y privado, asociaciones gremiales, organizaciones de la comunidad y presidido por el ministro de Salud, lo que constituye un espacio interesante para discutir las políticas del sector.

Desde el 2001 funcionan mesas nacionales, regionales y locales de concertación para la lucha contra la pobreza (conformadas por funcionarios del Gobierno, organizaciones y miembros de la sociedad civil y grupos religiosos), con la finalidad de crear espacios de debate sobre los problemas y políticas de desarrollo. También fun-

¹⁹ Como, por ejemplo, las organizaciones sociales de base, comedores populares, Wawawasis, los lustrabotas e indultados inocentes.

²⁰ Los primeros favorecidos de este Plan han sido los miembros de la Federación Nacional de Trabajadores en Mercados del Perú (FENATM). También se han hecho alianzas estratégicas de cobertura con otras dependencias del Estado, tales como la Cobertura de Accidentes Laborales a Trabajadores del Programa Trabajar Rural, o con el Programa de Emergencia Social Productivo Urbano.

²¹ MINSA, Oficina de Estadística e Informática. Disponible en su página web.

cionan Consejos de Coordinación Regional y Local (conformados por funcionarios elegidos y representantes de la sociedad civil), dentro de los cuales en el ámbito específico de la salud están el Consejo Regional de Salud y el Consejo Provincial de Salud. Cabe señalar que la existencia de tantas instancias de participación afecta su funcionamiento, debido a la falta de delimitación y superposición de funciones.

En abril de 1994, mediante DS 01/94SA, se crearon los Comités Locales de Administración en Salud. Los CLAS son asociaciones locales conformadas por seis miembros elegidos por la comunidad organizada y un miembro que es el jefe del establecimiento de salud, que colaboran en la administración de los recursos de los centros y puestos de salud del MINSA para la consecución del Plan de Salud Local (PSL). A nivel regional, las Direcciones Generales de Salud se encargan de la gestión regional de los CLAS, de las actividades de monitoreo y supervisión y evaluación del cumplimiento de los PSL. El número de CLAS al 2005 asciende a 2.155 establecimientos, que representa el 25% de establecimientos de salud de primer nivel. Si bien las experiencias de los CLAS varían, ha sido un importante paso para lograr la participación de la comunidad en la provisión y promoción de los servicios de salud

Entre las organizaciones civiles más destacadas en salud se encuentran la Coalición por los Derechos Humanos en Salud y el Foro de la Sociedad Civil en Salud (Foro Salud). Ambas agrupan a organizaciones y miembros de la sociedad civil interesados en garantizar, respetar, promover y vigilar el derecho a la salud en un marco de Derechos Humanos. Por otro lado, el Observatorio del Derecho a la Salud es una institución que busca fortalecer la comunidad de Derechos Humanos y de salud pública a través de la producción y diseminación de conocimientos alrededor del derecho a la salud.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En el Perú existen diversos problemas sanitarios; entre ellos destaca que el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural aún no cuenta con acceso a agua potable para el consumo o un saneamiento adecuado. Por otro lado, un 25% de los niños menores de cinco años sufren de malnutrición.

El Relator Especial de la ONU ha señalado que «el derecho a la salud y el derecho al agua dan lugar a que los Estados tengan que garantizar un abastecimiento adecuado de agua salubre y potable, y un saneamiento adecuado». Sin embargo, la Defensoría del Pueblo ha recibido quejas y consultas sobre problemas de acceso y calidad de los servicios de saneamiento, sobre todo de agua potable y alcantarillado. Es por ello que la Defensoría ha intervenido para abordar este tema.

En cuanto a medio ambiente, el Relator Especial recomendó a la Administración que «preste una atención urgente al cumplimiento del derecho a participar en todas las fases del desarrollo de los proyectos mineros». Esta recomendación es particularmente relevante en la actualidad, en relación a impactos ambientales y sociales con consecuencias negativas de proyectos de explotación que se han venido ejecutando en el país.

3.2 El Perú registra la mayor incidencia de tuberculosis pulmonar en América Latina, con 100 casos por cien mil habitantes. El paludismo se ha propagado sobre todo

en la zona de la selva y, a nivel nacional, han aparecido varios casos de la enfermedad infecciosa *leishmaniasis*. En julio del 2004, el MINSA estableció como estrategias sanitarias nacionales las inmunizaciones, prevención y control de enfermedades metaxénicas y transmitidas por vectores, la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, las prevención y control de tuberculosis, la salud sexual y reproductiva, la prevención y el control de daños no transmisibles, los accidentes de tránsito, la salud de pueblos indígenas, la alimentación y nutrición saludable, la salud mental y la cultura de paz.

La promoción de la salud es uno de los lineamientos principales de la política del MINSA y para ello se cuenta con la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria en Salud, la Dirección Ejecutiva de Educación para la Salud y la Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana. Asimismo, el MINSA desarrolla diversas «campañas educativo-comunicacionales» para generar en la población actitudes favorables en relación a su comportamiento. También se realizan campañas «especiales» para abordar temas que requieren una mayor atención. En el año 2005 se realizaron campañas de tuberculosis, prevención de enfermedades diarreicas, salud bucal, VIH/SIDA, tuberculosis, dengue, vacunación, *bartonella* y lactancia materna, entre otros. En el año 2006 se han desarrollado campañas sobre la tuberculosis, el dengue, así como una campaña para la prevención de enfermedades que se agudizan en verano.

4. DERECHOS

4.1 a) Disponibilidad. Según la LGS, toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud atención médica quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, estando obligados, sin excepción, a prestar atención mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida y salud (art. 3). Asimismo, el DS 16/2002/SA establece la obligación de poner en conocimiento del público ese derecho en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia (art. 4).

b) *Universalidad.* El Estado «promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud» (Cap. VII LGS). Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema provisional de su preferencia (art. 1 LGS). La LGS no hace distinción entre nacionales y extranjeros.

Con la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) se busca el aseguramiento de las personas pobres y extremadamente pobres para garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Sin embargo, aún queda una gran población desprotegida, que asciende al 48,4%, que no se encuentra cubierta por ninguno de los planes del SIS y que no son trabajadores formales y estables; además, no cuentan con fondos para acceder a los servicios de salud privados²².

c) *Accesibilidad.* Una de las causas por las cuales los pobres no acceden a servicios de salud son las tarifas impuestas por la atención (consultas, hospitalización, pruebas diagnósticas, etc.) y por los medicamentos, con excepción de algunos programas de salud que incluyen atención y medicamentos gratuitos. Existen dudas

²² Banco Mundial. *Un nuevo contrato social para el Perú. Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario*, Daniel Cotlear ed., Lima, 2006, p. 189.

sobre los servicios que pueden cobrarse a los usuarios, o qué tarifas se aplican en los servicios de salud. Estos temas han sido denunciados a la Defensoría del Pueblo. Otro tema también denunciado está relacionado con la atención que se brinda en ESSALUD, sobretodo en relación con el horario para otorgar citas, el número de citas otorgado por día, así como las restricciones en la atención.

Si bien la oferta de los servicios en el primer nivel de atención del MINSA ha aumentado, y muchos centros y puestos del MINSA se encuentran en zonas rurales donde no hay presencia de otras instituciones de salud, como ESSALUD, aún no se ha llegado a cubrir íntegramente la demanda debido a la existencia de poblaciones dispersas en muchas zonas del país. Asimismo, los centros de salud y hospitales que tienen mayor capacidad resolutive se encuentran alejados de poblados o comunidades rurales. A esta situación se suman los problemas de comunicación y transporte básico, que repercuten en el acceso a los servicios de salud, particularmente en las zonas rurales.

La diversidad cultural del país se ve reflejada en las distintas percepciones de lo que es salud-enfermedad y constituye una barrera en la accesibilidad. Constituye por tanto una brecha entre los profesionales de salud y parte de la población el comprender estas diferencias en la percepción de la vida y la salud.

d) *Continuidad.* La LGS reconoce el derecho de las personas usuarias de los servicios de salud a que se les dé, en términos comprensibles, información completa y continuada sobre su proceso, que incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamientos, así como los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se les prescriben y administren (art. 15.g), para que pueda dar un consentimiento informado previo a cualquier tratamiento o procedimiento (art. 15.h). En caso de negativa a recibir tratamiento, la LGS señala que «la negativa a recibir tratamiento médico o quirúrgico exime de responsabilidad al médico tratante y al establecimiento de salud, en su caso» (art. 4).

e) *Extensión.* Actualmente no existe un conjunto o plan básico de prestaciones sanitarias. El MINSA busca el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y del desarrollo de un entorno saludable. Sin embargo, en algunas áreas de salud como en inmunizaciones, se cuenta con paquetes básicos de vacunación según la etapa de vida en la que se encuentran los usuarios de salud²³.

f) *Calidad.* La LGS establece que «toda persona tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales» (art. 2). El MINSA cuenta con el documento «Sistema de Gestión de la Calidad en Salud», aprobado por RM 768/2001/SA/DM, que establece los principios, políticas, objetivos y componentes del sistema, así como los aspectos técnico-normativos que llevarán a las organizaciones públicas hacia una mejora de la gestión de la calidad en salud. Si bien se ha elaborado mucha teoría al respecto, aún existen deficiencias en la aplicación de la teoría a la práctica.

4.2 El órgano regulador de los medicamentos es la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). Las disposiciones sobre los productos farmacéuticos están en la LGS (arts. 49 al 75). Las empresas de fabricación y co-

²³ Esto es, siguiendo la etapa de vida niño, vida adolescente, vida adulta y vida adulta mayor.

mercialización son los responsables de la calidad de los medicamentos que elaboran y distribuyen. Sin embargo, la DIGEMID se ha visto limitada en la capacidad para evaluar los establecimientos farmacéuticos previa autorización de su funcionamiento. Asimismo, los problemas sobre la calidad en los productos farmacéuticos persisten. En el año 2000, la DIGEMID reportó que de un total de medicamentos sometidos a control de calidad, aproximadamente un 26% presentaron observaciones tanto para medicamentos de marca, como para los que se comercializan con el nombre de genérico. También es de preocupación que la mayoría de los establecimientos no cumplen con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y almacenamiento.

En el Perú, la mayoría de la población tiene un acceso limitado a los medicamentos, principalmente debido a su alto costo. En 1996, por ejemplo, sólo el 45% de los pacientes atendidos en establecimientos de salud del MINSA pudo acceder a la totalidad de los medicamentos requeridos. La Encuesta Nacional de Hogares 2002 muestra que el gasto en medicamentos según quintiles varía entre el 59% en el quintil cinco y el 71% en el quintil uno del gasto total familiar en salud. Es decir, mientras más pobre es la familia, la proporción del gasto en medicinas es mayor.

Cabe señalar que no existen mecanismos regulares efectivos sobre los precios de los medicamentos. Los precios de los medicamentos se definen por ley de la oferta y la demanda²⁴. Asimismo, la oferta de las medicinas no se ajusta a las necesidades de la población.

En el Perú existe una alta frecuencia de automedicación y libre dispensación de productos que requieren receta médica, así como la prescripción de medicamentos que no se ajustan a los protocolos.

4.3 La normativa reconoce otros derechos en el ámbito sanitario:

a) *Derecho a la información.* Tanto la LGS como la Norma Técnica de la Historia Clínica establecen el derecho de toda persona a que se le dé, en términos comprensibles, información completa y continuada sobre su proceso, que incluye el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriben y administran. Asimismo, toda persona tiene derecho a exigir a la autoridad de salud que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud (art. 5).

b) *Derecho a la intimidad y confidencialidad.* Se reconoce el derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad (art. 15 LGS), así como a no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que la afectare (art. 15.e).

c) *Regulación de la historia clínica.* La norma técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado regula las normas y procedimientos para la administración y gestión de la historia clínica a nivel del sector salud y estandariza su contenido básico²⁵. En dicha normativa se establece el derecho del paciente a que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud (cc art. 15.i LGS), así como la obligación del establecimien-

²⁴ Mediante DS 020/90-SA, se estableció la obligatoriedad de prescribir medicamentos genéricos. Al respecto cabe señalar que muchas veces esta norma no es respetada por quienes los prescriben y dispensan. Asimismo, los usuarios no cuentan con la información apropiada para actuar al respecto.

²⁵ Norma 022-MINSA/DGSP-V.01, aprobada el 27 de julio del 2004.

to de entregar copia de la historia clínica, incluida la *epicrisis* a solicitud del usuario o de su representante legal, cuyo costo será asumido por el interesado (cc art. 29 y 44 LGS). Para entregar a terceros información contenida en la historia clínica, se requiere el consentimiento por escrito del paciente. Se exceptúa de este requisito cuando los establecimientos de salud se encuentran legal y administrativamente obligados a proporcionarla. Asimismo, todo paciente o persona usuaria de los servicios de salud o sus familiares, en caso de fallecimiento, tienen derecho a exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece.

d) *Derecho al consentimiento.* La LGS establece que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo, exceptuándose de este requisito las intervenciones de emergencia (art. 4). Asimismo, ninguna persona puede ser sometida, sin su consentimiento a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, a no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser informada al respecto, a que se le comuniquen todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previa aplicación de cualquier tratamiento o procedimiento, así como negarse a éste (art. 15c, d y h).

En cuanto a la decisión sobre la propia vida, el CP señala que «el que, por piedad, mata a un enfermo incurable que le solicita de manera expresa y consciente para poner fin a sus intolerables dolores, será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres años (art. 112). Asimismo, el CP penaliza a quien instiga a otro al suicidio o lo ayuda a cometerlo, así se haya consumado o no (art. 113 CP).

5. GARANTÍAS

5.1 a) *Delitos de lesiones.* El Código Penal define a las lesiones graves como las que ponen en peligro inminente la vida, las que mutilan un miembro u órgano principal del cuerpo o lo hacen impropio para su función, y las que interfieren en cualquier otro daño a la integridad corporal o a la salud física o mental de una persona que requiera 30 o más días de asistencia o descanso (art. 121 CP). Las lesiones leves son las que requieran más de diez y menos de 30 días de asistencia o descanso (art. 122 CP).

b) *Delito de omisión del deber de socorro.* El CP penaliza a quien omite prestar socorro a una persona que ha herido o incapacitado poniendo en peligro su vida o su salud (art. 126 CP) y a quien abandona a una persona en peligro pudiendo haberla auxiliado sin riesgo propio o de tercero o se abstuviera de dar aviso a la autoridad (art. 127 CP). Asimismo, el CP señala que será reprimido con pena privativa de libertad, no menor de uno ni mayor de cuatro años, a quien «expone a peligro la vida o la salud de una persona colocada bajo su autoridad, dependencia, tutela, curatela o vigilancia, sea privándola de alimentos o cuidados indispensables» (art. 128).

c) *Delitos contra la salud pública.* El CP tipifica delitos contra la salud pública relacionados con el envenenamiento o adulteración de aguas, alimentos y medicinas, adulteración de sustancias o bienes destinados al uso público, así como el tráfico de productos nocivos para la salud (arts. 286 a 288 CP). También constituyen delito el ejercicio ilegal de actividades sanitarias, el ejercicio abusivo de la medici-

na, la violación de medidas sanitarias, la venta de alimentos nocivos y el expendio irregular de medicamentos (arts. 290 a 295), y se sanciona a la persona que a sabiendas propaga una enfermedad peligrosa o contagiosa para la salud de las personas (art. 289 CP).

En cuanto al Derecho administrativo sancionador, de manera general, se encuentran las disposiciones sobre la protección al consumidor. La Ley de Protección al Consumidor²⁶ establece obligaciones, tanto del proveedor de derecho público, como privado, en relación con la protección a la salud. La Comisión de Protección al Consumidor es el órgano administrativo competente para conocer de las presuntas infracciones a las disposiciones contenidas en dicha Ley, así como para imponer las sanciones administrativas y medidas correctivas. Cabe señalar también las disposiciones contenidas en el Código de Ética de la Función Pública, DS 033/2005/PCM, para que los empleados públicos actúen con probidad durante el desempeño de su función. Sobre el acto médico, la Ley de Trabajo Médico estipula que éste se rige por el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú y los dispositivos internacionales ratificados por el Gobierno peruano²⁷.

5.2 La legislación en materia de salud contiene diversas disposiciones sobre las obligaciones del Estado y de los que proporcionan servicios de salud. La LGS señala que la salud pública es responsabilidad primaria del Estado. Así mismo, se establece como responsabilidad del Estado el vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición y de salud mental de la población, los de salud ambiental, así como los problemas de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social (Título Preliminar V). En este sentido, la LGS establece la atención preferente al niño y al adolescente, y a las personas con discapacidad severa afectadas además por una enfermedad (art. 9). También se señala la responsabilidad del Estado en la promoción de condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población «en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad» (Título Preliminar VI).

En cuanto a medidas más concretas, la LGS establece la obligación de los profesionales de salud de comunicar a la autoridad de salud reacciones adversas a medicamentos que revistan gravedad (art. 34), la obligación de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo de cumplir con los requisitos que disponen los reglamentos y las normas técnicas dictadas (art. 37), así como la sujeción a evaluaciones, controles y auditorías por parte de la autoridad de salud (art. 38).

5.3 Dentro del sistema sanitario, los usuarios cuentan con dos procedimientos para la reclamación de sus derechos. El primero es la queja que se presenta ante el director o médico jefe del establecimiento de salud en donde se cometió alguna vulneración del derecho a la salud. Esta queja está regulada mediante la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444, Ley de Bases de la Carrera Administrativa, y su Reglamento aprobado por DS 005/90-PCM. Una vez presentada la queja, se envía al órgano de control correspondiente para que investigue los hechos. En la realidad, debido a que muchas entidades de salud no tienen definido el órgano de control correspondiente, el propio director o médico jefe asumen esa función. Sin

²⁶ El artículo 1 del DS 039/2000/ITINCI, Texto Único Ordenado del DL 716.

²⁷ Ley del Trabajo Médico, DL 559.

embargo, éste es un procedimiento de carácter general, ya que dentro del MINSA no se cuenta con un procedimiento especial para la atención de reclamos, sugerencias o consultas por parte de los usuarios y usuarias.

El segundo procedimiento es una queja que se presenta ante la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud (OETDS) y que ésta tramita de manera interna.

5.4 El Código Civil Peruano (CC) contiene un sistema subjetivo de responsabilidad civil contractual, en su artículo 1321, en donde se establece que queda sujeto a la indemnización de daños y perjuicios quien no ejecuta sus obligaciones por dolo, culpa inexcusable o culpa leve. El resarcimiento por la inejecución de la obligación o por su cumplimiento parcial, tardío o defectuoso, comprende tanto el daño emergente como el lucro cesante, en cuanto sean consecuencia inmediata y directa de tal inejecución. El artículo 1969 CC establece que aquel que por dolo o culpa causa daño a otro está obligado a indemnizarlo.

La responsabilidad solidaria también está reconocida por el CC y la LGS. El artículo 1981 del CC señala que «aquel que tenga a otro bajo sus órdenes responde por el daño causado por este último, si ese daño se realizó en el ejercicio del cargo o en cumplimiento del servicio respectivo. El autor directo y el autor indirecto están sujetos a responsabilidad solidaria». Sin embargo, el artículo 48 de la LGS establece que el establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios ocasionados al paciente derivados del ejercicio negligente, imprudente e imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñen en éste con relación de dependencia. Por lo tanto, este artículo restringe el alcance de lo establecido en el CC.

La LGS, en relación a los deberes, restricciones y responsabilidades en consideración a la salud de terceros, señala que: «Los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades» (art. 36).

Las acciones indemnizatorias pueden ser tramitadas de acuerdo a la cuantía de la pretensión, en cualquiera de las vías procedimentales previstas en el Código Procesal Civil, como son: procesos de conocimiento, abreviado o sumario.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Entre los principales problemas en salud sexual y reproductiva están la mortalidad materna, que está estimada en 185 por cien mil nacidos vivos a nivel nacional, y la mortalidad perinatal, que fue de 23 defunciones por mil embarazos de siete o más meses y representó más del 50% de la mortalidad infantil²⁸. Asimismo se encuentran el embarazo no deseado, el aborto, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, la violencia basada en género, el cáncer ginecológico y mamario.

Aún existe una demanda insatisfecha de planificación familiar, ya que se encontró una fecundidad deseada de 1,4 hijos frente a la observada de 2,4 hijos por mu-

²⁸ ENDES 2002.

jer²⁹. La cifra por aborto está estimada en 400 mil, habiéndose incrementado esta cifra de estimaciones anteriores a consecuencia de embarazos no deseados producto de la falta de acceso de métodos anticonceptivos. Está estimado que la violencia basada en género ocurre en más del 50% de las mujeres en edad reproductiva.

El Relator Especial subraya la importancia de garantizar el acceso, en particular de los pobres, a toda una serie de servicios de salud sexual y reproductiva, como la planificación familiar, la atención prenatal y puerperal, servicios obstétricos de urgencia y el acceso a información. En forma particular, el Relator Especial enfatiza que las mujeres deberían tener acceso a buenos servicios en caso de complicaciones derivadas del embarazo, parto o aborto, y que se deberían suprimir las sanciones para quien aborte y para quienes practican los abortos.

6.2 La tasa de mortalidad infantil en la niñez, a nivel nacional, es de 33 por mil nacidos vivos, aunque en las zonas urbanas la tasa disminuye a 24 por mil y en las rurales aumenta a 45 por mil³⁰. Entre las principales causas de mortalidad infantil están las enfermedades perinatales y las infecciones respiratorias agudas. La desnutrición crónica de niños menores de cinco años es del 25,4%.

El 20,9 de la población peruana tiene entre 10 y 19 años (INEI 2004). Asimismo, el 66,9% de adolescentes de entre 10 y 14 años, y el 56,6% de los que tienen entre 15 y 19 años viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

La principal causa de hospitalización de adolescentes según el MINSA está relacionada con la atención de embarazos, partos y puerperio, seguida de traumatismos, envenenamientos, neumonía, tuberculosis y apendicitis. El documento sobre lineamientos de Política de Salud de las y los Adolescentes muestra evidencias de un incremento progresivo de embarazos, abortos y muertes maternas, debido a la limitación en la prestación de servicios específicos para adolescentes en el tema de salud sexual y reproductiva. Al respecto se señala que el 13% de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad es madre o está gestando por primera vez. Asimismo, el 55% de estos embarazos fueron no deseados³¹.

La principal causa de mortalidad está relacionada con accidentes, suicidios y violencias. Cabe señalar que en la etapa adolescente se inician conductas de riesgo que amenazan su salud como el tabaquismo, consumo de alcohol y drogas. Asimismo, en relación al VIH, la mayoría de los casos reportados en el Perú tiene entre 20 y 39 años de edad, lo que indica que se contrajo la enfermedad en la adolescencia o juventud.

6.3 La salud de los pueblos indígenas forma parte de la estrategia sanitaria nacional. Entre sus líneas de acción busca una adecuación cultural de los servicios y de los establecimientos de salud en el ámbito de los pueblos. Sin embargo, a la fecha no hay normas específicas para la atención en salud de las poblaciones indígenas, ni políticas de salud a favor de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial.

Los pueblos indígenas, en situación de aislamiento y contacto inicial o esporádico, que se encuentran mayormente en la Región Amazónica, son quienes están más susceptibles a la vulneración de sus derechos a la salud. Actualmente, se ha repor-

²⁹ ENDES 2004.

³⁰ UNICEF. *El Estado de la Niñez en el Perú*. Lima, 2004, p. 13.

³¹ ENDES 2000.

tado la falta de insumos médicos y personal en establecimientos que atienden a pueblos indígenas en aislamiento, así como un brote de enfermedades diarreicas agudas, en varios de estos pueblos, debido a alimentos contaminados.

Cabe señalar que la información estadística actual que tiene el MINSA no cuenta con datos desagregados sobre la situación de salud de las poblaciones indígenas³².

7. PROBLEMAS PARTICULARES

Salud mental. Las personas internadas en establecimientos de salud mental fueron objeto de preocupación del Relator Especial, quien manifestó la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran los usuarios y las usuarias de los servicios psiquiátricos, así como el deterioro de la infraestructura y la falta de servicios de rehabilitación, entre otros.

Por otro lado están los problemas de salud mental debidos a dos décadas de conflicto armado interno. Más de una década de violencia política ha producido alrededor de 25.967 muertos y 435.000 personas desplazadas, de las cuales, aproximadamente, 68.000 han retornado a sus zonas de origen, 6.000 desaparecidos y 9.000 detenidos, muchas de ellas injustamente. Esta población ha sido afectada económica, social y emocionalmente, manifestando problemas como reacciones de estrés grave y trastornos de adaptación que incluyen trastornos de desadaptación del migrante, con manifestaciones psicósomáticas de tipo depresivo/digestivo o de estrés postraumático. La Comisión de la Verdad recomendó el establecimiento de programas para el tratamiento gratuito de los problemas mentales y físicos que incluya la atención mental especializada de las mujeres. El MINSA viene elaborando los planes sobre el particular³³.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Desde el primer caso de SIDA reportado en el Perú, en el año 1983, al 31 de enero del 2006, hay 18.059 casos reportados de SIDA y 24.449 casos de VIH³⁴. La mayor cantidad de casos reportados provienen de Lima y el Callao, y la mayor incidencia acumulada se encuentra en las regiones de la costa (Ica, Ancash, La Libertad, Arequipa, Piura) y la selva (Loreto, Ucayali y Martín). La epidemia se concentra en la población de hombres que tienen sexo con hombres. La principal vía de transmisión es la sexual, que asciende a un 97%. Si bien en un inicio la epidemia afectaba principalmente a varones homosexuales, actualmente el SIDA afecta tanto a varones y mujeres, a una razón de tres hombres por cada mujer, lo que indica que la transmisión

³² Actualmente sólo existe la NT 028-MINSA/DGSP/V.01 Norma Técnica «Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas», aprobada en junio de 2005.

³³ Cabe señalar que la Salud Mental y Cultura de Paz forma parte de las Estrategias Sanitarias Nacionales. El Plan General de la Estrategia fue elaborado en enero del 2005. Entre los lineamientos de la salud mental se encuentra la atención del síndrome de estrés post-traumático en poblaciones afectadas por violencia política y desastres.

³⁴ MINSA. *Boletín Epidemiológico Mensual*, enero 2006, «Situación del VIH/SIDA en el Perú». Oficina General de Epidemiología.

heterosexual se ha incrementado. Cabe destacar que las personas afectadas se encuentran, principalmente, entre los 20 y 39 años, lo que indica un contagio de la enfermedad a una edad temprana. A la fecha, se calcula que más de 70 mil personas viven con el VIH/SIDA en el Perú. Al respecto, el Relator Especial ha señalado que el VIH/SIDA ha generado diversas formas de discriminación de los afectados, lo que entorpece aún más el disfrute del derecho a la salud u otros Derechos Humanos.

El VIH/SIDA se encuentra regulado por Ley 266626³⁵. La actual legislación garantiza a toda PVVS el derecho a recibir atención integral de salud, continua y permanente por parte del Estado³⁶. Las pruebas para diagnosticar el VIH y SIDA son voluntarias y se realizan previa consejería obligatoria. Sin embargo, se consideran casos de excepción a la voluntariedad, el de los donantes de sangre y órganos, el de la madre gestante a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas o tratamientos pertinentes. Los resultados de las pruebas diagnosticadas con VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio son de carácter confidencial, salvo las circunstancias determinadas por ley.

Cabe señalar que la Ley 26626 establece que las PVVS pueden seguir laborando mientras sean aptas para desempeñar sus obligaciones. De esta manera se establece la nulidad del despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA. Actualmente, el MINSA cuenta con una Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de las ITS VIH-SIDA y un Plan General para el periodo 2004-2006³⁷. Actualmente, unos 7.000 peruanos y peruanas reciben tratamiento antirretroviral de manera gratuita en los establecimientos del sector, incluyendo ESSALUD y las sanidades de las Fuerzas Armas y Policiales, además de ONGs acreditadas que trabajan en este campo.

El Proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria viene proporcionando un financiamiento temporal que cubre el costo de la atención integral, así como el tratamiento antirretroviral de las PVVS, con la condición de que el Estado asuma de forma progresiva los gastos de los tratamientos. Al respecto, el financiamiento de medicamentos antirretrovirales culmina este año, por lo que el MINSA deberá asumir la totalidad de los gastos para los años siguientes.

La Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (CONAMUSA) es un organismo de coordinación, constituido con la representación del Gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en el país, que busca promover y construir consensos, desarrollar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores y cerrar la brecha entre lo público y lo privado.

³⁵ La Ley 28243 amplía y modifica la Ley 26626 y El DS 4/97 contiene el reglamento de la Ley.

³⁶ La atención integral de salud comprende acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, consejería pre y post diagnóstico, rehabilitación y reinserción social, atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria y/o comunitaria, suministro de medicamentos requeridos, entre otros.

³⁷ Como objetivos específicos se han establecido: la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en población general, la disminución de la transmisión sexual de las ITS/VIH en poblaciones vulnerables, la reducción de la transmisión sanguínea de las ITS/VIH, incluyendo la transmisión por hemoderivados, trasplantes o durante procedimientos invasivos, disminución de la transmisión vertical de las ITS/VIH, disminución del impacto individual, social y económico de las personas viviendo con VIH y SIDA, fortalecimiento de la coordinación multisectorial para el control de las ITS/VIH y SIDA.

9. FUENTES EN INTERNET

Acuerdo Nacional

<http://www.acuerdonacional.gob.pe>

Consortio de Investigación Económica y Social (CIES)

<http://www.consortio.org/>

Defensoría del Pueblo

<http://www.defensoria.gob.pe>

Foro Salud

<http://www.forosalud.org.pe>

Instituto Nacional de Estadística e Informática

<http://www.inei.gob.pe>

Ministerio de Salud

<http://www.minsa.gob.pe>

15. PORTUGAL*

1. INTRODUÇÃO: 1.1 Quadro jurídico geral. 1.2 Instituições. 1.3 Planos. 2. SISTEMA DE SAÚDE: 2.1 Princípios, estrutura e meios. 2.2 Participação. 3. PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA: 3.1 Promoção Social da Saúde. 3.2 Política de saúde pública. 4. DIREITOS: 4.1 Direito à saúde. 4.2 Direito ao medicamento. 4.3 Outros direitos relacionados com a saúde. 5. GARANTIAS: 5.1 Direito Penal e de Mera Ordenação Social. 5.2 Obrigações da administração 5.3 Procedimentos extrajudiciais de reclamação. 5.4 Indemnização por danos. 6. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mulher. 6.2 Crianças e Adolescentes. 6.3 Minorias. 7. PROBLEMAS PARTICULARES. 7.1 Saúde mental. 7.2 Reprodução assistida. 7.3 Situação de dependência. 7.4 Transplantação de órgãos. 8. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA. 9. FONTES NA INTERNET.

1. INTRODUÇÃO

1.1 O direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover encontra-se constitucionalmente consagrado no capítulo dos direitos fundamentais (art. 64.). Este direito (na sua dimensão preceptiva como programática) é principalmente assegurado através da garantia institucional de um SNS, universal, geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito (art. 64, 2). Incumbe especialmente ao Estado garantir a execução deste direito, através do exercício de competências legislativas como administrativas, na prática de actividades materiais extensas. A concretização deste direito tem como textos jurídicos fundamentais a LBS¹ e o ESNS², assim se criando um patamar normativo

* **Abreviaturas:** ADSE = Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública; AR = Assembleia da República; CC = Código Civil; CE = Conselho da Europa; CP = Código Penal; CRP = Constituição da República Portuguesa de 1976; DGS = Direcção-Geral da Saúde; DL = Decreto-Lei; EFTA = Associação Europeia de Comércio Livre; ESNS = Estatuto do Serviço Nacional de Saúde; IEFP = Instituto de Emprego e Formação Profissional; IGIF = Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde; INE = Instituto Nacional de Estatística; INFARMED = Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; IQS = Instituto da Qualidade em Saúde; ISHST = Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho; LBS = Lei de Bases da Saúde; MS = Ministério da Saúde; OCDE = Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico; OMS = Organização Mundial de Saúde; ONU = Organização das Nações Unidas; PJ = Provedor de Justiça; PNAP = Plano Nacional de Acção para a Prevenção; PNS = Plano Nacional de Saúde; PNV = Plano Nacional de Vacinação; SNS = Serviço Nacional de Saúde; SS = Segurança Social; TC = Tribunal Constitucional; UE = União Europeia.

¹ Lei 48/90, de 24 de Agosto, alterada pela Lei 27/2002, de 8 de Novembro, vid: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/legislacao/legislacao_farmaceutica_compilada/titulo_i/lei_48-90.pdf.

² DL11/93, de 15 de Janeiro, alterado pelos DL 77/96, de 18 de Junho, 53/98, de 11 de Março, 97/98, de 18 de Abril, 401/98, de 17 de Dezembro, 156/98, de 10 de Maio, 157/99, de 10 de Maio,

que, de acordo com o princípio da proibição do retrocesso social³, na sua globalidade tem sido entendido como adquirido.

O direito à protecção da saúde, para além da sua dimensão social, surge como instrumental face a direitos preceptivos, como o direito à vida (art. 24.), à integridade física (art. 25).

Em termos supralegais mas preterconstitucionais, o direito à saúde deve ser enquadrado nas obrigações de Portugal enquanto membro da UE ou por força da sua vinculação a convenções internacionais nesta matéria. Portugal é membro da OMS e da OCDE, entidades cujas recomendações são usualmente seguidas e contribuem para a evolução do ordenamento jurídico nacional no que respeita à protecção na saúde. Portugal participa igualmente em diversos Comités no âmbito do CE e EFTA, sendo de destacar também as Reuniões Ibero-americanas de Ministros da Saúde.

Portugal é parte nos normativos internacionais mais importantes, incluindo a recente Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano, conhecida por Convenção de Oviedo.

Nas últimas Observações do Comité de Direitos Económicos, Sociais e Culturais ao 3.º Relatório sobre Portugal⁴, é de salientar a recomendação feita no que concerne aos esforços no combate à droga, nomeadamente junto dos mais jovens. É ainda de referir que o SNS acompanha na generalidade as recomendações da ONU referidas no Comentário Geral 14⁵, sobre o direito ao melhor estado de saúde possível de atingir - art. 12.º do Pacto de Direitos Económicos, Sociais e Culturais.

1.2 Na organização administrativa, as competências relativas à promoção da saúde e do bem-estar da população têm um foco central no Ministério da Saúde (MS). Para o cumprimento desta missão o MS conta com os seguintes serviços centrais

A Secretaria-Geral que tem por função prestar apoio aos membros do Governo, bem como definir, propor e aplicar normas que visem o desenvolvimento dos recursos humanos da saúde e da componente organizacional, numa óptica de dinamização e modernização.

A Inspecção-Geral da Saúde, que assegura o cumprimento das leis e regulamentos no sistema de saúde, tendo em vista o bom funcionamento e a qualidade dos serviços e a defesa dos legítimos interesses e bem-estar dos utentes.

A Direcção-Geral de Saúde, que tem por missão promover a saúde, elevando o nível de bem estar físico, mental e social e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida, bem como desenvolver uma visão estratégica da evolução do sistema de saúde centrado no cidadão, propondo cenários alternativos, susceptíveis de informar a decisão política e as estratégias apropriadas ao desenvolvimento do SNS e promovendo a aplicação concertada de orientações que concorram

68/2000, de 26 de Abril, 185/2002, de 20 de Agosto, e 223/2004, de 3 de Dezembro. Vid: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/infarmed/legislacao/legislacao_farmacaceutica_compilada/titulo_i/0bb9ba4bf8484161e04010ac3120284e.

³ Para mais considerações sobre este princípio, veja-se a sua definição e defesa pelo TC, em 1984, no seu Acórdão 39/84, vid: <http://dre.pt/pdfgratis/1984/05/10400.PDF#page=3>.

⁴ Texto integral em: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.1.Add.53.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.1.Add.53.En?OpenDocument); versão espanhola em:

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.1.Add.53.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.1.Add.53.Sp?OpenDocument).

⁵ Adoptado na 22.ª sessão do Comité, em 2000.

para a coesão do sistema de saúde e para o enquadramento dos seus principais actores.

O Instituto da Qualidade em Saúde, ao qual compete a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visem a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde, promovendo igualmente a melhoria contínua do desempenho nos cuidados de Saúde.

A Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, com atribuições na área do estudo, projecto e execução de empreitadas e aquisição de bens no domínio das instalações e equipamentos da saúde, assim definindo as normas e orientações técnicas para o projecto, construção e apetrechamento dos grandes empreendimentos da Saúde.

Por sua vez, o Alto Comissariado da Saúde, criado pelo Decreto Regulamentar 7/2005, de 10 de Agosto, é um serviço de coordenação intraministerial que tem por objecto a coordenação e articulação das políticas públicas de preparação e execução do «PNS 2004-2010» e de programas específicos de âmbito nacional, em particular, de quatro áreas consideradas prioritárias pelo actual executivo e que são as doenças cardiovasculares, as oncológicas, a infecção VIH/SIDA e a saúde das pessoas idosas e outros cidadãos dependentes. As políticas constantes do PNS serão abordadas adiante, (§ 1.3).

Recentemente, foi criada uma entidade administrativa independente⁶, a Entidade Reguladora da Saúde, tendo por atribuições «a regulação e a supervisão da actividade e funcionamento dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento das suas obrigações legais e contratuais relativas ao acesso dos utentes aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à segurança e aos direitos dos utentes» (art. 6). Esta nova entidade está ainda em fase de início de actividade.

A estrutura de comissões parlamentares na AR compreende actualmente uma comissão especializada permanente de Saúde⁷.

As organizações não governamentais especializadas em saúde, em alguns casos prestando assistência social e sanitária, contam com uma participação activa e regular junto da Administração. São disso exemplos a Abraço, Associação de luta contra o VIH, a Liga Portuguesa Contra o Cancro, a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal a Associação Portuguesa dos Insuficientes Renais, a Associação Portuguesa de Esclerose Múltipla, a Associação Portuguesa de Hemofílicos, a Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer e a Associação Nacional de Doentes com Fibromialgia, entre muitas outras. Ocorre também participação relevante por parte de entidades sindicais, em particular das representativas de trabalhadores do sector.

Existe actualmente um único exemplo de gestão privada de um Hospital público⁸, estando a decorrer concursos públicos internacionais para novas parcerias público-privadas no sector da saúde.

A política de saúde das regiões autónomas da Madeira e dos Açores, tal como estabelecido na Base VIII da LBS, é definida pelo respectivo governo regional, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição e pela LBS. Existem as-

⁶ Vid. DL 309/2003, de 10 de Dezembro. Cf. <http://dre.pt/pdfgratis/2003/12/284A00.PDF#page=29>.

⁷ A sua actividade pode ser consultada em:

http://www3.parlamento.pt/comissoes/Comissao.aspx?Tipo=0&Categoria=0&id_comissao=10.

⁸ O Hospital Fernando da Fonseca. Cf. http://www.josedemellosaude.pt/site/cgi-bin/jms_UNIDADESUBCANAL.asp?LOCALID=129.

sim, Serviços Regionais de Saúde próprios financiados pelo orçamento regional. A sua gestão é da responsabilidade da administração autonómica.

1.3 O PNS, actualmente fixado para o período 2004-2010, define as políticas públicas no domínio da saúde, orientando a actuação dos diversos níveis do MS e de outros organismos do sector da saúde - públicos, privados ou do sector social.

Em concretização e desdobramento do PNS, existem cerca de 40 programas de índole nacional de implementação gradual. Destaca-se o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, o Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual, o Programa Nacional de Prevenção das Infecções Nosocomiais, o Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais, o Programa Nacional de Acreditação dos Centros de Saúde e o Programa Nacional de Avaliação Externa da Qualidade Laboratorial.

2. SISTEMA DE SAÚDE

2.1 O SNS envolve um conjunto completo de cuidados integrados de saúde, que compreendem a promoção e vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. Tem como fim a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na protecção da saúde individual e colectiva. Goza de autonomia administrativa e financeira, numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local, e dispõe de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados. É apoiado por actividades de ensino que visam a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.

Em 2002, aprovou-se um novo regime de gestão hospitalar, pela Lei 27/2002, de 8 de Novembro, introduzindo modificações profundas na LBS, definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar, e admitindo-se modelos de gestão de tipo empresarial.

O SNS é um sistema de prestação de cuidados de saúde universal, centralizado e público, com propriedade pública dos hospitais e centros de saúde. O seu modelo de financiamento assenta, tradicionalmente, nas receitas de impostos.

A expansão dos serviços de saúde e o aumento crescente dos gastos com a saúde, com influência directa no equilíbrio do orçamento do Estado, criaram a necessidade de correcção dos problemas de financiamento.

Surge, assim, a empresarialização dos hospitais do SNS, evoluindo para um novo sistema de gestão e de financiamento, orientado para a prossecução dos objectivos fundamentais de controlo da despesa total, maximização da eficiência dos prestadores, manutenção/aumento da qualidade e responsabilização da gestão.

Instituiu-se um modelo contratual assente em mecanismos de ajustamento às especificidades de cada hospital, estabelecendo planos de convergência para as unidades menos eficientes, desenvolvendo capacidades de planeamento e contratação, sistematização de um conjunto de novos processos e introdução de ajustamentos nos sistemas de informação. O Estado identifica as necessidades dos cidadãos, planifica a oferta de cuidados de saúde e, contrata os serviços necessários por forma a satisfazer as necessidades da procura, dentro dos limites impostos pela restrição orça-

mental. Por sua vez, as entidades prestadoras dos serviços de saúde, públicas ou privadas, asseguram o fornecimento dos serviços de saúde e gerem a sua própria actividade, procurando atingir níveis de eficiência compatíveis com os preços fixados no contrato.

Para estabelecer e graduar estes níveis de eficiência e remunerar os serviços prestados, o Estado conta com o sistema de classificação de doentes, os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), que permitem implementar um sistema de financiamento através de um esquema de pagamento dos serviços efectivamente prestados pelas instituições. Em termos muito gerais, os gastos directos com o internamento, por exemplo, passam a ser pagos por doente saído, a preços diferentes para hospitais centrais e distritais, de acordo com cada valência e tendo em conta os custos médios, ajustados pelas respectivas demoras médias e taxas de ocupação. O GDH é uma medida do custo esperado com o tratamento de um doente típico desse grupo, expresso em termos relativos face ao custo do doente médio nacional.

Coexistem com o sistema público de saúde os sectores privado e social que se dedicam a esta actividade. As unidades privadas de saúde, com e sem fins lucrativos, do sector privado e social, estão sujeitas a licenciamento e fiscalização, nos termos do art. 38,2, do ESNS e do DL 13/93, de 15 de janeiro. A grande maioria dos hospitais do sector social possui convenções com o SNS, assim se articulando com o mesmo em diversas valências deficitárias.

De acordo com dados de 2004, o SNS dispunha de 349 Centros de Saúde e 1.799 Extensões de Saúde, organicamente dependentes daqueles centros. Destes Centros de Saúde, 51 forneciam internamento, com capacidade para 779 utentes, e 265 dispunham de Serviço de Atendimento Permanente (SAP). No que se refere à rede hospitalar o SNS conta com 83 hospitais, com capacidade para 23.102 camas, o que equivale a 2,3 camas por cada mil habitantes.

O gasto público com saúde ascendeu em 2004 a 7.631,5 milhões de euros e em 2005 a 8.032,5 milhões de euros⁹. Entre 1996 e 2003 o gasto público em saúde oscilou entre 4% e 4,5% do PIB¹⁰.

O pessoal do SNS encontra-se maioritariamente coberto pelo regime da função pública. Existem 2,41 médicos por cada 1000 habitantes, sendo poucos, contudo, os médicos de família, assim propiciando a existência de franjas notáveis da população sem possibilidade de acompanhamento regular pelo mesmo clínico no centro de saúde da sua residência.

No que se refere à cobertura nacional de médicos de família, não existem dados concretos de população a descoberto, isto é, sem médico de família. Sabe-se contudo que nos grandes centros urbanos e em determinadas zonas periféricas, que viram a sua população crescer fortemente, o número de utentes sem médico de família pode ser bastante elevado, acima de 10.000 utentes. Existem medidas concretas para atenuar esta situação, como sejam a instituição de consultas de recurso, em alguns casos diárias, para esses utentes a descoberto. As consultas são asseguradas por médi-

⁹ Dados provisórios fornecidos pelo IGIF.

¹⁰ Em 1996 4% do PIB, em 1997 3,9% do PIB, em 1998 4,1% do PIB, em 1999 e 2000 4% do PIB, em 2001, 4,1% do PIB, em 2002 4,8% do PIB e em 2003 4,5% do PIB. Faz-se notar que os valores referentes a 2003 não são comparáveis com os anos anteriores, dado que não contém a totalidade das verbas de financiamento dos 34 hospitais do Sector Público Administrativo, que deram origem às 31 Sociedades Anónimas. O total inclui ainda uma verba de 300 milhões de euros referente a um empréstimo contraído pelo IGIF junto da Direcção-Geral do Tesouro.

cos que nem sempre são do Centro de Saúde, o que tem como inconveniente não se instituir a relação médico-doente que o sistema dos cuidados de saúde primários preconiza. Existiam 36090 enfermeiros no SNS, sendo que 59,5% destes possuíam formação de nível superior.

O envelhecimento da classe médica é já apontado como um problema grave do SNS e uma eventual causa da sua ruptura em determinadas especialidades. Tal deve-se inter alia a um numerus clausus apertado nas Faculdades de Medicina, mais aliviado nos últimos anos. Assim, em determinadas especialidades, como por exemplo anesthesiologia ou medicina geral, existe uma procura muito superior à oferta, o que tem levado à contratação de médicos estrangeiros, em especial aqueles cuja língua materna é o português ou o castelhano. No mesmo sentido, existe ainda um acentuado défice de enfermeiros, com igual fenómeno da contratação de profissionais estrangeiros.

Faça-se ainda referência aos hospitais militares, que têm como missão prestar apoio sanitário ao pessoal militar e militarizado, bem como aos seus familiares. Existem quatro unidades hospitalares do Exército e uma da Força Aérea. Os cuidados de saúde militares contam ainda com o Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos que presta apoio farmacêutico aos utentes militares e à «família militar», em medicamentos e análises clínicas.

Existem 22 centros de recuperação de toxicoddependência em todo o país, que actuam não só no campo da prevenção como também no tratamento e reinserção social dos toxicoddependentes. São proporcionadas consultas gratuitas e confidenciais e dispõe das seguintes Unidades Especializadas: a) Centros de Atendimento a Toxicoddependentes; b) Unidades de Dispensa de Terapêutica de Substituição; c) Unidades de Desabilitação; d) Comunidades Terapêuticas; e) Centros de Dia; e f) Centros de Informação e Acolhimento (CIAC).

É imprescindível referir a existência de subsistemas públicos de saúde, com grande peso. O maior, abrangendo a generalidade dos funcionários do Estado, denominado ADSE, tem actualmente um universo de 1.342.117 beneficiários, que beneficiam de uma assistência médica e medicamentosa bastante superior à conferida pelo SNS. De facto, podem esses utentes optar entre os estabelecimentos integrados no SNS, recorrer a prestadores convencionados, mediante o pagamento de uma percentagem acordada previamente, ou optar por qualquer prestador privado, pagando a totalidade mas recebendo posteriormente uma percentagem previamente quantificada.

Os demais subsistemas públicos de saúde são em geral equivalentes à ADSE, em alguns casos com níveis de comparticipação inferiores mas sempre com a possibilidade de opção entre os convencionados e o regime livre.

2.2 O princípio de participação na concretização do direito à saúde surge bem expressa na LBS:

a) na Base VII, que estabelece o Conselho Nacional de Saúde, órgão de consulta do governo que representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e que inclui representantes dos utentes, designados embora pela AR;

b) na Base XIV, (1, h), e II, 1, g), prevendo-se que os utentes têm direito a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses e a constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Existem diversas associações constituídas e com larga actividade junto de diversos hospitais do SNS¹¹, que se constituem como órgãos de defesa dos direitos dos utentes;

c) na Base XXIX, prevendo as comissões concelhias de saúde, órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Com a empresarialização de alguns hospitais do SNS e conseqüente publicação dos novos estatutos de cada hospital, instituiu-se um Conselho Consultivo que, na sua composição conta, entre outros, com representantes do município respectivo e de um representante dos utentes, designado pela respectiva associação ou por equivalente estrutura de representação. Compete aos conselhos consultivos apreciar os planos de actividade de natureza anual e plurianual, apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade do hospital e emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços.

A intervenção do cidadão na defesa dos seus direitos estabelece-se ainda, através do Gabinete do Utente, estrutura existente em todos os hospitais e centros de saúde, recebendo e tratando reclamações ou sugestões que sejam apresentadas¹². Recentemente foi aprovada a lei das Associações de Defesa dos Utentes de Saúde¹³, que estabelece os direitos de participação e de intervenção destas junto dos diversos níveis da administração, designadamente no procedimento legislativo, podendo gozar do estatuto de parceiro social e beneficiando do direito de antena nos serviços públicos de rádio e televisão.

Existe um vasto conjunto de associações privadas, sem fins lucrativos, que mantêm com o SNS protocolos de colaboração para a prestação de cuidados de saúde e há também uma grande tradição e prática no domínio do voluntariado exercido em meio hospitalar.

3. PREVENÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

3.1 Cumpre destacar três grandes áreas em matéria de prevenção:

a) Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho. Assim, em matéria laboral, perspectiva salvaguardada da CRP, cabe a coordenação, execução e avaliação de políticas, no âmbito do Sistema Nacional de Prevenção dos Riscos Profissionais, ao Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, criado através do DL 171/2004, de 17 de Julho, entidade que representa Portugal junto da Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (art. 59, 1, c CRP). O Código do Trabalho (CT) consagra que o trabalhador tem direito à prestação de trabalho em condições de segurança, higiene e saúde asseguradas pelo empregador (art. 272 CT) Cabe a este prevenir os riscos profissionais e promover a saúde do trabalhador. A execução desta obrigação assenta na planificação e organização da prevenção de riscos profissio-

¹¹ Entre muitas outras, Associação dos Utentes do Hospital de Torres Vedras, Associação dos Amigos e Utentes do Hospital Fernando da Fonseca, Liga dos Amigos do Hospital da Guarda, Liga dos Amigos do Hospital de Santo António do Porto, Liga dos Amigos do Hospital Garcia da Orta.

¹² Os utentes que queiram efectuar reclamações e/ou sugestões devem solicitar o Livro de Reclamações aprovado pela Portaria 355/97, de 28 de Maio, vulgarmente conhecido por «Livro Amarello».

¹³ Lei 44/2005, de 29 de Agosto; vid: <http://dre.pt/pdfgratis/2005/08/165A00.PDF#page=7>.

nais, na eliminação dos factores de risco e de acidente, na avaliação e controlo dos riscos profissionais, na informação, formação, consulta e participação dos trabalhadores, directamente ou através dos seus representantes. A fiscalização do cumprimento destas obrigações, assim como a aplicação das eventuais sanções, compete, em geral, à Inspeção-Geral do Trabalho.

b) Ambiente. A CRP assume também como essencial a criação de condições ambientais que garantam melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como a promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável (art. 64, 2, b). Estatui-se também o direito a um ambiente de vida humano, sadio, e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender (art. 66, 1), incumbindo ao Estado, com o envolvimento dos cidadãos, promover a educação ambiental e o respeito pelos valores do ambiente (art. 66, 2, g). Por sua vez, a LBS incentiva a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual (Base II, 1, h). Também na Lei de Bases do Ambiente (LBA) se definem princípios específicos de actuação do Estado, entre outros, os princípios da prevenção, do equilíbrio, tendo como finalidade o desenvolvimento integrado, harmónico e sustentável, da participação e da responsabilização (art. 3). A entidade fiscalizadora respectiva é a Inspeção-Geral do Ambiente.

c) Consumo. A CRP tutela também o direito à qualidade dos bens e serviços consumidos e à informação, à protecção da saúde, da segurança e dos interesses económicos dos consumidores, bem como à reparação de danos (art. 60, 1). O organismo genericamente competente para a promoção e salvaguarda destes direitos é o Instituto do Consumidor¹⁴. É à novel Autoridade de Segurança Alimentar e Económica que cabem as funções de avaliação e de comunicação de riscos na área da segurança alimentar, mas também com funções de fiscalização.

3.2 As políticas públicas de prevenção de saúde integram-se, essencialmente, no PNV e na Vigilância Epidemiológica, ambas concertadas pela DGS.

a) Vacinação. O PNV entrou em vigor em 1965. Com as suas características de universalidade gratuita e esse êxito inicial, ganhou a confiança da população e dos profissionais de saúde, constituindo um sucesso, ao longo dos seus 40 anos de história.

Em Janeiro de 2006 entrou em vigor o novo PNV que tem como objectivos principais a consolidação da eliminação da poliomielite, a manutenção de elevadas taxas de cobertura contra o sarampo e a rubéola, e a vacinação de adultos contra o tétano. As vacinas que actualmente o integram aumentaram o leque de protecção, com a introdução de vacina contra a *Neisseria meningitidis* do serogrupo C.

Há a notar, recentemente, o lançamento de campanha de vacinação contra a meningite C, abrangendo a população até aos 18 anos, a manutenção do programa de vigilância clínica, epidemiológica e laboratorial da paralisia flácida aguda e a contenção do vírus pólio selvagem em laboratórios e a integração da rede EUVAC.

A vigilância epidemiológica comporta sistemas que detectam, investigam e monitorizam diversos agentes patogénicos, os factores que influenciam o seu aparecimento bem como o impacte das medidas de saúde públicas adoptadas. Existindo

¹⁴ Criado pela Lei 24/96, de 31 de Julho. Vid: <http://www.ic.pt/pls/icnew/homepage>.

há décadas, são da mesma exemplos os sistemas de notificação obrigatória e a vigilância epidemiológica de indicadores ambientais, como a qualidade da água de consumo humano, das águas minerais naturais e de nascente.

Entre os programas existentes, citem-se o Sistema de Alerta e Resposta Apropriada em Emergências de Saúde Pública SARA, sistema que pretende aperfeiçoar o diagnóstico e incentivar a notificação das situações de emergência, a Vigilância da Gripe, promovendo, entre outras medidas, a vacinação dos grupos de risco, o Programa de Vigilância Epidemiológica Integrada da Doença do Legionário, a divulgação de alertas para Consultas de Saúde do Viajante e as medidas de Vigilância e Controlo da eventual importação de doenças.

Portugal participa, através da DGS, em diversas redes europeias e internacionais de vigilância epidemiológica, permitindo a uniformização de critérios de diagnóstico a partilha de um sistema próprio de informação, com a rápida permuta de informação.

b) As medidas especiais na luta contra toxicod dependência, alcoolismo e tabagismo, estão previstas no PNAP, com especial atenção ao meio laboral. Foi anunciada nova legislação bastante restritiva do consumo tabágico.

A Base XIX da LBS institui as autoridades de saúde, definindo que estas se situam a nível nacional, regional e concelhio por forma a garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, sendo hierarquicamente dependentes do MS. O DL 336/93, de 29 de Setembro, estabelece o regime jurídico da autoridade de saúde, a quem compete promover a investigação em saúde e a vigilância epidemiológica, vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública (escolas, teatros, etc.) e determinar as medidas correctivas necessárias para defesa da saúde pública. Pode ordenar a suspensão de actividade ou encerramento dos serviços, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública.

4. DIREITOS

4.1 a) *Universalidade.* O direito à protecção da saúde concretiza-se pela universalidade dos cuidados prestados pelo SNS. Assim, são dele beneficiários todos os cidadãos portugueses, sejam ou não beneficiários de qualquer regime de segurança social.

O acesso ao SNS por parte de estrangeiros que se encontrem em Portugal, encontra-se regulado no Despacho 25360/2001 (2.^a Série), sendo igualmente considerados utentes do SNS aqueles que possuam residência legal em Portugal. Os demais estrangeiros, em situação irregular, mediante a apresentação de documento comprovativo de que se encontram no país há mais de 90 dias, têm também acesso ao SNS, todavia podendo ser-lhes exigido o pagamento das despesas efectuadas, exceptuando as situações de risco para a saúde pública, ou, mediante avaliação pela SS, em função da situação sócio-económica da pessoa em causa.

b) *Tendencial gratuitidade.* O SNS caracteriza-se também pela sua tendencial gratuitidade. A sua gratuitidade tendencial traduz-se, como previsto na Base XXXIV da LBS, na cobrança de taxas moderadoras, sem intuítos primários de financiamento, mas sim com o objectivo de racionalizar a procura de cuidados de saúde. O DL 173/2003, de 1 de Agosto, aprova o regime jurídico das taxas moderadoras, sendo

estas devidas por consulta em Centro de Saúde ou Hospital, atendimento de urgência e feitura de exames complementares de diagnóstico em ambulatório. A Portaria 219/2006, de 7 de Março, recentemente estipulou o aumento das taxas moderadoras¹⁵. O aumento mais significativo ocorreu nas urgências dos hospitais centrais, apontando diversos estudos para uma taxa superior a 70% de «falsas urgências». Foi já suscitada a hipótese de diferenciação das taxas em função do rendimento, bem como a possibilidade de assim se penalizar o recurso injustificado às urgências.

c) *Compleitude*. No plano da completude, o SNS envolve um conjunto completo de cuidados integrados de saúde, abrangendo a promoção da saúde e vigilância, a prevenção, o diagnóstico e tratamento e a reabilitação médica e social. As suas redes assistenciais compreendem os cuidados de saúde primários (incluindo os centros de saúde), secundários (hospitais) e continuados (rede de hospitais para situações de média e longa duração).

d) *Extensão*. Quanto à sua extensão, sem que exista um catálogo dos serviços prestados pelo SNS, abrange este todas as especialidades e terapêuticas conhecidas. Todavia, a impossibilidade de tratamento no âmbito do SNS está prevista no DL 177/92, de 13 de Agosto, que determina as regras de assistência médica no estrangeiro, dependente de indicação clínica, corroborada por assessoria técnica a funcionar junto da DGS. A prestação de cuidados de saúde é independente do local de residência.

Em caso de greve, tratando-se da satisfação de necessidades sociais impreteríveis, estão os profissionais da saúde sujeitos ao dever de assegurar serviços mínimos, nos termos do art. 598., 2, b), do Código do Trabalho.

e) *Qualidade*. A LBS, ao estatuir na sua Base XXX a avaliação permanente do SNS, preocupa-se com a sua qualidade, prevendo a recolha de informação sobre o desempenho, o grau de aceitação pelo utente, a satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos, em termos de custo/benefício. Na sequência de recomendação de organizações internacionais, criou-se em 1999, na dependência da DGS, o IQS, para definição e desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos de melhoria contínua da qualidade do Sistema.

Entre os programas desenvolvidos, citem-se o Programa Nacional de Acreditação de Hospitais; o MoniQuor (Monitorização da Qualidade Organizacional dos Centros de Saúde e o IQIP-Portugal) International Quality Indicator Project, de definição de indicadores do desempenho hospitalar.

Saliente-se ainda a certificação pelo referencial ISO e outros de 71 serviços, na sua maioria hospitalares, no período de 2000-2006. Estão em curso iniciativas que visam implementar nas unidades hospitalares Manuais da Qualidade para o Atendimento e Encaminhamento de Utentes. Em 2006 está em preparação um conjunto de indicadores em segurança do doente e saúde mental.

Não existindo dados disponíveis sobre o tempo médio de espera para consultas, sabe-se contudo que existem bastantes doentes à espera de uma primeira consulta de especialidade. Contudo, a maioria dos doentes graves será atendida com brevidade.

Quanto ao tempo de espera para intervenção cirúrgica, os dados disponíveis para 2005 indicam uma média de 4,6 meses, com mediana de 1,7 meses e um va-

¹⁵ As quais agora são de 8,50 nas urgências dos hospitais centrais, 3,30 nas dos centros de saúde, 4,20 por consulta nos hospitais centrais, 2,75 nos hospitais distritais e 2,05 em centro de saúde.

lor máximo de 197,4 meses. Em Fevereiro 2006, estavam inscritos para cirurgia 240.103 utentes, com a mediana do tempo de espera em 8,1 meses. A questão das listas de espera, quer na determinação da sua real dimensão, eliminando redundâncias e actualizando-as, quer na sua eliminação, tem motivado diversos programas e métodos, incluindo o recurso a unidades privadas de saúde. Assim, desde 1999, sucederam-se o Programa para a Promoção do Acesso, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) e o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). Este último, através da emissão de um vale-cirurgia, permite o recurso a entidades privadas convencionadas, em caso de demora excessiva.

De acordo com a Base XIV da LBS, os direitos de escolher o serviço e os profissionais de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização e a ser tratado adequada, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito.

4.2 No desenvolvimento da Base XXI, 2, da LBS, foi estabelecido o Estatuto do Medicamento¹⁶, cabendo o principal papel institucional ao INFARMED.

No controlo público deste sector, o INFARMED autoriza a introdução de cada medicamento no mercado. Após esta Autorização de Introdução no Mercado (AIM), o seu titular de AIM impetra à Direcção Geral da Empresa autorização para o preço máximo a praticar, o que é feito de acordo com os preços praticados em três países de referência, Espanha, França e Itália. Quando o titular de AIM solicita que o custo do medicamento seja compartilhado pelo SNS, em caso de deferimento, isto pode resultar na redução do preço, face ao valor terapêutico acrescentado do medicamento em avaliação e o preço das alternativas existentes e compartilhadas com a mesma indicação.

O regime de comparticipação do Estado no preço dos medicamentos organiza-se por grupo farmacoterapêutico, por patologia, com base no local de dispensa dos medicamentos ou com base na especialidade médica do prescriptor.

O sistema de garantia da qualidade do medicamento assenta em várias componentes, principiando na actividade do Laboratório de Comprovação de Qualidade do INFARMED, aí se averiguando a conformidade dos medicamentos de acordo com as especificações estabelecidas em sede de AIM. A monitorização dos medicamentos no mercado é efectuada através de um plano de amostragem, existindo critérios que norteiam a definição de um plano anual de colheitas. Para além desta amostragem planeada, efectuada em diferentes fases de fabrico e ao longo de toda a cadeia de distribuição, acresce o controlo laboratorial, efectuado no âmbito de Alertas de Qualidade.

A Lei 2125, de 20 de Março de 1965, estabelece o regime jurídico das farmácias, considerando de interesse público a função de preparar, conservar e distribuir medicamentos ao público e definindo que compete apenas aos farmacêuticos essa função. As farmácias só podem assim funcionar mediante licenciamento público, existindo limitações, populacionais e de localização.

4.3 Pertencem também aos utentes, de acordo com a Base XIV da LBS, os direitos:

¹⁶ Aprovado pelo DL 72/91, de 8 de Fevereiro, e já por várias vezes alterado.

- a) A informação sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável;
- b) A confidencialidade dos dados pessoais;
- c) No que se refere à história clínica dos utentes e aos dados aí constantes, cumpre salientar que os mesmos se encontram protegidos, numa primeira linha, pelo segredo profissional que impende sobre os profissionais de saúde, por outro lado existindo regras muito rigorosas de protecção de dados, que não permitem o acesso indiscriminado aos dados de saúde. Cumpre salientar o papel desempenhado pela Comissão Nacional de Protecção de Dados, quer na definição de critérios, quer na verificação e inspecção *in loco* do funcionamento do SNS nesta vertente;
- d) Ao livre consentimento, para receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo regra especial.

Otros dereiros: à assistência religiosa; a apresentar queixa sobre o tratamento e, se for caso disso, à reparação por prejuízos sofridos; a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses; a constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

5. GARANTIAS

5.1 a) *Ofensas corporais*. Em termos penais, o CP contém vários tipos que, de um modo ou de outro, protegem bens jurídico relacionados com a saúde, designadamente nos crimes contra a integridade física (arts. 143 a 152), tendo as ofensas corporais simples prevista uma pena de prisão até três anos ou pena de multa.

O tipo penal específico relativo a intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos, estipula uma pena de dois anos ou com pena de multa até 240 dias, se pena mais grave não couber por outra via, quando tais intervenções, embora objectiva e subjectivamente lícitas, violem, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, as *leges artis*, criando um perigo para a vida ou de grave ofensa para o corpo ou para a saúde.

b) *Condutas comissivas por omissão*. Para além de, genericamente, estabelecer a punibilidade de condutas comissivas por omissão, prevê o CP o crime de omissão de auxílio (art. 200), punindo com pena de prisão até un ano ou com pena de multa até 120 dias quem, em caso de grave necessidade, nomeadamente provocada por desastre, acidente, calamidade pública ou situação de perigo comum, que ponha em perigo a vida, a integridade física ou a liberdade de outra pessoa, deixar de prestar a outrem o auxílio necessário ao afastamento do perigo, seja por acção pessoal, seja promovendo o socorro. Existe ainda o tipo especial do art. 284, punindo o médico que recusar auxílio em caso de perigo para a vida ou de perigo grave para a integridade física, que não possa ser removido de outra maneira, com pena de prisão até cinco anos.

c) *Saúde pública*. Em legislação avulsa, estão previstos diversos tipos penais que protegem a saúde pública, e em matéria de tráfico de estupefacientes e substâncias psicotrópicas. Desde a entrada em vigor da Lei 30/2000, de 29 de Novembro, o consumo destas substâncias está descriminalizado, constituindo-se apenas como facto punível como contra-ordenação, estando assim sujeita a intervenção administrativa, essencialmente com preocupações de tratamento e reabilitação.

No que se refere ao direito administrativo sancionatório, é de referir, para além do previsto na legislação sobre as relações de consumo, o regime sancionatório dos profissionais de saúde enquanto funcionários e agentes do Estado, estabelecido no Estatuto Disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração Central, Regional e Local¹⁷, a cargo da IGS.

Os médicos e enfermeiros estão, cumulativamente, no caso de serem agentes do Estado, também sujeitos à acção disciplinar da respectiva Ordem profissional, por violação da sua deontologia própria.

5.2 No que se refere às obrigações da administração, para além do já referido no âmbito dos poderes de regulamentação, autorização, inspecção e sanção, importa destacar as garantias de qualidade, actualmente dispondo de instrumento orgânico próprio no IQS.

A Comissão Parlamentar de Saúde acompanha a evolução do SNS, sendo também de notar a existência do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, um projecto da Escola Nacional de Saúde Pública, que disponibiliza periodicamente uma análise sistematizada.

5.3 A LBS, na sua Base XIV, 1, g, estatui o direito a reclamar e a ver reparado o prejuízo sofrido. Para facilitar o exercício deste direito, adoptou-se em 1997 um formulário uniforme, chamado de Livro Amarelo.

As reclamações exaradas no Livro, bem como quaisquer outras que incidam sobre o funcionamento do Serviço, devem ser remetidas, em cinco dias úteis, ao gabinete do Ministro da Saúde e ao membro do Governo que tutela a Administração Pública.

De acordo com a lata abrangência do seu escopo de actuação, pode o PJ receber queixa de qualquer pessoa, singular ou colectiva, sobre matéria de saúde, podendo também iniciar um processo de sua iniciativa.

5.4 A indemnização por danos por facto ocorrido no SNS pode ser exigida judicialmente ao Estado, ao abrigo do disposto no DL 48051, de 21 de Novembro de 1967. A responsabilidade civil extracontratual, quer do Estado, quer dos individualmente considerados, prescreve, em geral, nos termos do disposto no art. 498 do CC, no prazo de três anos a contar da data em que o lesado teve conhecimento do seu direito. Todavia, esse prazo pode ser maior, coincidindo com o da prescrição da responsabilidade penal, caso esta exista, nos termos do art. 118.1. c, do CP.

Embora seja cada vez mais frequente o recurso à via judicial, o que indicará maior interiorização dos direitos do utente, até ao momento existe pouca jurisprudência relevante no que se refere a má prática médica, a maioria das decisões sendo de não provimento e muitas vezes terminando as situações mais claras em acordo. A recente reforma do contencioso administrativo, com reforço das garantias cautelares, possibilitou que, recentemente e antes da decisão final, o Tribunal Administrativo tivesse imposto ao hospital envolvido o pagamento de um valor mensal ao lesado, por forma a este poder, até à sentença, custear os cuidados de saúde necessários e que resultam da alegada má prática médica.

¹⁷ DL 24/84, de 16 de Janeiro.

6. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Para além dos aspectos naturalmente resultantes da legislação referente à saúde sexual e reprodutiva, não existe um diploma específico sobre saúde da mulher, tão pouco se distinguindo os menores consoante o género. As menores são, no entanto, objecto de especial atenção no que se refere à gravidez na adolescência, prevendo o Plano Nacional de Acção para a Inclusão medidas especiais de prevenção, bem como de acompanhamento e apoio às mães adolescentes.

Entre as principais causas de morte nas mulheres, destacam-se as doenças do aparelho circulatório (41%), com particular incidência para as doenças cerebro-vasculares (19%), seguidas pelos tumores malignos (19%, em que o cancro da mama representa, por si só, 3% do total)¹⁸.

Remetendo-se, no que toca às mulheres reclusas, para o que se deixou escrito no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher¹⁹, é de notar a estabilização do seu número e o aperfeiçoamento da sua distribuição pelo território nacional, em função da proximidade ao meio social de origem, por via da inauguração, em Fevereiro de 2005, do novo Estabelecimento Prisional Especial de Santa Cruz do Bispo. Não se iniciou ainda o há muito anunciado processo legislativo de aprovação de nova Lei de Execução das Penas.

Em 15 anos, Portugal, cujos indicadores materno-infantis eram maus, passou a integrar o grupo dos países que mais evoluíram nesta área. Tal terá ficado a dever-se em grande parte à consolidação progressiva do Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PNSMI) iniciado em 1989. Na assistência perinatal, existem 56 hospitais que dispõem de maternidade. Em Março de 2006 a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal apresentou um novo relatório para a organização perinatal nacional que tem provocado aceso debate público por propor o encerramento e a concentração de determinados blocos de partos, tendo em vista a racionalização do sistema e a optimização de recursos.

6.2 Reiterando o que se escreveu no III Relatório da FIO, sobre Infância e Adolescência²⁰, a LBS assume como vector essencial a tomada de medidas específicas, dirigidas a grupos especialmente vulneráveis como as crianças e os adolescentes (Base II, 1, c).

A idade pediátrica, para efeitos de assistência hospitalar, termina aos 15 anos. As crianças até aos 12 anos estão isentas do pagamento de quaisquer taxas moderadoras do DL 54/92, de 11 de Abril (art. 2,1, b).

Para além do recurso aos serviços de pediatria dos hospitais gerais, existem tres hospitais pediátricos, bem como serviços de Pedopsiquiatria e Saúde Mental Infanto-Juvenil, para acompanhamento até aos 18 anos. As crianças possuem um Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, onde deve ser registada toda a informação clínica até à maioridade.

A mortalidade infantil, conforme relatado anteriormente, tem tido uma evolução favorável, passando de 5,5 por 1000 nados vivos, em 1999, para um valor de

¹⁸ Fonte: INE (dados relativos a 2004).

¹⁹ P. 264. Veja-se também o Relatório sobre o Sistema Prisional, respeitante a 2003, em: http://www.provedor-jus.pt/restrito/pub_ficheiros/RelPrisoos2003.pdf.

²⁰ P. 307.

4,1 em 2003. Idêntica evolução cumpre assinalar na mortalidade neonatal, com valores, respectivamente, de 3,5 por 1000 nados vivos em 1999 de 3,5, para 2,7 em 2003²¹.

As crianças estrangeiras, ainda que em situação irregular, acedem aos cuidados de saúde do SNS, através de registo próprio, gerido apenas com finalidade assistencial pelo Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas²².

6.3 No âmbito das minorias étnicas, sejam ou não constituídas por nacionais portugueses, cumpre destacar o Programa Nacional de Luta Contra as Desigualdades em Saúde, que visa englobar um conjunto de medidas dispersas contra a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde.

A questão da completa integração das mulheres imigrantes e de minorias étnicas é abordada no Plano Nacional de Acção para a Inclusão (2003-2005) e pensa-se que o será novamente no Plano Nacional de Acção para a Inclusão respeitante a 2006-2008, a elaborar até Setembro de 2006.

A assistência sanitária aos reclusos, garantida por lei com base no princípio da igualdade de tratamento face aos cidadãos em liberdade, está entregue, em primeira linha, ao próprio sistema prisional, que, para tanto, dispõe, em termos variáveis, de meios médicos e de enfermagem em cada estabelecimento prisional. De modo também variável, há recurso aos meios locais do SNS. Para consultas de boa parte das especialidades, cirurgia e internamento, existe um único hospital prisional, perto de Lisboa. Três estabelecimentos, o de Paços de Ferreira (região norte), Leiria (região centro) e Linhó (região sul), dispõem de unidades intermédias de saúde, dando apoio aos outros estabelecimentos da zona. Alguns estabelecimentos maiores dispõem de zona de internamento, com enfermarias e alguns quartos de isolamento.

A população reclusa tem uma alta prevalência de seropositividade ao VIH, bem como aos vírus da Hepatite B e C, muito em especial esta última por via do grande número de toxicodependentes. A articulação com os serviços locais de infecciologia, bem como a disponibilização de apoio nesta valência aos estabelecimentos, pelo menos os maiores, é uma realidade que, embora registando progressos significativos, não está ainda totalmente implementada.

Tem sido nos últimos anos alvo de debate a possibilidade de entrega da gestão da assistência prisional nesta matéria ao SNS, estando nomeada uma comissão, formada por representantes dos Ministérios da Justiça e da Saúde, para elaborar propostas a esse respeito. É de notar que, embora tal não suceda noutros campos, o sistema prisional, hoje, fornece um apoio mais relevante aos reclusos que o SNS à população livre, designadamente no que toca a cuidados dentários.

Para além dos hospitais psiquiátricos civis, recorre-se a uma única clínica prisional de saúde mental para internamento de inimputáveis. No que toca aos demais reclusos com doenças mentais, o seu atendimento em meio hospitalar, para além dos recursos do SNS, só é possível nessa clínica e numa pequena secção existente no hospital prisional.

²¹ Vid. II Relatório da FIO, Infância e Adolescência, p. 308.

²² DL67/2004, de 25 de Março. Os dados constantes do registo não podem ser usados para qualquer outro fim (art. 2, 3).

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 O SNS dispõe de uma rede de cinco hospitais psiquiátricos que fazem a cobertura nacional dos portadores de doença mental, sendo dois no Porto, um na zona centro e dois em Lisboa. Existe uma rede de referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental, que se insere no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), em fase de elaboração. Este plano integra-se no PNS e é enquadrado pelo Plano de Acção Europeu para a Saúde Mental.

A rede de cuidados de saúde mental integrada no SNS engloba 39 tipos de estabelecimentos (36 de psiquiatria e pedopsiquiatria e tres de alcoologia), com uma capacidade global de internamento de 2.640 camas (60,2% das camas existentes estão nos 5 hospitais psiquiátricos). Em termos de recursos humanos, há 422 psiquiatras, 160 psicólogos, 40 pedopsiquiatras, 124 técnicos de serviço social, 65 terapeutas ocupacionais, 1.227 enfermeiros, cinco técnicos de psicomotricidade, 15 terapeutas da fala, nueve educadores de infância, tres técnicos de educação, siete professores de ensino especial e siete clínicos gerais.

O enquadramento jurídico central encontra-se na Lei da Saúde Mental, aprovada pela Lei 36/98, de 24 de Julho, alterada pela Lei 101/99, de 26 de Julho, e complementada pelo DL 35/99, de cinco de Fevereiro, que estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental.

Este último diploma cria o Conselho Nacional de Saúde Mental, entidade consultiva constituída por representantes de departamentos governamentais, de técnicos, de sociedades científicas, da Ordem dos Médicos, de instituições solidárias e religiosas com actividade no sector, e de associações de familiares e utentes. Este Conselho, em Setembro de 2002, apresentou um documento com várias propostas e recomendações. Algumas dessas propostas têm vindo a ser implementadas, tendo sido anunciada a reestruturação da rede de hospitais psiquiátricos, com o objectivo da criação de serviços de reabilitação na comunidade.

A Lei 36/98 permite, mediante intervenção judicial, o tratamento compulsivo, quer em internamento, quer em ambulatório.

Para pessoas portadoras de deficiência física, existem três unidades hospitalares especializadas nesta área, todas na zona de Lisboa. Os portadores de deficiência mental enquadram-se na rede de Saúde Mental, sendo também aqui muito relevante o peso do sector social. Estão isentos do pagamento das taxas moderadoras os beneficiários de «abono complementar a crianças e jovens deficientes» e os pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes e os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%²³.

7.2 Quanto à procriação medicamente assistida, a Lei 3/84, de 24 de Março, sobre educação e planeamento sexual, assumiu como obrigação do Estado o apoio em matéria de «tratamento da infertilidade» e de «inseminação artificial» (art. 9). A prática em Portugal de PMA, nas suas diferentes técnicas, é já antiga, tendo o primeiro «bébé-proveta» completado já 20 anos, destacando-se a realizada em centros privados (não subsidiada pelo Estado) e centros ligados a universidades. Continuam

²³ Art. 2. al. c), f) e q). do DL 173/2003, de 1 de Agosto.

a fornecer a realização de PMA os mesmos seis hospitais que se indicaram no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher²⁴.

Como aí se afirmou, no quadro das normas gerais de direito, a prática da PMA encontra-se quase exclusivamente dependente da avaliação ética e deontológica dos profissionais envolvidos.

Na actual legislatura estão em discussão quatro projectos de lei sobre este tema tendo já sido emitido o parecer do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, que se assinalou em Relatório anterior²⁵.

Não ocorreu qualquer modificação ao mencionado no II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher²⁶, no que toca ao regime jurídico da interrupção voluntária de gravidez. A aprovação de uma proposta de referendo, pela Resolução da Assembleia da República 52-A/2005, de 29 de Setembro, soçobrou perante um juízo de inconstitucionalidade, por razões formais, formulado pelo Tribunal Constitucional²⁷. O Governo anunciou a realização de um próximo referendo cuja data ainda não foi fixada.

Remete-se para o que se deixou escrito em II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher²⁸, no que toca à contracepção de emergência e à protecção durante a gravidez e após o parto.

7.3 O apoio aos cidadãos em situação de dependência está a cargo da SS, que, através dos serviços locais e dos assistentes sociais no terreno, avalia a situação e estabelece as medidas de apoio adequadas. Existem diversos tipos de apoio, periódicos ou eventuais. Cumpre destacar a «pensão social», estabelecida pelo DL 464/80, de 13 de Outubro, o «complemento de dependência», estabelecido pelo DL 265/99, de 14 de Julho, o «rendimento social de inserção», com regime ultimamente fixado no DL 42/2006, de 23 de Fevereiro, que visa assegurar condições mínimas de combate à pobreza e de progressiva inserção social e profissional e, por último, o recentemente criado «complemento solidário para idosos», estabelecido pelo DL 232/2005, de 29 de Dezembro.

Paralelamente, no âmbito do sector social, existe uma vasta actuação de diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social e das Misericórdias portuguesas que diariamente prestam apoio social à população mais carenciada, seja através de apoio domiciliário, cuidados de higiene e limpeza, fornecimento de refeições ou cuidados de saúde a acamados, seja através de atendimento, com apoio psicológico, fornecimento de refeições e distribuição de bens de primeira necessidade.

Existem ainda várias instituições privadas, sem fins lucrativos, que, com alvo específico ou não, actuam nesta área social.

Em Março de 2006 foi anunciada a criação de uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, com o objectivo de prestar cuidados continuados integrados (CCI) e colmatar uma das mais graves lacunas do SNS, em articulação com a SS e as instituições da rede solidária. Estes CCI destinam-se a prestar cuidados de saúde a pessoas idosas doentes e a cidadãos em situação de dependência, independentemen-

²⁴ P. 253. Reitera-se que, em praticamente todos os hospitais com serviços de ginecologia/obstetrícia são asseguradas consultas de infertilidade de 1.ª linha e respectivo tratamento.

²⁵ II Relatório da FIO, sobre Direitos da Mulher, p. 254.

²⁶ P. 254.

²⁷ Acórdão do TC 578/2005.

²⁸ P. 255.

te da causa ou idade, e será aplicado de um modo transversal. Esta Rede, que está pensada em dois níveis de operacionalização, regional e local, será constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde (convalescença, média e longa duração), apoio social, e cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da Segurança Social, a Rede Solidária e as autarquias locais.

O sistema de saúde dispõe de uma componente de recuperação global e de acompanhamento das pessoas idosas, designadamente através da rede de cuidados continuados, os quais integram cuidados de longa duração. As patologias incapacitantes mais frequentes nas pessoas idosas são as fracturas, incontinência, perturbações do sono, perturbações ligadas à sexualidade, perturbações de memória, demência (nomeadamente doença de Alzheimer), doença de Parkinson, problemas auditivos, visuais, de comunicação e da fala. O SNS dispõe de médicos geriatras que acompanham estes doentes, ainda que possivelmente em número insuficiente ao necessário (atento o envelhecimento da população).

7.4 Com a missão de dinamizar, acompanhar e avaliar toda a actividade de colheita e transplantação de órgãos e tecidos em Portugal, criou-se em 1996, a Organização Portuguesa de Transplantação. Em Portugal, o número total de transplantes em 2004 foi de 1.538, sendo 38,2% de transplantes de córnea, 26,6% de transplantes renais, 15,6% de transplantes de medula, 15,2% de transplantes hepáticos e o remanescente de transplantes cardíacos, pulmonares e pancreáticos. Está em curso o desenvolvimento do Programa Nacional de Desenvolvimento da Transplantação.

8. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA

Portugal apresenta a mais elevada taxa de incidência da infecção VIH no seio da União Europeia (280 casos por milhão de habitantes, em 2004), acima do dobro das mais altas observadas nos restantes países. A dimensão relativa da incidência de casos de SIDA é similar e não se conhece o risco real entre populações caracterizadas por exposições particulares, como trabalhadores do sexo, homens que têm relações sexuais com homens ou utilizadores de drogas injectáveis. Isto impede o conhecimento da dinâmica particular da infecção nestas circunstâncias e a sua relação com a crescente importância da epidemia entre a população heterossexual.

Até 31 de Dezembro de 2005, encontravam-se notificados 28.370 casos de infecção VIH/SIDA nos diferentes estádios de infecção. No relatório sobre Infecção VIH/SIDA A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2005, poder-se-á encontrar ampla informação e dados estatísticos tendo por base os casos notificados.

Em 2004 o número de casos de VIH diagnosticados e notificados foi de 2.594. A taxa de infectados subiu de 228 para os citados 280 casos por milhão de habitantes. O número de casos notificados de VIH/SIDA acumulado desde 1983 é de 854 casos. Os casos de VIH/SIDA correspondem a 3% do número total de casos notificados até 2005. A forma de transmissão pelo uso de drogas injectáveis diminuiu entre 1997 e 2005 de 50,7% do número total de novos casos para 20,2%. A transmissão entre homens que têm sexo com homens ascendeu ligeiramente, dos 11,1% em 1997 para 14% em 2005. A grande subida de transmissões deu-se nas relações he-

terossexuais, passando de 29,1% em 1997 para representar 64,9% em 2005, isto do número total de novos casos. O número de casos de mulheres grávidas seropositivas foi, em 2003, de 234 casos, em 2004 de 241 casos e em 2005 de 174 casos.

Cabe actualmente a uma estrutura denominada Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, a funcionar no âmbito do Alto-Comissariado da Saúde, a coordenação da elaboração, direcção e avaliação d execução do Programa Nacional de Prevenção da Infecção VIH/SIDA e outras Doenças de Transmissão Sexual, promovendo a adopção generalizada de práticas clínicas e terapêuticas baseadas no melhor conhecimento disponível.

Existem unidades específicas de rastreio anónimo e gratuito em todo o território nacional, denominadas Centros de Aconselhamento e Detecção do VIH, e que no seu conjunto formam a Rede Nacional de CAD.

Cumprе ainda destacar o trabalho no terreno de diversas instituições particulares, em maior ou menor grau envolvidas no apoio social, de que se citam a Abraço, a Liga Portuguesa contra a SIDA e a SOL, associação vocacionada para o apoio à infância. Tal actuação exprime-se essencial mas não exclusivamente ao nível da prevenção e do apoio social, face às rupturas familiares, sociais e económicas que o conhecimento da infecção e a evolução da doença geralmente significam.

9. FONTES NA INTERNET

Provedor de Justiça

<http://www.provedor-jus.pt> (inclui as tomadas de posição do Provedor de Justiça português, bem como os Relatórios anuais da respectiva actividade –de 1997 em diante)

Assembleia da República

<http://www.parlamento.pt> (inclui informação sobre actividade parlamentar e processo legislativo)

Portal do Governo

<http://www.governo.gov.pt/Portal/PT> (com ligações aos diversos ministérios)

Tribunal Constitucional

<http://www.tribunalconstitucional.pt>

Procuradoria-Geral da República

<http://www.pgr.pt>

Gabinete de Documentação e Direito Comparado da PGR

<http://www.gddc.pt> (inclui bases de dados com os instrumentos bilaterais e multilaterais celebrados por Portugal com outros Estados ou com organizações internacionais)

DGS (Direcção-Geral da Saúde)

<http://www.dgs.pt/>

Infarmed - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

<http://www.infarmed.pt>

Instituto Nacional de Estatística

<http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

http://www.insarj.pt/site/insa_home_00.asp

Instituto da Qualidade em Saúde

<http://www.iqs.pt>

Portal da Saúde

<http://www.min-saude.pt/Portal>

O.P.T. (Organização Portuguesa de Transplantação)

<http://www.opt.min-saude.pt/index.php>

MS - Organização Mundial da Saúde

<http://www.who.int>

Programa para Prevenção e Eliminação da Exploração do Trabalho Infantil

<http://www.peti.gov.pt>

Comité dos DESC

<http://www.ohchr.org/spanish/bodies/cescr/index.htm>

ACS - Coordenação Nacional da Infecção VIH/Sida

<http://www.sida.pt>

Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva

<http://www.incp.pt>

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge

<http://www.insarj.pt>

Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho

<http://www.ishst.pt/>

Alto Comissariado para a Saúde

<http://www.acs.min-saude.pt>

UNICEF (Portugal)

<http://www.unicef.pt>

União das Misericórdias Portuguesas

<http://www.ump.pt/portal/default.asp>

Instituto de Apoio à Criança

<http://www.iacrianca.pt>

16. PUERTO RICO

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Obligaciones de la Administración. 5.3 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Salud mental. 7.2 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución de Puerto Rico (CPR)¹ reconoce el «derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia, la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios» (art. 2.20). Además, reconoce el derecho de toda persona a la protección social en el desempleo, la enfermedad, la vejez o la incapacidad física (art. 2.20). La dignidad del ser humano es inviolable. Todos los hombres son iguales ante la Ley. No podrá establecerse discrimen alguno por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas. Tanto las leyes como el sistema de instrucción pública encarnarán estos principios de esencial igualdad humana (art. 2.1).

La Ley de Municipios Autónomos de Puerto Rico² establece que los municipios tendrán los poderes necesarios y convenientes para ejercer todas las facultades correspondientes a un Gobierno local y lograr sus fines y funciones. Entre los poderes conferidos por esta Ley, los municipios podrán ejercer el poder Legislativo y el poder Ejecutivo en todo asunto de naturaleza municipal que redunde en el bienestar de la comunidad y en su desarrollo económico, social y cultural, en la protección de la salud y seguridad de las personas, que fomente el civismo y la solidaridad de las comunidades y en el desarrollo de obras y actividades de interés colectivo con sujeción a las leyes aplicables.

La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente³ dispone los derechos y responsabilidades de los pacientes y usuarios de servicios de salud médico-hospita-

¹ 25 de julio de 1952. Creación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y establecimiento de la CPR.

² Ley 81/1991, según enmendada.

³ Ley 194/2000, según enmendada.

larios en Puerto Rico, así como de los proveedores de tales servicios y sus aseguradores; define términos; fija procedimientos de solución de querellas; impone penalidades y otros fines relacionados.

1.2 La CPR ha delegado en el Departamento de Salud (DS)⁴ la función de velar por la salud del pueblo. El Secretario de Salud (SS)⁵ será el Jefe del DS y tendrá a su cargo todos los asuntos que por ley se encomienden relacionados con la salud, sanidad y beneficencia pública. El DS deberá: prestar atención a todas las cuestiones que afecten a la salud pública que por ley se le encomienden; mantendrá y tendrá a su cargo aquellos servicios de estadísticas vitales y aquellas que fueren necesarias para el desempeño de sus funciones, y todos aquellos otros servicios necesarios para la protección, cuidado, mejoramiento y conservación de la salud pública; y cooperar con el Gobierno Federal por medio de su correspondiente agencia, para establecer y mantener servicios de salud pública adecuados de acuerdo con las disposiciones del Título VI de la Ley Federal de Seguridad Social⁶.

La Ley 11/1976, crea el Consejo General de Salud (CGS) para asesorar al SS en los asuntos de la política pública del DS con la finalidad de formular recomendaciones en cuanto a su implantación; realizar estudios en torno a todos aquellos asuntos de su competencia y servir como mecanismo eficaz para la interacción positiva de los componentes principales del sistema de salud. Además, el CGS es un organismo asesor con funciones de planificación, coordinación, revisión y evaluación de los sistemas de salud en Puerto Rico, tanto en el sector público como privado.

La Administración de Servicios de Salud de Puerto Rico (ASES)⁷ es la corporación pública que tiene la responsabilidad de implantar, negociar y administrar planes de servicios médico-hospitalarios basados en seguros de salud. Estos planes persiguen brindar a todos los residentes de la Isla acceso a cuidados médicos-hospitalarios de primer orden, independientemente de la condición económica y capacidad de pago de quien los requiera.

La Oficina del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud⁸, adscrita a la Oficina del Gobernador, tiene la responsabilidad de garantizar a los pacientes beneficiarios de la Reforma de Salud el cumplimiento de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente.

La Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSM-CA)⁹, adscrita al Departamento de Salud, tendrá la responsabilidad de establecer la política pública sobre la Salud Mental en Puerto Rico. Por otro lado, garantiza la prestación de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación en el área de salud mental, incluyendo abuso de sustancias, que sean accesibles, costo efectivos y de óptima calidad.

La Administración de Servicios Médicos de Puerto Rico (ASEM)¹⁰ es la entidad que coordina el funcionamiento de las diversas instituciones médico-hospitalarias que componen el Centro Médico de Puerto Rico. Como tal, facilita a los pacientes los

⁴ Ley 81/1912.

⁵ Según lo dispuesto por las secc. 5 y 6 del art. 4 de la CPR.

⁶ Aprobada el 14 de agosto de 1935.

⁷ Ley 72/1993.

⁸ Creada por Ley 11/2001.

⁹ Creada por Ley 67/1993.

¹⁰ Creada por Ley 66/1978.

siguientes servicios médicos directos: clínicas externas, salas de emergencia y operaciones, hospital de trauma y servicios de apoyo, farmacia, laboratorio, récord médicos, escolta, patología, radiología, cuidado respiratorio, función pulmonar, bio-médica y servicios de transfusión. Además, tiene a su cargo implantar las normas médicas de la agencia, planificar, organizar y dirigir las actividades relacionadas con la calidad de los servicios, así como la investigación y educación médica.

La Corporación de Industrias de Ciegos, Personas Mentalmente Retardadas y Otras Personas Incapacitadas¹¹ provee medios para la rehabilitación social y económica de personas ciegas, personas mentalmente retardadas y otras personas con impedimentos, mediante oportunidades de trabajo remunerado en talleres sin fines de lucro destinados a la producción de artículos para la venta al público.

La Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe¹² es una corporación que funcionará como una entidad independiente y separada de cualquier otra instrumentalidad gubernamental. Provee servicios de la más alta calidad para el cuidado de la salud mediante la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de condiciones cardiovasculares en la forma más efectiva y segura, generando beneficios medibles para nuestra comunidad. Propiciar el ambiente para la educación y adiestramiento de los profesionales de la salud y fomentar la investigación y el desarrollo de una manera consistente al mejoramiento continuo de la calidad.

Las cámaras parlamentarias (Cámara de Representantes y Senado) poseen comisiones permanentes, las cuales tendrán jurisdicción primaria sobre toda legislación o asunto relativo a las profesiones de salud, así como a las entidades públicas y privadas que prestan o deban prestar servicios de salud de cualquier tipo.

1.3 Entre los objetivos generales de Puerto Rico para lograr salud se encuentran: a) garantizar salud; b) consolidar la transformación del sector salud; c) adoptar los conceptos de promoción y protección de salud como estrategias claves para conseguir salud; d) protección y desarrollo del medio ambiente, y e) fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades. Las estrategias propuestas son: lograr la equidad en materia de salud, fortalecer la promoción y protección de la salud y fortalecer el sector salud incluyendo el desarrollo sanitario.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 El rol impuesto al DS por la CPR le concedía a éste los deberes de fiscalizador, reglamentador y proveedor de servicios de salud; sin embargo, la implantación de la reforma de salud del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, comenzada desde 1993, ha transformado la forma en que la población beneficiaria accede y recibe los servicios de salud. Antes de la reforma, el Estado era el proveedor de los servicios de salud para gran parte de la población del país. Actualmente, el Gobierno ha delegado esta función en la empresa privada a través de las entidades aseguradoras, las cuales, a su vez, contratan a proveedores de servicios de salud privados. Se enfatiza el área de medicina preventiva para, a largo plazo, minimizar los costos por hospitalizaciones y enfermedades catastróficas por medio de la educa-

¹¹ Creada por Ley 207/1948.

¹² Creada por Ley 51/1986.

ción y la promoción de cambio de estilos de vida en la ciudadanía. Un nuevo modelo de prestación de servicios a los pacientes tiene como metas esenciales la accesibilidad, la calidad y el mejoramiento de los servicios dentro de un marco de equidad y justicia social.

Otra de las metas esenciales de la reforma de la salud es el control de los gastos. Los centros de salud primarios se orientaron hacia el mantenimiento de la salud con un equipo profesional multidisciplinario que debe atender al paciente de manera integral. Estos centros incluyen los médicos de familia, generalistas, pediatras generales, ginecólogos y médicos internistas generales, así como profesionales de la salud en apoyo de éstos. También se proveerá acceso a servicios de consulta a especialistas y subespecialistas de todo género. Los beneficios incluyen servicios dentales y de sala de emergencia, ambulancia por recomendación médica y medicinas recetadas para condiciones agudas. La cubierta catastrófica alcanza los servicios médicos quirúrgicos para casos cardiovasculares, neurocirugía, cáncer, SIDA, tuberculosis, etc., y de procedimientos de diagnósticos invasivos (cateterismos, etc.), y no invasivos como sonogramas, tomografías, MRI.

El sistema de prestación de servicios de salud incluye las instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas. Las instalaciones que ofrecen servicios primarios tienen que cumplir con los requisitos de acreditación. Según datos de la Secretaría Auxiliar de Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS), en 1997 funcionan en Puerto Rico 68 hospitales, 24 públicos (incluidos los públicos privatizados) y 44 privados. De los públicos, 16 son generales, tres son especializados, cuatro psiquiátricos y uno federal. De los privados, 38 son generales, cuatro especializados y dos psiquiátricos.

El método de financiamiento está basado en un *capitation* o *per cápita* que se transfiere al centro por todos los servicios de cubierta básica. Para que la reforma pueda tener el éxito esperado en beneficio de los pacientes y sus familiares, debe y tiene que estar acompañado de un proceso continuo e intenso en educación y reeducación sobre el nuevo estilo de gerencia de calidad, *managed care*, en las áreas de médicos, profesionales aliados y personal de la salud, escuelas de medicina, investigación científica, seguros de salud, industria farmacéutica, pacientes y familiares, administradores, hospitales y/o facilidades de salud y seguros de impericia profesional para evitar la medicina defensiva.

El Registro de Profesionales de la Salud de Puerto Rico se inició en el 1978 mediante la aprobación de la Ley 11/1976¹³. Este Registro es responsabilidad de la Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud y el Tribunal Examinador de Médicos, que son las instituciones que expiden las licencias a los diferentes profesionales de la salud. El Octavo Registro de Profesionales de la Salud de Puerto Rico comprende el período de julio de 1998 a junio de 2001. En este período se registraron 64.890 profesionales que incluyen 43 categorías de profesionales de la salud. En términos generales se observa una tendencia de aumento en el registro de profesionales que fluctúa entre un 17% y un 18% desde el primer registro. La participación más significativa en el registro de profesionales consistentemente ha estado representada por los médicos y las enfermeras.

El 16% del presupuesto de la ASES corresponde a la partida designada a servicios de Salud Mental. Para el año fiscal 2004-2005, el presupuesto proyectado para

¹³ Ley de Reforma Integral de Servicios de Salud de Puerto Rico.

el pago de primas en servicios de Salud Mental ascendió a poco más de 100 millones \$\$, los que se destinan para servicios de evaluación y tratamiento por profesionales de la salud mental para individuos, parejas, familias y grupos, ofrecer servicios psiquiátricos intensivos de manera ambulatoria, servicios de hospitalización parcial y servicios de desintoxicación, tratamiento y rehabilitación de beneficiarios por abuso de sustancias, entre otros servicios.

2.2 La Asociación de Hospitales de Puerto Rico es una organización privada sin fines de lucro, que agrupa a los hospitales públicos y privados del país, al igual que a otras instituciones y/o personalidades interesadas en el campo de la salud. Su propósito es fortalecer la unión de las instituciones de salud públicas y privadas de nuestro país, con el objetivo de lograr excelencia en la prestación de los servicios de salud, con el debido balance en el control de costos y beneficios para el proveedor. En adición a los hospitales, agrupa otras instituciones, tales como: centros de diagnóstico y tratamiento, centro de cirugía ambulatoria independiente, centro de servicios ambulatorios, casas de salud, entre otros.

Durante la última década, organizaciones gubernamentales de base comunitaria y privadas han invertido considerables esfuerzos y recursos para encontrar soluciones al incremento desmedido en el gasto en el sector salud y, más importante aún, para mejorar el estado de salud de la población. Hoy día, estas preocupaciones permanecen como retos y desafíos al Gobierno, a la población y a los profesionales y organizaciones que intervienen en el sector salud. Esta situación ha sido el móvil para la creación de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, creado a través de la OE-2005-13/2005 y cuyo propósito ha sido evaluar el sistema de salud de Puerto Rico y estudiar alternativas de ajuste y modificaciones al mismo que se estimen necesarias.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En Puerto Rico se pueden mencionar los siguientes condicionantes de la salud:

a) *Seguridad y salud laboral.* La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional, creada por Ley 16/1975¹⁴, tiene el propósito de garantizar condiciones de trabajo seguras y salubres a cada empleado en Puerto Rico, asistiendo y estimulando a patronos y empleados en sus esfuerzos por garantizar condiciones de trabajo a tales fines, proveyendo para la investigación científica, información, educación y adiestramiento y el desarrollo de estadísticas en el campo de la seguridad y salud ocupacional.

b) *Salud ambiental.* La Ley 416/2004¹⁵ declara que es política continua del Gobierno, incluyendo sus municipios, en cooperación con las organizaciones públicas y privadas interesadas, el utilizar todos los medios y medidas prácticas, incluyendo ayuda técnica y financiera, con el propósito de alentar y promover el bienestar general y asegurar que los sistemas naturales estén saludables y tengan la capacidad de sostener la vida en todas sus formas, así como la actividad social y económica, en el marco de una cultura de sustentabilidad, para crear y mantener las condicio-

¹⁴ Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo de Puerto Rico.

¹⁵ Ley sobre Política Pública Ambiental.

nes bajo las cuales el hombre y la naturaleza puedan existir en armonía productiva, y cumplir con las necesidades sociales y económicas y cualesquiera otras que puedan surgir con las presentes y futuras generaciones de puertorriqueños.

3.2 Por su lado, el Programa de Promoción y Protección de la Salud desarrolla normas, planifica y evalúa servicios primarios de salud con un enfoque preventivo, comprensivo e integral del individuo dentro del contexto del grupo familiar. A partir de la Orden Administrativa 179¹⁶ se oficializa un nuevo enfoque para los servicios de salud, basado en la prevención de factores de riesgos asociados a enfermedades crónicas, no transmisibles, la reestructuración de esfuerzos a modelos más eficientes de promoción, que respondan a la salud pública, dirigidos a proteger la salud y seguridad de los individuos y las comunidades mediante la vacunación, vigilancia epidemiológica de las enfermedades y los aspectos ambientales que afectan la salud.

Sus funciones giran en torno a la prestación de servicios de mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades, con énfasis en la población médico indigente, en especial a los grupos de alto riesgo como madres, niños con necesidades especiales de salud, adolescentes y personas mayores. En este programa se ofrecen servicios especializados a la población con impedimentos entre cero a 21 años de edad y a las víctimas de violación sexual. Además, se brinda asesoramiento y tratamiento a pacientes con el virus del SIDA y otras enfermedades transmisibles. Se brindan servicios de vacunación y servicios de diagnóstico e intervención temprana para infantes con impedimentos elegibles desde su nacimiento hasta dos años, según lo dispone la Ley 51/1996. Además, incluye el Fondo de Tratamiento contra Enfermedades Catastróficas Remediabiles que ofrece ayuda económica a pacientes que no cuentan con recursos y a sus familiares.

La responsabilidad se extiende a las profesiones que ofrecen cualquier servicio de salud, a los servicios médico-hospitalarios, de diagnóstico y tratamiento, a las agencias o instrumentalidades que recopilan estadísticas y que hacen investigaciones a las fábricas que elaboran medicinas y medicamentos y artefactos prostéticos, a los que los distribuyen y venden, a los servicios de agua potable de toda naturaleza, a los alcantarillados sanitarios, a la salud ocupacional, a la salud mental, incluyendo las agencias públicas y privadas que combaten el alcoholismo y la drogadicción, en resumen, la salud en general.

Se pueden mencionar varios programas establecidos con el propósito de desarrollar estrategias para la prevención de salud pública en Puerto Rico, como el Programa para la Prevención y Vigilancia de Emergencias Médicas de Niños¹⁷ que se establece para promover el desarrollo de servicios de emergencias médicas de calidad para niños en la comunidad, promover el desarrollo de un sistema de registro de datos y vigilancia, y el desarrollo de programas de prevención, todos dirigidos a mejorar la sobrevivencia de los niños en situaciones de emergencia. El Programa será el organismo central responsable de desarrollar y supervisar protocolos y guías de evaluación para el manejo de emergencias médicas pediátricas.

Por otro lado, existe el Programa de Servicios de Salud Correccional¹⁸ que tiene el propósito de cumplir adecuadamente con las estipulaciones incluidas en el Plan

¹⁶ Creada el 15 de enero de 2003.

¹⁷ Adscrito al Departamento de Salud.

¹⁸ Posee autonomía fiscal conforme con la Orden Administrativa 99 del Departamento de Salud.

de Cuidado Médico y de Salud Mental (*Medical Health Care Plan*) por orden del Tribunal Federal el 2 de enero de 1990, que establece las responsabilidades del Gobierno con relación a la salud física, dental y mental de la población penal.

4. DERECHOS

4.1 a) *Accesibilidad.* La Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente¹⁹ se establece con el objetivo de lograr que todos los ciudadanos tengan acceso adecuado a servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias de calidad, de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su condición socioeconómica y capacidad de pago. A tales fines se crea la Oficina del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud mencionada anteriormente (§ 1.2) que velará por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones. Los pacientes en Puerto Rico tienen derecho al acceso libre, directo e irrestricto al servicio, y facilidades de emergencia cuándo y donde surja la necesidad de tales servicios y facilidades, independientemente de la condición socioeconómica y capacidad de pago.

b) *Continuidad.* Derecho a la continuación de servicios de cuidado de salud en el caso de que se termine un plan de cuidado de salud o se cancele el mismo, o de la terminación o cancelación al paciente, con 30 días calendarios de anticipación a la fecha de terminación o cancelación.

c) *Extensión.* Se reconoce el derecho en cuanto a la selección de planes y proveedores. Una selección de planes de cuidado de salud y proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios, que sea adecuada y suficiente para garantizar el acceso a cuidado y servicios de salud de alta calidad.

d) *Calidad.* Derecho a una alta calidad del servicio de salud y a recibir servicios de salud de la más alta calidad, consistente con los principios generalmente aceptados de la práctica de la medicina y derecho al respeto y trato igual y respetuoso de parte de todos los miembros de la industria del cuidado de la salud, incluyendo, pero sin limitarse a, profesionales de la salud, planes de cuidado de salud y proveedores y operadores de facilidades de salud médico-hospitalarias, y derecho en cuanto a quejas y agravios a tener disponibles mecanismos o procedimientos sencillos, justos y eficientes para resolver diferencias con sus planes de cuidado de salud, profesionales de la salud y proveedores de servicios y facilidades de salud médico-hospitalarias.

4.2 La Ley de Farmacia de Puerto Rico²⁰, entre otros, crea la División de Medicamentos y Farmacia, como unidad administrativa del DS para una supervisión más efectiva de las fases de manufactura, distribución, dispensación de medicamentos e intercambio de medicamentos bioequivalentes en Puerto Rico. El paciente tendrá el derecho a seleccionar libre y voluntariamente la farmacia donde se le dispense cada receta. Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes la orden médica, ya sea pruebas de laboratorio, rayos X o medicamentos, de manera tal que el paciente sea el que libremente seleccione dónde recibirá estos servicios.

¹⁹ Creada por Ley 194/2000.

²⁰ Ley 247/2004.

4.3 En la legislación vigente se reconocen otros derechos del paciente, tales como:

a) El derecho a la obtención y divulgación de información y recibir información cierta, confiable, oportuna y suficiente, de fácil comprensión y adecuada a sus necesidades, con relación a sus planes de seguros de salud y a las facilidades y profesionales de la salud que haya seleccionado o cuyos servicios solicite. Todo médico o profesional de la salud deberá proveer a sus pacientes información suficiente y adecuada.

b) El derecho a la confidencialidad de la información, a los expedientes médicos y a comunicarse libremente, sin temor y en estricta confidencialidad, con sus proveedores de servicios de salud médico-hospitalarios.

c) El derecho al consentimiento. Todo médico o profesional de la salud brindará la oportunidad real de participar, en forma significativa, en las decisiones relacionadas con su cuidado médico y de salud, de manera que dicho paciente pueda prestar su consentimiento a dichas decisiones, incluyendo, pero sin limitarse, a la discusión de opciones de tratamiento, de una manera que dicho paciente entienda las mismas, y la opción de rehusar o no recibir ningún tratamiento, así como todos los costos, riesgos y probabilidades de éxito de dichas opciones de tratamiento o no tratamiento y cualquier preferencia futura del paciente, en caso de que en determinado momento éste pueda perder la capacidad de expresar válidamente su consentimiento a distintas opciones al tratamiento. Todo médico, o profesional de la salud, deberá respetar y acatar las decisiones y preferencias expresadas por sus pacientes con relación a las opciones de tratamiento discutidas con éstos.

5. GARANTÍAS

5.1 Toda persona natural o jurídica que infrinja cualquier disposición de la Ley 81/1912²¹ y de los reglamentos dictados por el SS en virtud de los poderes que a los efectos le son conferidos por esta Ley, será castigada con multa que no será menor de 25 \$\$ ni mayor de 100 \$\$, o con cárcel por un término no menor de un mes ni mayor de dos meses; o con ambas penas a discreción del tribunal, y por reincidencia con multa que no será menor de 50 \$\$ ni mayor de 500 \$\$, o cárcel por un término que no será menor de dos meses ni mayor de seis meses, o ambas penas a discreción de tribunal; disponiéndose que en los casos en que se levante o permita que se levante una orden de clausura decretada por el SS sin la autorización específica al efecto o que continúe utilizando u operando un edificio, casa, negocio o fábrica clausurada, será castigado con multa no menor de 100 \$\$ ni de 500 \$\$ o cárcel por un término no menor de un mes ni mayor de cuatro meses o ambas penas a discreción del tribunal. Por la primera infracción y en caso de reincidencia, la multa no será menor de 200 \$\$ o cárcel por un término no menor de dos meses ni mayor de seis meses o ambas penas a discreción del tribunal.

Se faculta además al SS, previa notificación y vista, a imponer multas administrativas por violaciones a los reglamentos dictados en virtud de los poderes que le son conferidos por esta Ley. Las multas administrativas impuestas por el SS no excederán de 100 \$\$ por cada infracción.

²¹ Ley orgánica del DS.

5.2 Se reconoce y declara como política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, que la salud del pueblo puertorriqueño merece y debe tener la más alta prioridad en las gestiones de su Gobierno y éste debe velar porque se preste y ofrezca a los habitantes de esta Isla servicios de salud de la más alta calidad y sin barreras de clase alguna que impidan el acceso a dichos servicios, garantizando el derecho de cada ciudadano a la libre selección de los servicios médicos dentales y facilidades hospitalarias entre los de naturaleza gubernamental y los no gubernamentales.

Para lograr dicho objetivo, el Gobierno realizará estudios apropiados en la Administración y prestación de servicios de salud gubernamentales, promoviendo una pluralidad de modelos de prestación de servicios de salud y mecanismos de seguros médicos prepagados que ofrezcan el beneficio de una experiencia basada en la realidad y sobre la cual el Gobierno pueda tomar determinaciones en el futuro sobre la manera más eficaz para supervisar la administración y prestar los servicios de salud que ahora ofrece. A tales fines se crean y reestructuran los organismos y se reforman los mecanismos de prestación de servicios de salud en el sector público y se establecen mecanismos de reglamentación apropiados y factibles tanto para el sector público como para el privado.

5.3 La Oficina del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud²², adscrita a la Oficina del Gobernador, tiene la responsabilidad de garantizar a los pacientes beneficiarios de la Reforma de Salud el cumplimiento de la Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente, y de coordinar, atender y solucionar los problemas, necesidades y reclamos de dichos pacientes asegurados, usuarios y consumidores de servicios de salud médico-hospitalarios.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 En el informe del DS, titulado «Situación de Salud Indicadores Básicos 2000», se señala que de una población total de 3.816.901 personas, el total de nacidos vivos es de 59.460, el porcentaje de nacidos vivos en instituciones de salud es del 99,7%. La tasa bruta de natalidad por cada mil habitantes es de 15,6, la tasa de mortalidad materna por cien mil nacidos vivos es de 20,2 y la tasa de mortalidad perinatal es de 18,3.

La Secretaría Auxiliar de Promoción y Protección de Salud del DS cuenta con el Programa de Madres, Niños y Adolescentes, dedicado al estudio de necesidades y la planificación de servicios, tomando en consideración las necesidades identificadas, así como el desarrollo de política pública y garantizar que toda la población de madres, niños y adolescentes reciba los servicios requeridos de acuerdo a la edad y condición especial de salud. Anualmente, este Programa está obligado a rendir cuentas a los niveles estatal y federal sobre el logro de los Objetivos Nacionales establecidos para el año 2010.

Uno de los programas locales adoptados relacionados con la salud de la mujer embarazada es el Programa de Visitas al Hogar, que tiene como propósito atender

²² Creada por Ley 11/2001.

las necesidades de salud y sociales que presenten mujeres embarazadas, infantes y sus familias. Entre sus servicios está la orientación, consejería, apoyo intra e interagenciales de acuerdo a las necesidades identificadas durante las visitas. Ofrece servicios a las adolescentes embarazadas, a los embarazos de alto riesgo para bebés de bajo peso, a los nacimientos prematuros, a las familias en las que exista o se sospeche que hay maltrato, la negligencia, el abuso de drogas o alcohol en el hogar, a los bebés sobrevivientes de intensivo neonatal e infantes con necesidades especiales de salud.

Otro de los programas locales es el Proyecto Demostrativo Prenatal de Alcohol, que tiene como propósito ofrecer adiestramientos que disminuyan el uso de alcohol en embarazadas, así como el Estudio de Salud Materno Infantil de Puerto Rico, que consiste en una encuesta anual diseñada para estimar la prevalencia de algunos factores de riesgo durante el embarazo. Además, estima la prevalencia de lactancia antes del alta del hospital en aproximadamente 2.000 mujeres que dan a luz en los principales hospitales de Puerto Rico.

Entre las leyes laborales que protegen a la mujer de la discriminación en el empleo, por razón de su condición, se encuentra principalmente la Ley de Madres Obreras²³. Se prohíbe el despido por razón de embarazo, o por el menor rendimiento en el trabajo a causa del embarazo. Se otorga a la mujer una licencia por maternidad de cuatro semanas antes, y cuatro semanas después de la fecha de alumbramiento, con paga que puede extenderse, hasta 12 semanas después del alumbramiento, esta vez sin paga. La licencia se concede también si se adoptara a un menor de cinco años.

La Ley 427/2000, que reglamenta el período de lactancia o extracción de leche materna, concede a la madre que labora en la empresa pública y privada media hora, dentro de cada jornada de tiempo completo, para que pueda acudir al lugar donde se encuentra la criatura para lactar o para que la madre pueda extraerse la leche en el lugar habilitado para ello. La madre tendrá derecho a utilizar dicho período de lactancia, hasta un período de 12 meses posteriores a su regreso al trabajo, y la Ley 10/1999 ordena desarrollar «Áreas de Lactancia» para que en todo centro gubernamental de servicios públicos, centro comercial cerrado, puertos y aeropuertos se cuente con un área accesible, diseñado para la lactancia y cambio de pañales de menores.

6.2 Entre los datos que sobresalen de un informe publicado por el Concilio Nacional de la Raza (CNLR), destaca la tasa de mortalidad en niños menores de un año, que es del 9,7 por cada mil nacidos vivos. En el caso de los niños nacidos con bajo peso (5,8 libras o menos), la tasa es del 10,8% de todos los nacidos, la más alta, cuando se compara con los 50 estados de los Estados Unidos de América. En 1994 murieron 53 niños de entre cinco y nueve años de edad, para una tasa del 16%. Las principales causas de muerte fueron los accidentes, el SIDA y las enfermedades del sistema nervioso, para una tasa del 8%. Los problemas más frecuentes en los centros pediátricos son el retraso psicomotor, la parálisis cerebral, los defectos del tubo neural, los desórdenes del habla y lenguaje, y el paladar hendido.

El DS cuenta con varios programas que ofrecen servicios dirigidos a proteger la salud de los menores, entre ellos el Programa Especial de Nutrición suplementaria para mujeres embarazadas, lactantes, posparto, infantes, niños de uno a cin-

²³ Ley 3/1942.

co años de edad, cuyo principal objetivo es proveer educación en nutrición, lactancia y alimentos suplementarios a la persona que está en riesgo médico-nutricional, durante un período crítico de crecimiento y desarrollo. También se cuenta con el Programa de Vacunación, cuya responsabilidad es implantar la Ley 25 de Inmunización.

El Programa de Servicios Médicos a Escolares ofrece servicios de salud a los estudiantes a través de las enfermeras y auxiliares de salud. Estos servicios van dirigidos a la prevención de enfermedades, la promoción y mantenimiento de la salud física, social, emocional y mental. El personal de enfermería realiza clínicas de evaluación de estudiantes, ofrece orientaciones y charlas educativas de acuerdo a las necesidades del escolar, a sus padres y sus maestros. Además, entrevista a padres y maestros en relación a los hallazgos revelados por las clínicas en torno a condiciones o aspectos que pueden afectar al estudiante en su aprovechamiento escolar. Estos servicios permiten la detección temprana y ayudan a determinar si una persona es víctima de violencia doméstica.

En Puerto Rico hay casi medio millón de jóvenes de diez a 17 años de edad, lo que representa el 13% de la población. El Programa de Servicios Integrales de Salud al Adolescente adiestra mediante un programa de capacitación para la formación de promotores de salud y utiliza estrategias que promueven el fortalecimiento de los elementos positivos del medio ambiente que influyen en el comportamiento del adolescente.

Se cuenta con un Proyecto Educativo sobre Abstinencia Sexual para Adolescentes que promueve la abstinencia de la actividad sexual en las y los adolescentes. Sus objetivos son disminuir la actividad sexual y sus consecuencias: embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual y deserción escolar.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 De acuerdo con los datos de la Oficina para Personas con Impedimentos, en 1990 había en Puerto Rico 704.407 personas con algún tipo de deficiencia o impedimento. La Ley de Salud Mental de Puerto Rico²⁴ tiene como fines y propósitos fundamentales: actualizar las necesidades de tratamiento, recuperación y rehabilitación; proteger a las poblaciones afectadas por trastornos mentales con unos servicios adecuados a la persona; consignar de manera inequívoca su derecho a recibir los servicios de salud mental, incluyendo los de los menores de edad; promover la erradicación de los prejuicios y estigmas contra las personas que padecen trastornos mentales; proveer de guías precisas a los profesionales de la salud mental sobre los derechos de las personas que reciben servicios de salud mental; determinar los procesos necesarios para salvaguardar los derechos que mediante esta Ley se establecen; armonizar los cambios que han experimentado las instituciones que proveen servicios con el establecimiento de la Reforma de Salud; resaltar y establecer los principios básicos y los niveles de cuidado en los servicios prestados, y destacar los aspectos de recuperación y rehabilitación como parte integrante del tratamiento, así como la prevención.

²⁴ Ley 408/2000.

Los principios que rigen la interpretación de esta Ley son los siguientes: el acceso a los servicios; el sistema de cuidado continuado; el sistema de cuidado comprensivo; la autonomía de la persona en el mejor interés de la persona; la representación y derecho de expresión de los participantes en los servicios de salud mental; la evaluación compulsoria; el ingreso involuntario a un nivel de cuidado, que es determinado según la necesidad identificada en la evaluación; principios para la intervención temprana de los trastornos relacionados al abuso de alcohol y drogas y de conducta antisocial en menores; las provisiones para adultos con trastornos mentales severos, y las intervenciones colaborativas multiestratégicas en comunidades vulnerables y de alta incidencia.

7.2 En 1994, según datos de la Junta de Planificación, el 13,2% de la población de Puerto Rico tenía 60 años y más. Del total de 487.381 personas de 60 años y más, 224.055 eran hombres y 263.326, mujeres. La situación de salud de este grupo de edad se ve afectada por los procesos de envejecimiento normal, así como por lesiones o enfermedades. Las enfermedades del aparato circulatorio, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, y las enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición y el metabolismo fueron las afecciones crónicas que prevalecieron en este grupo de edad en 1992. En ese año murieron un total de 19.493 personas.

Las principales causas de muerte fueron las enfermedades del corazón, los tumores malignos y la diabetes *mellitus*. Otras causas importantes de muerte son la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad hipertensiva, las enfermedades cerebro vasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y afecciones afines, entre otras.

El censo de Población y Vivienda de 1990 indica que 66.187 personas de edad avanzada vivían solas, es decir el 19,4% de este grupo de edad. El análisis por municipio refleja que del 14 al 24,9% de los ancianos vivían solos. En casi todos los municipios, el porcentaje de mujeres que vivían solas era mayor. Estos datos resultan particularmente importantes a la hora de planificar servicios para esta población, tanto de salud como otros.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La severidad de la epidemia del VIH ha sido evidenciada en el Informe anual *Vigilancia del SIDA en Estados Unidos, posesiones y territorios*. En el año 2003, Puerto Rico se encontraba entre los primeros diez lugares en incidencia y prevalencia de SIDA en adultos y adolescentes. Al 30 de septiembre de 2005, se han reportado al Sistema de Vigilancia de SIDA un total de 30.541 casos diagnosticados con SIDA. Por cada 100 diagnósticos reportados, 76 son hombres y 24 son mujeres, la *ratio* hombre a mujer es de 3,2 a 1. También se reportaron 19.138 defunciones en personas viviendo con SIDA para una tasa de mortalidad del 63%. El grupo de edad que refleja la proporción mayor de casos está entre los 30 y 39 años de edad con 42,7%, seguido por el grupo de edad de 40 a 49 años, con 26,2%. La distribución de casos, por sexo y grupo de edad, es similar. No obstante, más mujeres son diagnosticadas con SIDA entre los 20 y 29 años de edad, comparadas con los hombres, en el mismo grupo de edad (20% y 15%, respectivamente). Por el contrario, un porcentaje mayor de varones es diagnosticado con SIDA en el grupo de edad de 40 años o más comparado con las mujeres (40% y 23%, respectivamente).

El porcentaje mayor de casos de SIDA, en el 2004, fue atribuido al uso de drogas inyectables (49,7%), seguido por el contacto heterosexual sin protección, con 24,8% del total de casos reportados. La distribución, por sexo y modo de transmisión, difiere entre hombres y mujeres. Por un lado, la mayoría de los casos de SIDA en hombres fueron atribuidos al uso de drogas inyectables (54%), seguido por la categoría de hombres que tienen sexo con hombres (21%) y el contacto heterosexual sin protección (14%). Por otro lado, el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia entre las mujeres es el contacto heterosexual sin protección (61%). A partir de 1995 comienza a observarse un descenso con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la cual comenzó a utilizarse a partir del año 1996.

Desde abril de 2003 al 30 de septiembre de 2005, se han reportado al Sistema de Vigilancia 4.558 casos de VIH (no-SIDA) en Puerto Rico. Aproximadamente dos terceras partes del total de casos reportados corresponden a diagnósticos en hombres (65,2%). El porcentaje mayor de diagnósticos de VIH se obtuvo en el grupo de 30 a 39 años de edad (34,4%), seguido por el grupo de 20 a 29 años (39,1%) y el grupo de 40 a 49 años (20,8%). La mayoría de los casos de VIH (no-SIDA) reportados al Sistema de Vigilancia son atribuidos al uso de drogas inyectables (41,8%), seguido por el contacto heterosexual sin protección (31,4%) y la categoría de hombres que tienen sexo con hombres (10%). En relación al SIDA pediátrico, se han registrado 410 casos en todo Puerto Rico. Casi todos ellos (92%) se deben a que sus madres son portadoras del VIH²⁵.

La Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA en Puerto Rico²⁶ se establece con el propósito de proveer el mejor trato a los pacientes con VIH, evitar la discriminación y el prejuicio, garantizando la intimidad y dignidad del ser humano, conforme a la CPR. En el caso de personas jurídicas o grupos familiares, que no se le discriminen en su contra por tener en su matrícula o clientela personas con VIH positivo o que padezcan de SIDA.

A las personas portadoras del VIH/SIDA se les garantizan los siguientes derechos: a) los que establecen las leyes y la Carta de Derechos de la CPR; b) a recibir información clara, exacta y científicamente fundada sobre el SIDA, sin ningún tipo de restricción y específica sobre su estado; c) a no restringir su libertad o los derechos por el único motivo de que sean portadores del VIH, sea cual fuera su raza, nacionalidad, religión, ideología, sexo o preferencia sexual; d) a la asistencia y al tratamiento idóneo, sin restricción alguna, garantizando su mejor calidad de vida; e) a no ser sometido a aislamiento, cuarentena o cualquier otro tipo de discriminación; f) a participar en todos los aspectos de la vida social; g) a recibir sangre y hemoderivados, órganos o tejidos que hayan sido probados rigurosamente en relación al VIH; h) a no hacer referencia a la enfermedad de otra persona pasada o futura, o al resultado de sus pruebas de VIH, sin el consentimiento de la persona en cuestión; i) a no ser sometido obligatoriamente a pruebas del VIH en caso alguno. La prueba del VIH debe usarse exclusivamente para fines de diagnóstico, tratamiento, control de transfusiones y trasplantes, estudios epidemiológicos, pero jamás para ningún tipo de control de las personas o poblaciones; j) a comunicar su estado de salud o el resultado de su prueba únicamente a las personas que desea, y k) a ejer-

²⁵ <http://www.tendenciaspr.com/Publicaciones/SIDA/sida.html>.

²⁶ Ley 349/2000.

cer su vida civil, profesional, sexual y afectiva. Ninguna acción podrá restringir su pleno derecho a la ciudadanía.

Toda persona portadora del virus VIH/SIDA, por sí, por su tutor o por medio de un funcionario público o persona particular interesada en su bienestar, podrá acudir ante la Unidad para Investigar y Procesar Violaciones de Derechos Civiles del Departamento de Justicia, o a cualquier sala de Tribunal de Primera Instancia del distrito judicial donde resida la persona portadora del VIH/SIDA, para reclamar cualquier derecho o beneficio establecida en esta Ley, o para solicitar que se suspenda una actuación que contravenga las disposiciones de ésta. Los tribunales tendrán facultad para nombrar a la persona portadora del virus VIH/SIDA representación legal o un defensor judicial cuando ésta no cuente con recursos económicos.

9. FUENTES EN INTERNET

Generales

Códigos y leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico y Estados Unidos desde 1997

<http://www.lexjuris.com/lexjuris.htm>

Incluye leyes, reglamentos y decisiones del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

<http://www.microjuris.com/MJPR/PuertoRico.cfm>

Jurisprudencia del Tribunal Supremo de Puerto Rico

<http://www.lexjuris.com/LEXJTSPR.HTM>

Agencias, programas e información relacionada con el Gobierno de Puerto Rico

<http://www.gobierno.pr/GPRPortal/StandAlone/CategoriesList.aspx>

Leyes por Materias-Temas

<http://www.lexjuris.com/lexmater.htm>

Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico

<http://www.lexjuris.com/lexprcont.htm>

Ley de Municipios Autónomos de Puerto Rico

<http://www.lexjuris.com/LEXLEX/Municipio/lexleymunicipal02.htm>

Cámara de Representantes de Puerto Rico

<http://www.camaraderepresentantes.org/>

Senado de Puerto Rico

<http://www.senadopr.us/>

Específicas sobre salud

Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH/SIDA

<http://www.lexjuris.com/lexlex/Leyes2000/lex2000349.htm>

Departamento de la Salud

<http://www.salud.gov.pr/>

Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción

<http://www.gobierno.pr/ASSMCA/inicio>

Corporación del Centro Cardiovascular de Puerto Rico y del Caribe

<http://www.gobierno.pr/GPRPortal/StandAlone/AgencyInformation.aspx>

17. VENEZUELA*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Reproducción asistida. 7.3 Personas mayores. 7.4 Trasplantes. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA. 9. FUENTES EN INTERNET.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) recoge la doctrina internacional en materia de salud, al reconocerla como una obligación del Estado y un derecho social fundamental que implica el disfrute del más alto nivel de calidad de vida, y no solamente la ausencia de enfermedad¹: «El Estado promo-

* **Abreviaturas:** AMC = Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano de Caracas (Alcaldía Mayor de Caracas); CRBV = Constitución de la República Bolivariana de Venezuela; CDI = Centros de Diagnóstico Integral; CICPC = Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas; ETS = Enfermedades de Transmisión Sexual; FMV = Federación Médica Venezolana; INDECU = Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor; INE = Instituto Nacional de Estadísticas; IPASME = Instituto de Prevención y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación; IPSFA = Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada Nacional; IVSS = Instituto Venezolano de los Seguros Sociales; LEFP = Ley del Estatuto de la Función Pública; LEM = Ley de Ejercicio de la Medicina; LOPCYMAT = Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo; LOPNA = Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente; LOS = Ley Orgánica de Salud; LOSSS = Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social; LOT = Ley Orgánica del Trabajo; MBA = Misión Barrio Adentro; MED = Ministerio de Educación y Deportes; MF = Ministerio de Finanzas; MS = Ministerio de Salud; MSDS = Ministerio de Salud y Desarrollo Social; MINTRA = Ministerio del Trabajo; NOAISSR = Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva; PIB = Producto Interno Bruto; RNM = Registro Nacional de Médicos; SENIAT = Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera; SPNS = Sistema Público Nacional de Salud.

¹ Decisión del Tribunal Supremo de Justicia - Sala Constitucional de fecha 06 de abril de 2001. Casos de Enfermos de VIH/SIDA vs. IVSS: «(...) puede colegirse que el derecho a la salud como parte integrante del derecho a la vida, ha sido consagrado en nuestra carta como un derecho social fundamental (y no como simples determinaciones del Estado). (...) el derecho a la salud, no se agota en la simple atención física de una enfermedad a determinada persona, sino que el mismo se extiende a la atención idónea para salvaguardar la atención mental, social, ambiental, etc., de las personas e incluso de las comunidades como entes colectivos imperfectos, en tanto que ni están dotados de un estatuto jurídico especial que les brinde personería en sentido propio».

verá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República» (art. 83).

El Estado es el responsable del financiamiento del sistema público nacional de salud, y de la regulación de instituciones públicas y privadas de salud (art. 85). La CRBV también regula la protección integral de la maternidad (art. 76), el derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, y la obligación del Estado de crear un sistema de seguridad social universal, solidario, unitario, eficiente y participativo que garantice, entre otros aspectos, la salud (art. 86).

La legislación en materia de salud se concreta a través de un elevado número de normas que regulan los sistemas de salud, el ejercicio de las profesiones asociadas, los aspectos como la higiene ambiental y laboral, los derechos de ciertos grupos de población o el régimen de medicamentos. Adicionalmente, la legislación vigente relativa al sistema de salud se encuentra en período de transición, debido al desarrollo del nuevo régimen de seguridad social previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social (LOSSS) y en la CRBV. Aún se encuentra en discusión la nueva propuesta de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud, aprobada en primera discusión el 14 de diciembre de 2004, y en la agenda legislativa 2006 para la segunda discusión².

La LOSSS, sancionada a finales de 2002, establece que el sistema estará integrado por los sistemas prestacionales de salud, previsión social, vivienda y hábitat, especificando que los mismos deberán aplicar esquemas descentralizados, desconcentrados, de coordinación e intersectorialidad (art. 19). La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo³, reformada en el año 2005, establece los lineamientos de las políticas y entes que deben garantizar a los trabajadores y trabajadoras, condiciones de seguridad, salud y bienestar en un ambiente de trabajo adecuado.

Otra ley de relevancia es la Ley Orgánica para la Protección del Niño y el Adolescente, en vigencia desde 1998, la cual está en espera de una nueva reforma. Esta Ley establece la responsabilidad primordial de los padres en materia de salud (art. 42) y reconoce el derecho de niños y adolescentes a la seguridad social (art. 52). A su vez, reconoce sus derechos a la salud sexual y reproductiva.

Una serie de leyes regulan el ejercicio de las profesiones de la salud. La más relevante es la Ley de Ejercicio de la Medicina, que establece las normas sustantivas y adjetivas que regulan la actividad profesional del médico, la relación médico-paciente, los derechos y obligaciones de cada uno de los integrantes de esta relación y las consecuencias jurídicas que se derivan de ella. También recientemente fue aprobada la reforma a la Ley de Enfermería.

Por último, otras leyes importantes en el marco jurídico nacional del derecho a la salud son la Ley de Servicios Sociales al Adulto Mayor; la Ley que aprueba el

² El Proyecto de Ley Orgánica de Salud tiene como objeto integrar en un Sistema Único de Salud todos los centros prestadores de salud de Venezuela, ya sean éstos financiados en forma parcial o total por el Estado, y articular desde ahí una red sanitaria que tenga como base la medicina integral preventiva y pueda cubrir las situaciones con medio y alto nivel de complejidad.

³ *Gaceta Oficial* 38.236, del 26/07/2005.

Convenio 161 sobre Servicios de Salud en el Trabajo de la OIT, la Ley de Reforma de la Ley Orgánica de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, la Ley de Transplantes de Órganos y Materiales Anatómicos en Seres Humanos; la Ley de Inmunizaciones, la Ley de Medicamentos y la Ley que aprueba el convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de consentimiento fundamental previo a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos, objeto de comercio internacional.

Venezuela ha ratificado las normas internacionales más importantes en materia del derecho a la salud, las cuales se encuentran en gran medida reflejadas en el ordenamiento interno⁴. Las últimas observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fueron realizadas el 11 de mayo de 2001, quedando pendiente la presentación del siguiente informe durante el año 2006⁵.

1.2 El Ministerio de Salud (MS)⁶ es el ente rector de las políticas públicas de salud y garante del derecho a la salud. Es el ente regulador, en el ámbito nacional, de prestadores regionales y locales de los servicios de atención médico asistencial y se comporta como prestador en los Estados, con los servicios públicos de salud no transferidos. Por su parte, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, adscrito al Ministerio del Trabajo, es el garante del derecho a la seguridad social. Se comporta como prestador de atención médico asistencial mediante la administración, actualmente centralizada, de la red hospitalaria y ambulatoria de la seguridad social.

Las Gobernaciones (Gobiernos estatales), a través de la Dirección Regional de Salud de cada estado, administran la red hospitalaria y ambulatoria estatal. Las Alcaldías (Gobiernos municipales) de los Estados del interior del país, cuentan con coordinaciones de salud que administran recursos para proyectos especiales o específicos, excepcionalmente alguna alcaldía cuenta con la adscripción de un hospital. La Alcaldía Mayor de Caracas (Distrito Metropolitano) cuenta con una red hospitalaria y ambulatoria, administrada por la Secretaría de Salud adscrita a dicho ente.

El Ministerio de la Defensa cuenta con la Dirección de Sanidad Militar, la cual se comporta como prestador de atención médico-asistencial, a través de la red hospitalaria nacional de hospitales militares, que brinda servicios a militares y sus familias. El Ministerio de Educación es prestador de la atención primaria de salud, a través de los servicios médicos para empleados y familiares que dispensa el Instituto de Prevención y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación, y el Ministerio de Interior y Justicia, a través de la División de Medicina Integral, presta atención médico asistencial a la población penitenciaria.

El sector privado de salud es fiscalizado y controlado por el MS, y es sensible a regulación por parte del Instituto para la Defensa y Educación del Consumidor y

⁴ Adicionalmente, la CRBV les confiere a todas las normas suscritas y ratificadas por el Estado carácter constitucional.

⁵ Es importante destacar que entre las observaciones más importantes en materia del derecho a la salud se encuentra la preocupación por la privatización del sistema público de salud, proceso que fue detenido e invertido en su totalidad y la preocupación por la salud de los pueblos indígenas, situación que se abordará en el apartado 6.

⁶ El actual Ministerio de Salud (MS) fue anteriormente el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Posteriormente se creó el Ministerio de Desarrollo Social, traspasando las funciones que antes se asumieran como Viceministerio. A los fines del informe se hablará del MS en todo lo concerniente a la actuación del Ministerio, y del MSDS en lo referente a información citada de la página web, documentos oficiales y material impreso anterior al cambio ministerial.

del Usuario, el Ministerio de la Producción y el Comercio, el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y otros entes del Estado.

1.3 El MS adelanta las políticas sociales del Estado venezolano, en materia de salud, en correspondencia con la CRBV, los lineamientos generales del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y el Plan Estratégico 2001-2007 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS)⁷. El objetivo fundamental es el reordenamiento de las estructuras institucionales de gestión y las redes de atención de carácter gubernamental y, entre sus fines, se encuentran: a) hacer de los derechos sociales y de la equidad las bases de un nuevo orden social, de justicia y bienestar para todos y todas; b) combatir las inequidades, reduciendo los déficit de atención y las brechas entre grupos humanos y territorios, y c) rescatar lo público en función del interés colectivo, potenciando ciudadanía con capacidad en el diseño y ejecución de políticas que impacten en el desarrollo social del país.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 En Venezuela, el Sistema de Salud es un «conjunto integrado de sistemas y regímenes prestacionales, complementarios entre sí e interdependientes, destinados a atender las contingencias objeto de la prestación de dicho Sistema» (art.5 LOSSS).

El sistema de servicios de salud es mixto, está integrado por los subsectores público y privado y conformado por múltiples actores que cumplen las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios: el MS, el IVSS, el IPASME, el IPSFA, Gobernaciones de Estado, alcaldías y sector privado asegurador y prestador con y sin fines de lucro. En total, la red hospitalaria y ambulatoria nacional de salud cuenta con 214 hospitales, 181 generales y 33 especiales, y con 4.605 centros ambulatorios, 890 urbanos y 3.715 rurales. Los establecimientos se clasifican, según la población atendida, la capacidad de los servicios que presta y los niveles de especialización.

El subsector privado es fiscalizado y controlado por el MS. Es sensible a regulación por parte del INDECU, el Ministerio de Industrias Ligeras y Comercio, el SENIAT y otros entes del Estado.

La red asistencial existente en Venezuela se organiza en función de niveles de atención, cobertura geográfica, sectorización poblacional, territorio social, grados de complejidad y capacidad resolutive. Así, en el primer nivel está la integración de la red tradicional de lo que fue el Ministerio de Salud y Desarrollo Social y de los ambulatorios del extinto Ministerio de Sanidad, con las nuevas redes de Consultorios Populares y la Misión Barrio Adentro I. Esta Misión social ha creado 8.500 nuevos puestos de consulta y 910 Consultorios Populares instalados. En el segundo nivel se vinculan las Clínicas Populares (9 Clínicas Populares) y Misión Barrio Adentro II (60 Centros de Diagnóstico Integral, 60 Salas de Rehabilitación Integral y 4 Centros de Alta Tecnología) con los ambulatorios urbanos tipo I, II y III. Por último, Misión Barrio Adentro III es la adecuación de la red Hospitalaria

⁷ MSDS. Portal-Ministerio de Salud-Venezuela. Quiénes Somos: <http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=CoNacional>. Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gacetenent&pa=showpage&pid=1. Consulta: 20 de marzo de 2006.

(220 hospitales) al funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud, la dotación de materiales y tecnología de punta para responder a las necesidades de la población.

El presupuesto para el 2006 asciende a 87 billones de bolívares y destina un 40% a la inversión social (educación, salud y vivienda). Antes de aprobarse se agregaron 4 millardos de bolívares para subsidios del Ministerio de Salud⁸. Si se analiza desde el porcentaje que representa el gasto público en salud, en el presupuesto nacional, vemos como éste se situó, en el año 2000, en 6,8%, disminuyendo drásticamente a 6,15% en el año 2001, recuperándose a 6,62 % en el año 2002, y volviendo a disminuir consecutivamente en los años siguientes (6,41% en el año 2003, 6,31% en el año 2004 y 5,91% en el 2005)⁹.

Según cifras aportadas por el MS para el año 2004, la *ratio* de médicos por diez mil habitantes fue de 20,0, mientras que para las enfermeras fue de 4,5. Vale la pena destacar que la distribución de los médicos por Estados sigue mostrando fuertes inequidades; sí observamos que en el Distrito Capital hay en promedio 42,2 médicos por diez mil habitantes, mientras que en el Estado Sucre hay 11,5 médicos por cada diez mil habitantes (estos son los dos extremos de la distribución promedio de médicos por habitante en el país), evidenciándose una mayor concentración de médicos en los Estados con mayor ingreso *per cápita*. A partir de noviembre de 2005, el MS dio inicio al Registro Nacional de Médicos. Este registro busca la reorganización de la fuerza laboral que presta servicio como médicas y médicos en el sector público, con el fin de promover la dedicación exclusiva (ocho horas) en un solo centro de salud, mejorando así la atención de los pacientes y las condiciones laborales de los médicos y médicas, avanzando también en la construcción del SPNS.

2.2 Existe una gran cantidad de instituciones que trabajan en salud en el ámbito nacional, pertenecientes tanto al sector público como privado, incluyendo las ONGs¹⁰: Asamblea Nacional (comisiones permanentes relacionadas con salud), Defensoría del Pueblo (Defensoría Especial con Competencia Nacional en Materia de Salud y Seguridad Social), despachos ministeriales, despachos de gobernaciones, alcaldías, universidades, institutos universitarios, fundaciones estatales, empresas estatales, institutos autónomos, consejos nacionales e instituciones de menor escalafón.

Destacan, en la labor de contraloría social, los Comités de Salud, organizaciones de base comunitaria que facilitan la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud y calidad de vida. Los Comités de Salud pueden ser promovidos desde los tres niveles de atención del SPNS, así como por iniciativa de la comunidad. Al final del año 2005, el MS da cuenta de 8.646 Comités de Salud conformados y registrados a escala nacional.

⁸ El presupuesto de 2006 se calculó con el crudo a 26 \$\$\$. Panorama. En Internet: <http://www.panodi.com> Consulta: 07-10-05.

⁹ Fuente: Elaborado con datos de la Oficina Nacional del Presupuesto (ONAPRE), el Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela (SIISOV).

¹⁰ Amigos Trasplantados de Venezuela, Acción Ciudadana contra el SIDA, Acción Solidaria y Funparental.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 Entre los condicionantes de la salud se encuentran:

a) *Seguridad e Higiene laboral.* La LOPCYMAT ordena la creación del Instituto Nacional de Prevención, Salud y Seguridad Laborales (INPSASEL), que, desde 1986, ha sido el encargado del diseño y la ejecución de la política nacional en materia de promoción, prevención y atención de la salud y la seguridad laboral. Durante el año 2005, las enfermedades ocupacionales de mayor incidencia fueron los trastornos músculo-esqueléticos (69,8%), las patologías por riesgo químico (12,78%) y las afecciones del aparato respiratorio (5,29%). Según cifras estimadas del INSAPSEL, durante el año 2004, se registraron 287.681 accidentes en el sitio de trabajo, que ocasionaron 27.600 personas con discapacidad y 1.500 personas fallecidas. Las industrias que han generado más accidentes en el país son las llamadas industrias básicas (acero, aluminio, minería, petróleo), el sector de la construcción, el sector metalmeccánico, alimentos y manufacturas en general.

b) *Medio ambiente.* En Venezuela la contaminación ambiental y salubridad de las aguas se vincula con actividades industriales, comerciales, domésticas y de gestión ambiental urbana, especialmente por la descarga de desechos sólidos y líquidos peligrosos. En el 2002 entró en vigor la Ley Orgánica de Prestación de los Servicios de Agua Potable y Saneamiento¹¹, dirigida a la disminución de la morbilidad y mortalidad por el consumo de aguas contaminadas.

c) *Consumo.* A partir del año 2000 se implementaron en el país programas sociales dirigidos a garantizar el derecho a la alimentación. En septiembre del 2004 se creó el Ministerio de la Alimentación, que dirige el Plan Nacional de Alimentación y que junto con el MS ejecuta programas de distribución, venta y suministro de alimentos a sectores de bajos recursos y realiza actividades de educación en salud en comunidades urbanas, rurales y en las escuelas¹².

3.2 Respecto a las políticas de salud pública:

a) Venezuela cuenta con una Ley de Inmunizaciones¹³. En el año 2004 se aplicaron 25 millones de vacunas (cuatro millones de fiebre amarilla), y durante el año 2005 se aplicaron alrededor de 30 millones de dosis (seis millones de fiebre amarilla)¹⁴.

Se han incorporado, también, las vacunas contra la meningitis meningocócica DT (difteria y tétanos) para mujeres embarazadas y la Pentavalente que protege contra difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, meningitis y neumonía a los menores de un año.

b) En enero de 2006, en cumplimiento de la Ley Orgánica Contra el Tráfico Ilícito y el Consumo de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas¹⁵ (art. 203), se crea la Oficina Nacional Antidrogas (ONA) adscrita al Ministerio del Interior y Justicia, que actualmente es el órgano desconcentrado, en materia de drogas, con autonomía funcional, administrativa y financiera. En el año 2005 se atendieron

¹¹ *Gaceta Oficial* 5.568, del 31/12/2001.

¹² Misión Mercal, Corporación de Abastecimiento y Servicios Agrícolas CASA, Fundación Programas de Alimentos Estratégicos-Fundaproal.

¹³ *Gaceta Oficial* 35.916 del 08/03/1996.

¹⁴ MSDS: Memorias 2000, 2001, 2003, 2004.

¹⁵ Ley promulgada el 5 de octubre de 2005, reimpresa por error material en fecha 16 de diciembre 2005 y publicada en *Gaceta Oficial* 38.337. Cesa en sus funciones CONACUID.

10.016 pacientes. Las drogas de mayor consumo son la cocaína, la marihuana y el alcohol, y la más dañina ha resultado ser el *crack*. El 89,93% es consumo masculino y el 10,07% es femenino¹⁶. Para atender esta problemática, el MS cuenta con la Fundación José Félix Ribas y existen también diversos centros de tratamiento privados, destacando por su distribución nacional y trayectoria los «Hogares Crea».

En Venezuela existen tres centros especializados para la hospitalización del paciente alcohólico: el Hospital Psiquiátrico de Caracas, el Centro de Salud Mental del Este, en Caracas, y el Servicio de Alcohólicos del Hospital Gómez López del Estado Lara.

c) La Dirección de Contraloría Sanitaria del MS, a través de su Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, ha aprobado normativas destinadas a regular el Registro de empresas y productos, y la advertencia de salud en las cajetillas de cigarrillos, así como también la Campaña Nacional de lucha contra el tabaco. El 21,3% de la población consume tabaco, según cifras del año 2005, y la edad media de los consumidores es de 18 años¹⁷. Dentro del Plan Nacional, Venezuela firmó un convenio marco con Canadá para el control del tabaquismo.

4. DERECHOS

4.1 a) *Disponibilidad*. Al analizar la relación entre recursos y distribución geográfica, se observa que las zonas rurales son las más perjudicadas del país. Los 23 Estados presentan una desigual distribución de camas hospitalarias. El Distrito Capital es el que posee la mayor cantidad, 58 por cada diez mil habitantes, en tanto que el Estado Delta Amacuro cuenta con siete por cada diez mil habitantes¹⁸.

De conformidad con los artículos 498 y 504 de la LOT, así como los artículos 209 y 210 de su Reglamento, la salud es un servicio público esencial y, en caso de encontrarse en huelga sus trabajadores, no pueden éstos dejar de prestar aquellos servicios indispensables para la población. Entre los servicios públicos esenciales descritos se encuentran la salud y la sanidad e higiene pública (art. 210).

b) *Universalidad*. La CRBV define los mecanismos de garantía constitucional para el derecho a la salud, a través de la creación del SPNS, de carácter intersectorial, universal, descentralizado y participativo. El SPNS atiende a toda la población, sin discriminación, por lo tanto esta protección abarca a extranjeros y no residentes. Por otra parte, el sistema de la Seguridad Social cubre la atención sanitaria de los y las trabajadoras cotizantes, a través del IVSS. No obstante, a pesar de la efectiva mejora de las prestaciones médicas, en muchos casos, los y las pacientes que concurren a los centros sanitarios públicos sin tener seguro médico encuentran obstáculos para la atención especializada, la entrega de medicamentos, análisis de laboratorio u otra forma de diagnóstico y hospitalización y cirugías. En noviembre del año 2005, la red del MSDS ya cubría la atención del 85,3% de la población¹⁹.

¹⁶ CONACUID: Estadísticas del Consumo de Drogas en Venezuela 2004. Caracas 2005. En Internet: http://www.conacuid.gob.ve/Pdf/Consumo_2004.pdf.

¹⁷ Unión Europea-CONACUID: Venezuela: Primera encuesta sobre Salud Pública y Hábitos de Vida. En Internet: <http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&=showpage&cpid=109>.

¹⁸ La relación considerada ideal para la OPS es de 40 camas por cada 10.000 habitantes.

¹⁹ Informe final de la Investigación: Salud Pública, Hábitos de Vida y Consumo de Drogas en la República Bolivariana de Venezuela, realizada por CONACUID con apoyo de la Comunidad Europea, presentada en enero de 2006, Caracas.

c) *Accesibilidad*. La CRBV establece que los servicios de salud públicos deberán encontrarse al alcance de toda la población, en especial los grupos más vulnerables, regidos por el principio de equidad. La determinación del Ejecutivo nacional de garantizar la gratuidad y eliminar el cobro de los servicios de salud existente en gestiones anteriores, se ha plasmado en la implementación de múltiples políticas públicas, el mejoramiento de la gestión de la red ambulatoria y hospitalaria, y el fortalecimiento del SPNS y la MBA. La red sanitaria abarca todo el territorio nacional (§ 1.2). Los Centros de Diagnóstico Integral (CDI), en funcionamiento desde el año 2005, incluyen transporte sanitario. En el Distrito Capital, la AMC, a través del sistema de Metroemergencias²⁰, realizó cerca de tres mil traslados en el año 2005. Pese a esto, el transporte sanitario público no logra cubrir totalmente las necesidades de la población.

d) *Continuidad*. El derecho a la vida y a la salud está garantizado por la CRBV. Las estrategias y acciones realizadas, hasta el momento, han sido orientadas hacia el crecimiento y la consolidación de la MBA, con la ampliación de su red de atención primaria y cubriendo desde MBA II y MBA III, este último conformado por hospitales y ambulatorios de mayor complejidad, cuidados especializados e intervenciones quirúrgicas de alta complejidad. El nuevo sistema público de salud propone establecer las competencias de cada nivel para un uso más racional de los servicios y distribución de recursos, a fin de brindar una mejor calidad de atención en salud a grandes sectores de la población venezolana.

e) *Extensión*. El SPNS propone un modelo de atención integral participativo e intersectorial que privilegie la promoción de la salud, el saneamiento básico ambiental, la prevención, la atención curativa y la rehabilitación. Las diversas tecnologías y modalidades terapéuticas deben ser socialmente sustentables y estar reguladas por el órgano rector del SPNS.

f) *Calidad*. La red hospitalaria se encuentra actualmente en proceso de acondicionamiento a partir de la MBA III, en lo que se refiere a su estructura e infraestructura (equipamientos e insumos). En el último año, la Secretaría de Salud de la AMC adoptó una serie de estrategias a fin de fortalecer la red hospitalaria y ambulatoria²¹, articulando esta red a la MBA I y II, creando Programas de Salud, recuperando las competencias auditoras sobre las actividades de los hospitales e incentivando la participación de las contralorías sociales²². A partir de la puesta en marcha de MBA II, los CDI poseen equipos de diagnóstico de última generación que la población utiliza en forma totalmente gratuita. La celeridad registrada por la MBA es superior a la del resto del sistema sanitario público y privado. Según una encuesta del INE de agosto 2005²³, el Distrito Capital vuelve a registrar un excelente desempeño en lo referente a tiempos de espera, ya que el 82,5% de las personas consultadas declaró un lapso inferior a 35 minutos.

²⁰ Informaciones suministradas por la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Caracas, Informe Final de Gestión, diciembre 2005.

²¹ La Alcaldía Mayor de Caracas administra 22 hospitales, 86 ambulatorios y cuatro Distritos Sanitarios; 1.100 Consultorios populares de MBA; tres Clínicas Populares operativas y dos Clínicas Populares en construcción.

²² Informe de Gestión de la Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor del Distrito Metropolitano, diciembre 2005.

²³ Impacto Social de la Misión Mercal, Instituto Nacional de Estadística. En Internet: <http://www.ine.gov.ve>.

El CDM aprobado por la FMV hace mención a la libre elección del médico. La Cláusula 38 de la Convención Colectiva, suscrita entre la FMV y el IVSS, conviene que, este último, en todas sus dependencias médicas, mantendrá y respetará la libre elección del médico por parte del asegurado y del beneficiario, dentro de las disponibilidades del Instituto y del médico. No obstante, en la práctica no siempre es posible ejercer este derecho.

El marco jurídico, vigente en Venezuela, garantiza el derecho a tener un trato digno, una atención humana, respetuosa y sin discriminaciones y promover además el desarrollo de una vida segura, con una alta calidad de salud y libre de explotación y maltrato físico o mental. No existe investigación ni informe actualizado que dé cuenta de la situación de este derecho en el país.

4.2 Desde el 3 de agosto de 2000, Venezuela cuenta con una Ley de Medicamentos²⁴. La Ley contempla la creación de un Consejo Nacional del Medicamento, con el objetivo de asesorar al poder Ejecutivo en todos los programas que se desarrollen en el marco de la política nacional de medicamentos. El MS ha venido trabajando en la revisión de un grupo de documentos de carácter reglamentario, como el Reglamento de la Ley de Medicamento, el Reglamento de los Servicios Farmacéuticos Hospitalarios y la Resolución sobre Buenas Prácticas de Distribución, que regula la logística sanitaria a emplear en la cadena de distribución de medicamentos²⁵.

En relación con las políticas para promover el acceso de la población a los medicamentos, se aseguran importantes descuentos para la población (en la boticas populares se ofrecen medicamentos con un 85% de descuento²⁶) y se distribuyen medicamentos esenciales a los programas y servicios de salud gubernamentales, especialmente en los casos en los que no existe oferta privada, y los medicamentos necesarios para atender enfermedades crónicas. A partir del mes de octubre de 2005, el Gobierno nacional decidió regular un total de 1.142 medicamentos considerados esenciales que están en capacidad de solucionar un 95% de las patologías más frecuentes, como enfermedades crónicas, infecciosas, dermatológicas y respiratorias.

4.3 Otros derechos que se garantizan en Venezuela son:

a) *El derecho a la información.* El marco normativo vigente en Venezuela garantiza este derecho. No obstante, el desconocimiento de este derecho genera una dinámica en la cual el o la paciente no exige la información necesaria acerca de su caso. Así lo demuestra la investigación citada realizada por la Secretaría de Salud y el UNFPA, en la Maternidad Concepción Palacios, en la cual muchas de las pacientes entrevistadas declaraban no haber sido informadas en forma veraz y oportuna por el personal médico por el cual eran atendidas.

b) *Derecho a la intimidad y confidencialidad.* La LOPCYMAT norma los derechos en salud que tienen trabajadoras y trabajadores, y establece que los resulta-

²⁴ Según *Gaceta Oficial* 37.006 del 3 de agosto de 2000.

²⁵ Vid: Representación para Venezuela, Aruba y las Antillas de la OPS Y LA OMS: *Medicamentos*. En Internet: <http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-salud-med.htm>. Consultado el 3 de abril de 2006. Véase también: Ministerio de Salud: *Comité terapéutico*. En Internet: http://www.MSDS.gov.ve/MSDS/direcciones_MSDS/DrogasCosmeticos/comite_therapeutico.html. Consultado el 3 de abril de 2006.

²⁶ González, R: «Medicamentos gratuitos y con calidad para la población». Publicado en *Algo más que salud*, órgano divulgativo del Ministerio de Salud. Año 1 n° 1, agosto de 2005, p.15. Caracas-Venezuela.

dos de los exámenes de salud preventivos periódicos que se les realicen deberán gozar de una absoluta confidencialidad frente a terceros. Éstos sólo podrán comunicarse previa autorización del trabajador o de la trabajadora, debidamente informados, limitado dicho conocimiento al personal médico y a las autoridades sanitarias correspondientes.

c) *Regulación de la historia clínica.* La LOS estipula, como derechos del paciente, la elaboración de «una historia médica donde conste, por escrito, y certificados por el médico tratante o quien haga sus veces, todos los datos pertinentes a su enfermedad, motivo de consulta, antecedentes, historia de la enfermedad actual, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, terapéuticas y la evolución clínica» (art. 69).

d) *Derecho al consentimiento.* La CRBV establece que «ninguna persona será sometida sin su libre consentimiento a experimentos científicos, o a exámenes médicos o de laboratorio, excepto cuando se encontrare en peligro su vida o por otras circunstancias que determine la ley» (art. 46). El artículo 69 del CDM también establece como derecho del paciente el libre consentimiento.

5. GARANTÍAS

5.1 a) *Delitos de lesiones.* El Código Penal Venezolano vigente establece la responsabilidad penal para los profesionales de la salud, en los casos de imprudencia, negligencia o impericia en su profesión, arte o industria o por inobservancia de los reglamentos, órdenes o disciplinas, que acarree algún daño físico o psicológico al paciente (art. 420) estableciéndose sanciones de arresto y presidio según el caso y la gravedad del hecho.

b) *Delito de omisión del deber de socorro.* El artículo 438 del CP establece de modo general la penalización al individuo que omita la prestación de ayuda a una persona herida o en situación peligrosa (multa de 50 unidades tributarias a 500 unidades tributarias). Por su parte, la LEM consagra la obligación de todo médico de prestar sus servicios (art. 26).

c) *Delitos contra la salud pública.* El CP sanciona las acciones de envenenamiento de agua potable del uso público o los artículos destinados a la alimentación pública, entre otros. Además, se castiga al que expenda sustancias medicinales y las suministre en especie, calidad y cantidad diferentes de las prescritas por el médico o de las declaradas o convenidas (arts. 363 y ss.).

d) *Delitos contra la salud laboral.* La Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo establece sanciones penales por muerte o lesión del trabajador o la trabajadora, relacionado como consecuencia de violaciones graves de la normativa legal en materia de seguridad y salud en el trabajo. Igualmente, prevé acciones penales contra el patrono cuando se produzca la discapacidad total permanente que lleve asociada la imposibilidad del trabajador o la trabajadora para realizar actos elementales de la vida diaria (art. 131).

5.2 Existe un procedimiento especial general cuando se interpone la denuncia ante el INDECU, previsto en la Ley de Protección del Consumidor y al Usuario. El procedimiento se inicia de oficio o por denuncia de la parte afectada, por solicitud del Ministerio Público, la Defensoría del Pueblo o por las Asociaciones de Con-

sumidores, y se solicita a dicho organismo que se practiquen las inspecciones necesarias, levantándose un acta para dejar constancia de todos los hechos. Posteriormente, la Sala de Sustanciación instruye la causa y la remite a la Sala de Conciliación y Arbitraje. Cuando las partes no acepten someterse a procesos conciliatorios ni de arbitraje, se considerarán agotadas las gestiones para lograr un arreglo amistoso de la controversia, o si lo solicitare cualquiera de los interesados. Si no se optó por el arbitraje, los hechos que se consideren relevantes para la decisión, podrán ser objeto de todos los medios de prueba establecidos en leyes y en los Códigos de Procedimiento Civil y Orgánico Procesal Penal (arts. 140 y ss.).

La LEM establece sanciones disciplinarias, administrativas y penales que se aplicarán a sus infractores sin perjuicio de lo dispuesto en el CP, las cuales podrán ser aplicadas por los Tribunales Disciplinarios de los Colegios de Médicos y en alzada el Tribunal Disciplinario de la Federación Médica Venezolana.

5.3 El Código Civil Venezolano establece la responsabilidad civil para aquellos que por negligencia, por imprudencia, han causado un daño a otro, disponiéndose la obligación de reparación (art. 1.185).

Sobre la mala *praxis* médica, no se conoce jurisprudencia en Venezuela. De manera que, quien invoca la producción del daño debe probar la efectiva responsabilidad de los agentes de la salud intervinientes en la producción del daño, condición ésta que deriva del principio general del derecho vigente, que establece a cargo de quien invoque un daño y debe un perjuicio, tiene la obligación de probarlo y acreditarlo, conforme lo establece el artículo 506 del Código de Procedimiento Civil.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Venezuela posee un marco legal de avanzada que regula la Salud Sexual y Reproductiva. Entre ellos tenemos la CRBV (arts. 76, 83 al 86); la Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer (LIOM) (art. 6.b); la Ley Sobre la Violencia Contra la Mujer y la Familia (LVCMF) (arts. 2, 4 al 7, 11, 13, 17 al 23 y 24); la LOPNA (arts. 33, 41, 44, 45, 48, 50 y 124); la Resolución 1762 del ME y la NOAISSR²⁷.

La tasa de mortalidad materna, para el 2004, fue de 59,9 por cien mil nacidos vivos. El MS ha establecido, como proyecto guía, la reducción de la mortalidad materna y niños menores de cinco años. Por otro lado, la MBA privilegia la atención primaria en salud para grupos de mujeres en estado de gravidez que están en situación de pobreza y exclusión social.

En relación con la violencia contra la mujer, durante el 2004 el CICPC registró 1.651 casos de violencia y 32 decesos de mujeres en Caracas. El 30,4% de las agredidas denunció haber sido objeto de violencia física y psicológica, el 21,5% de violencia física, psicológica y amenazas, el 18% sólo de violencia psicológica, el 16,5% de violencia psicológica más amenazas, el 9,5% de violencia física, el 2,7% de violencia física y amenazas, el 0,4% de amenazas, el 0,8% de violencia física, psicológica y acceso carnal, y el 0,3% denunció trata de personas.

²⁷ Norma Oficial Para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del MS (2003).GO 37.705. Se establecen las directrices fundamentales de la Política Pública del SSR, en aras de solventar la prevalencia del embarazo en adolescentes, las altas tasas de mortalidad materna infantil, etc.

6.2 En el 2004, la tasa de mortalidad infantil, en el período 2000-2001, se ubicó en (17,7%) muertes por cada mil nacidos vivos, lo que implicaría un descenso con respecto al año 1999; sin embargo, se registró un leve aumento en el periodo 2002 (18,2%) y 2003 (18,5%). Con respecto al año 2004, se reportó una cifra de 17,5%, lo que demuestra que hubo un descenso importante. De acuerdo a esta misma fuente, los datos reflejan que la tasa de mortalidad neonatal (menos de 28 días), en el 2004, fue de 11,6%, lo que significó un leve aumento con respecto al 2003, cuando fue del 11,9%. Con relación a la mortalidad post-neonatal (ocurrida entre el primer y onceavo mes), se redujo considerablemente al pasar de 7,3 en 2003 a 5,9 en el 2004.

Entre las principales causas de mortalidad neonatal están las afecciones originadas en el período perinatal (vinculado con la atención en los períodos preconcepcional y concepcional durante el primer trimestre del embarazo), anomalías congénitas y enfermedades infecciosas intestinales. La mortalidad post-neonatal está más vinculada con las condiciones de vida y ambientales de la madre. Por otra parte, las causas más frecuentes de mortalidad infantil, en el grupo de uno a cuatro años, son los accidentes de todo tipo, seguidos de las infecciones intestinales (enteritis y otras enfermedades diarreicas), las anomalías congénitas y las deficiencias de nutrición.

Los análisis sobre mortalidad infantil en Venezuela evidencian que la desnutrición ocupa el cuarto lugar dentro de los registros. Cifras del MS, en 2004, reflejan que de 120.000 recién nacidos vivos en hospitales centinelas y de 87.000 ingresos hospitalarios pediátricos a nivel nacional, 1.184 fueron diagnosticados con desnutrición grave.

En cuanto a la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, la Resolución 444²⁸ impulsa en todos los establecimientos de salud pública la política y práctica de la Lactancia Materna, para procurar descender las estadísticas en contra.

6.3 Venezuela goza de avances constitucionales que le dan al pueblo indígena instrumentos para exigir al Estado todo lo que mejore su calidad de vida. A su vez, la Ley de Reforma de la LOPCYMAT²⁹ establece que, para el diseño de las políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, se deben tomar en cuenta los patrones culturales de los pueblos y comunidades indígenas.

Los resultados, no definitivos, del XIII Censo General de Población y Vivienda realizado en el 2001, muestran una población de 536.863 indígenas (2,3 del total nacional), de los cuales sólo el 33,3% habitaba en comunidades propiamente indígenas, mientras el 66,7% restante habitaba en centros poblados y áreas urbanas de todo el país. Más del 50% de estas comunidades no tenían agua potable, ni disposición adecuada de excretas y el 65% no poseían escuela. Las principales patologías que los afectan son tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual (VIH/SIDA), parasitosis, trastornos diarreicos y respiratorios (gastroenteritis, gripes, asma), además de desnutrición. Otra de las acciones relevantes del MS es el Plan de Salud Yanomami, que atiende al pueblo Yanomami del municipio Alto Orinoco, Estado Amazonas.

²⁸ *Gaceta Oficial* 38.032, del 28 de septiembre de 2004.

²⁹ *Gaceta Oficial* 38.236, del 26 de julio de 2005.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 La CRBV consagra los derechos que tienen todas aquellas personas con discapacidad (art. 81). Lo mismo hace la Ley para la Integración de Personas Incapacitadas promulgada en enero de 1994. Según un censo del INE, de 2001, existen 907.694 personas con algún tipo de discapacidad, un 3,67% de la población venezolana. FUNDACREDESA, entidad adscrita al MS, refiere que la prevalencia de discapacidad en Venezuela, para el año 2003, estaba alrededor del 5,6% de la población, considerando sólo cuatro tipos tradicionales: físico-motora, visual, auditiva e intelectual³⁰. Respecto a la discapacidad mental, no se cuenta con estadísticas fieles.

7.2 En Venezuela existe el método de fecundación asistida, pero sólo en el ámbito privado. Aún no existen políticas públicas en materia de salud que aborden este tema; sin embargo, el anteproyecto de LOS (2002) ha desarrollado la temática en uno de los artículos, el cual deberá ser discutido y aprobado en segunda discusión por la AN.

7.3 La protección de las personas adultas mayores tiene rango constitucional (arts. 75 a 80). De igual forma, la Ley del Régimen Prestacional de Servicios Social al Adulto Mayor y Otras Categorías (arts. 58 a 59) y el Régimen Prestacional de Pensiones y Otras Asignaciones Económicas, brindan protección específica a las personas mayores.

Según cifras del INE, la población de adultos mayores estimada para 2005 es de 2.000.134 personas (7,42% de la población total), cifra similar a la presentada por el Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología (INAGER), que estima actualmente una población de 1.943.523 habitantes entre adultos mayores, de los cuales ese instituto atiende a través de los diferentes programas sociales un estimado poblacional de 653.256 personas³¹.

Las principales causas de mortalidad que afectan a este grupo son: las enfermedades del corazón (32%), los tumores malignos (18%), las enfermedades cerebro vasculares (12%) y la diabetes (8%). El riesgo de morir por estas enfermedades es mayor en los hombres, excepto en el caso de padecer diabetes. El patrón de aumento de la población adulta mayor, sumada al tipo de atención requerida con énfasis en los niveles más complejos del sistema, además del incremento en la expectativa de vida, anticipa un congestionamiento, mayor del actual, en los servicios prestadores de salud. Con el fin de brindar una asistencia médica en forma integral, el INAGER puso en marcha, desde el año 2004, el Programa de Atención Residencial y Ambulatoria, el Programa de Atención Médico Geriátrica, el Programa de Atención Nutricional y el Programa de Suministros de Medicamentos.

7.4 Respecto a los trasplantes en Venezuela, se observa un bajo nivel de obtención de órganos y tejidos productos de donaciones. La tasa se ubica en 1,5 donantes por millón de habitantes³². Como parte de las reformas que actualmente plantea la

³⁰ República Bolivariana de Venezuela. La atención a la discapacidad en la República Bolivariana de Venezuela. VIII Conferencia de la Ricotec. Natal, Brasil, octubre de 2005. En Internet: http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/siriicotec/voc1_venezuela.ppt

³¹ MS. Memoria y cuenta 2005.

³² Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela. Situación del Trasplante y la Donación en Venezuela. En Internet: <http://www.ontv-venezuela.org/data/histimisc/sit13.htm>.

Asamblea Nacional, en el Proyecto de Ley de Salud y del Sistema Nacional de Salud, deberá discutirse la norma que especifica que todos los venezolanos serán presuntos donantes, es decir, que serán donantes a menos que en vida dejen un registro de su negativa o que, sencillamente, los familiares de la persona fallecida decidan lo contrario.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En el año 2004 se atendieron 13.830 pacientes y se estimó que 110.000 personas tenían la enfermedad³³. En el 2005 se distribuyeron 14.902 retrovirales y se reportaron 53.465 personas con la enfermedad. Las cifras de fallecidos por la enfermedad reportan que, en el 2002, ocurrieron 1.173 muertes, representando el 1,12% y ocupando el puesto 15 dentro de las 25 causas de muerte en todo el país³⁴.

El MS desarrolló, entre 2000 y 2005, el Plan Nacional de Atención Integral de VIH/SIDA y ETS, y el de Suministro Gratuito de Medicamentos (SUMED), y en materia preventiva y en contra de la discriminación por la enfermedad se dictaron resoluciones que ordenan practicar pruebas a las pacientes embarazadas, y que prohíben la exigencia de pruebas de VIH/SIDA para optar a un cargo de trabajo.

El Programa Preventivo contra el VIH/SIDA y ETS desarrolló acciones dirigidas a la población en general y a los afectados mediante la promoción de hábitos conducentes al disfrute de una sexualidad sana y responsable. Ese Programa se extendió a 1.637 escuelas, formando a 263.014 niños, niñas y adolescentes; se distribuyeron 300.000 ejemplares informativos y se repartieron condones masculinos y femeninos.

9. FUENTES EN INTERNET

ABN. Ejecutivo Nacional lanzó Misión Negra Hipólita. Caracas, 14 de enero 2006
http://www.abn.info.ve/go_news5.php?articulo=33259&lee=4.

AN

<http://www.asambleanacional.gov.ve/ns2/lista-leyes-cuadro.asp>

CECODAP: Informe Anual Somos Noticias. Situaciones de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Venezuela 2003-2004

<http://www.cecodap.org.ve>

Defensoría del Pueblo

<http://www.defensoria.gov.ve>

Enfoque de Etnias Indígenas de Venezuela

<http://www.sisov.mpd.gov.ve/articulos/41/index.html>>

Instituto Nacional de Estadística

<http://www.ine.gov.ve>

Instituto Nacional de Geriátría y Gerontología

<http://www.inager.gob.ve>

³³ ONUSIDA: Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004. En Internet: http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf-sp/Table_countryestimates_sp.pdf.

³⁴ MSDS: Memoria y Cuenta 2000, 2001, 2002, 2003.

- IVIC 4ta. Parte: «¿Podría la depresión causar incapacidad en Venezuela?», Revista *Bis*, n.º 120, 11 de septiembre de 2003
<http://www.ivic.ve/bis/bis120/Page5.htm>
- MENPET. Misiones. Barrio adentro
<http://www.menpet.gob.ve/misiones/index.php>
- Ministerio de Salud
<http://www.msds.gov.ve>
- Ministerio del Trabajo
<http://www.mintra.gov.ve> y <http://www.insapsel.gov.ve/>
- OMS
<http://personales.ya.com/laemental/oms.html>
- ONAPRE
<http://www.ocepre.gov.ve/>
- ONU: Asamblea General, Quincuagésimo octavo período de sesiones, tema 119 (b)
http://www.unhcr.ch/spanish/html/menu2/2/59chr/59doc_sp.htm 17 de marzo al 25 de abril de 2003
- ONUSIDA: Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2004
http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf-sp/Table_countryestimates_sp.pdf
- ONU Venezuela: Cumpliendo las Metas de Milenio
http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Metas_Milenio.pdf
- OPS. Base de Datos de Indicadores Básicos en Salud de la OPS, 2002
<http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-sit-salud-nuevo.htm>
- Organización Nacional de Trasplantes de Venezuela. Situación del Trasplante y la Donación en Venezuela
<http://www.ontv.venezuela.org/data/histimisc/sit13.htm>
- Representación para Venezuela, Aruba y las Antillas de la OPS y la OMS
<http://www.ops-oms.org.ve/site/venezuela/ven-salud-med.htm> consultado el 03 de abril de 2006.
- República Bolivariana de Venezuela. Sistema ONU, 2004
http://www.gobiernoenlinea.ve/docMgr/sharedfiles/Metas_Milenio.pdf
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales para Venezuela
<http://www.sisov.mpd.gov.ve>
- UE-CONACUID. Primera encuesta sobre Salud Pública y Hábitos de Vida
<http://www.msds.gov.ve/msds/modules.php?name=Content&=showpage&pid=109>

18. SÍNTESIS*

1. INTRODUCCIÓN: 1.1 Marco jurídico general. 1.2 Instituciones. 1.3 Planes. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1. Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS: 5.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 5.2 Procedimientos extrajudiciales de reclamación. 5.3 Indemnización por daños. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Minorías. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.3 Dependencia y Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Todas las Constituciones de los países miembros de la FIO reconocen el derecho a la salud (en su mayoría con la tutela propia de los derechos fundamentales) y regulan los aspectos esenciales de la seguridad social. Por su lado, todos los países han suscrito un gran número de los tratados internacionales que rigen la materia. A manera de ejemplo, pueden citarse algunos datos especialmente significativos sobre el marco jurídico general aplicable a la salud.

Andorra cuenta con convenios de seguridad social suscritos con España, Francia, Portugal y la OMS.

Argentina, tras la reforma constitucional de 1994, ha llevado a cabo un desarrollo jurisprudencial respecto a dos aspectos: la protección de la salud con relación al interés superior del niño y con relación a los enfermos de VIH.

En Bolivia, si bien se garantiza el derecho a la salud, la legislación no obliga al Estado a una mayor inversión en el gasto público.

En Colombia actualmente se discute en el Congreso un proyecto de ley con el que se pretende establecer nuevas fuentes de financiación para el logro de la cobertura universal, la regulación del mercado entre EPS e IPS y la creación de la figura del Defensor del Usuario, entre otras reformas importantes.

* **Abreviaturas:** AR = Asamblea de la República; ARS = Aseguradoras de Riesgos Profesionales; EPS = Entidades Promotoras de Salud; ETS/ITS = Enfermedades de Transmisión Sexual; IPS = Instituciones Prestadoras de Salud; OMS = Organización Mundial de la Salud; OPS = Organización Panamericana de la Salud; ONU = Organización de las Naciones Unidas; ONGs = Organizaciones No Gubernamentales; PIDESC = Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales; PIB = Producto Interno Bruto; PVVS = Personas Viviendo con SIDA; SNS = Sistema Nacional de Salud; SIDA = Síndrome de Inmunodeficiencia Humana; SGSSS = Sistema General de Seguridad Social en Salud; SIBASI = Sistema Básico de Salud Integral; SUMI = Seguro Único Materno Infantil; SMGV = Seguro Médico Gratuito de Vejez; UNICEF = Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; VIH/HIV = Virus de Inmunodeficiencia Humana.

En España, las Comunidades Autónomas asumen competencias en materia de sanidad e higiene y el Estado conserva las competencias que garanticen la igualdad de todos los españoles, así como la sanidad exterior.

Guatemala, en materia de Seguridad Social, instituye un régimen público, nacional, unitario y obligatorio.

Nicaragua garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población.

Perú tiene pendiente la formulación de una amplia política sanitaria equitativa a favor de los pobres, en cumplimiento de la recomendación realizada por el Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en su informe de 2005.

En Puerto Rico, la Ley de Municipios Autónomos establece que éstos podrán ejercer el poder Legislativo y Ejecutivo en todo asunto de naturaleza municipal que redunde en la protección de la salud y seguridad de las personas.

Finalmente, en Venezuela, aún se encuentra en discusión la nueva propuesta de Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud.

1.2 En todos los países, la dirección del sector salud se encuentra en manos del Ministerio de Salud que, en cada lugar, adopta diferentes denominaciones. Entre las particularidades que pueden mencionarse destacan las siguientes:

En Andorra se cuenta con el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria, la Caja Andorrana de Seguridad Social y con la labor que realiza la Cruz Roja Andorrana, que la convierte en la organización civil más significativa en materia de salud.

Argentina cuenta, entre otros, con los siguientes organismos descentralizados: la Superintendencia de Servicios de Salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, y la Administración Nacional de Medicamentos. Cada provincia cuenta con un organismo de similares características al nacional y la coordinación se realiza en el ámbito del Consejo Federal de Salud.

Bolivia mantiene una estructura descentralizada en nueve Servicios Departamentales de Salud y dos subsectores: el Público y el de Seguridad Social. A nivel local existen las Prefecturas y los Municipios encargados de la infraestructura hospitalaria y de los centros de salud.

En Colombia, el SGSSS está conformado por los organismos de dirección, vigilancia y control (Ministerio de la Protección Social, Superintendencia Nacional de Salud y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), los organismos de administración y financiación (EPS, direcciones seccionales, distritales y locales de salud, el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud y las IPS públicas, mixtas y privadas), además de otros organismos de participación ciudadana. Dentro del SGSSS coexisten un Régimen Contributivo de Salud y un Régimen de Subsidios en Salud. Adicionalmente, existen tres regímenes de excepción que cubren la Seguridad Social de las Fuerzas Militares y de Policía, el magisterio y los empleados de la empresa estatal de petróleos-ECOPETROL.

En Costa Rica existen consejos de coordinación sectorial, como el Consejo Nacional de Salud, el Consejo Nacional de Atención Integral VIH/SIDA y el Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial. Por otro lado, existe la Caja Costarricense del Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

En El Salvador existe el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Bienestar Magisterial y la Dirección General de Sanidad Militar de la Fuerza Armada.

También en El Salvador funciona, con rango constitucional, el Consejo Superior de Salud Pública.

En España, las Comunidades Autónomas ejecutan la gestión sanitaria, conservando el Ministerio, entre otras competencias, la sanidad exterior, las bases de la sanidad interior y la Alta Inspección. Existe un Consejo Interterritorial de Salud. La Administración local ejerce competencias en el control del medio ambiente, industrias, edificios y consumo. Los centros sanitarios de ayuntamientos y diputaciones provinciales han quedado integrados en el correspondiente Servicio Autónomo de Salud. Subsisten, sin embargo, determinados servicios sanitarios de gestión local.

En Guatemala se cuenta con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que debe aplicar un régimen nacional, unitario y obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima.

México cuenta con instituciones de carácter federal como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y los organismos desconcentrados de la Secretaría de Salud como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA y el Centro Nacional de Trasplantes. También existen varios Institutos Nacionales de Salud Pública.

En Nicaragua se otorgan algunas facultades a las municipalidades y a los órganos administrativos de las dos regiones de la Costa Atlántica del país que, por ley, están sujetas a régimen de autonomía. Los Gobiernos municipales y Concejos Municipales deben garantizar la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias de la comunidad.

En Panamá, la Caja del Seguro Social es, además del Ministerio, la otra entidad financiadora de los servicios públicos de salud y atención médica en el país.

En Paraguay, compete al Consejo Nacional de Salud la concertación y coordinación interinstitucional de planes, programas y proyectos de interés nacional. La Ley prevé la creación del Fondo Nacional de Salud, que tendrá la función de control y supervisión del financiamiento del sector y, entre las organizaciones civiles más destacadas, en materia de salud, se pueden mencionar el Centro de Ayuda Mutua Salud para Todos (CAMSAT).

En Perú, el Ministerio de Salud regula y promueve el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, a través del Consejo Nacional, los Consejos Regionales y los Provinciales de Salud y se cuenta con una Defensoría de la Salud y Transparencia.

En Portugal se cuenta con la Secretaría General, la Inspección General de Salud, una Dirección General de Salud, el Instituto de Calidad en Salud, la Dirección de las Instalaciones y Equipamientos de Salud. A su vez, el Alto Comisionado de la Salud es un servicio de coordinación interministerial y, recientemente, fue creada la Entidad Reguladora de Salud. Las políticas de salud de las regiones autónomas de Madeira y Azores las definen los respectivos Gobiernos regionales y, también, existen Servicios Regionales de Salud, financiados regionalmente cuya gestión y responsabilidad es autónoma.

En Puerto Rico se cuenta con el Departamento de Salud, cuyo director es el Secretario de Salud, y se crea un Consejo General de Salud para asesorar la política. Existe la Administración de Servicios de Salud, Servicios Médicos, Salud Mental y Contra la Adicción, y la Oficina del Procurador del Paciente de la Reforma de Salud garantiza sus derechos.

En Venezuela, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, adscrito al Ministerio del Trabajo, es el garante del derecho a la Seguridad Social. Las Gobernaciones administran la red hospitalaria y ambulatoria estatal. Las alcaldías cuentan con Coordinaciones de Salud que administran recursos y, excepcionalmente, alguna alcaldía cuenta con la adscripción de un hospital. El Ministerio de la Defensa presta atención a través de hospitales militares. El Ministerio de Educación presta atención primaria de salud a empleados y familiares, y el Ministerio de Interior y Justicia presta atención médico-asistencial a la población penitenciaria.

Países como Bolivia, El Salvador, España, Nicaragua, Panamá, Perú, Portugal y Puerto Rico cuentan con comisiones de salud en sus respectivos parlamentos.

1.3 En Argentina, las políticas sanitarias están delineadas en el Compromiso Federal de Salud, suscrito en 2002 y se cuenta con el Plan Federal de Salud, que se desarrolla en el seno del Consejo Federal de Salud. Entre los logros de dicho Plan figura la Política Nacional de Medicamentos, la política de prescripción por nombre genérico (Programa Remediar) y la lucha contra los retrovirus del VIH/SIDA y ETS.

En Bolivia existen planes nacionales y políticas referidas al sector salud para la población, de cero a cinco años, madres en edad reproductiva y personas adultas mayores. El Gobierno ha anunciado su Plan de Salud y está pendiente de aprobación la Ley de Salud, la Ley del Adulto Mayor y la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

En Colombia, el Plan de Atención Básico contempla acciones individuales a cargo de las EPS y acciones colectivas a cargo de los entes territoriales. Sus componentes más relevantes son: el Plan Ampliado de Inmunización, la provisión de insumos críticos para la prevención y control de zoonosis y brotes de rabia humana, la acción para la salud sexual y reproductiva, y la prevención de la violencia y promoción de la convivencia pacífica.

En Costa Rica, la Política Nacional de Salud contiene las prioridades y estrategias que guiarán a las instituciones y existen políticas nacionales en temas específicos como alimentación y nutrición, antidrogas, vigilancia epidemiológica o vacunación.

En El Salvador, hasta la fecha, la autoridad sanitaria únicamente ha elaborado un Plan Estratégico de Desarrollo Institucional, en función del cual se cuenta con Planes Táctico-Operativos y se están implementando varios programas nacionales. La Comisión Nacional de Seguimiento de la Propuesta de Reforma Integral de Salud aún se encuentra definiendo políticas específicas, relacionadas con la promoción de la salud, los recursos humanos y la participación social en salud.

En España, la Ley prevé la formulación de un Plan Integrado de Salud, compuesto por el Plan Nacional de Salud y los planes homólogos de las Comunidades Autónomas. Sin embargo, no ha llegado a aprobarse ninguno a nivel nacional. El Consejo Interterritorial de Salud ha aprobado, hasta el momento, tres planes integrales de salud sobre enfermedades concretas y, desde marzo de 2006, se cuenta con un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.

En Guatemala, las políticas de salud del Ministerio están enunciadas en el Plan Estratégico de Salud 2004-2008.

En México, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 enuncia diez estrategias de trabajo, 66 líneas de acción y 43 programas.

En Nicaragua existe un Plan Nacional de Salud, aprobado para el periodo 2004-2015 en cuyo proceso de formulación participaron las ONG's que integran el Consejo Nacional de Salud.

En Perú, los lineamientos de política sectorial del Ministerio de Salud están definidos para el periodo 2002-2012.

En Portugal, el Plan Nacional de Salud, 2004-2010, define las políticas públicas en ese campo y existen cerca de 40 programas de índole nacional de implementación gradual.

Puerto Rico, Panamá y Paraguay han establecido objetivos y diseñado estrategias de sus políticas de salud.

En Venezuela, las políticas sociales están en correspondencia con los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social 2001-2007 y el Plan Estratégico 2001-2007, que contempla tres fines específicos para la salud.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 En Andorra, el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria es una entidad con personalidad jurídica propia y autonomía financiera, que asume la gestión y administración de todos los recursos públicos dedicados a la atención sanitaria. Por su lado, la Caja Andorrana de Seguridad Social asegura la gestión administrativa, técnica y financiera del sistema andorrano de Seguridad Social, bajo el control del Gobierno.

El sistema sanitario en Argentina está estructurado en tres subsectores que presentan características propias, como son: a) el subsistema público, b) el de las obras sociales, y c) el privado.

En Bolivia coexisten dos sistemas integrados de salud: el subsector público y el subsector de la Seguridad Social. También se cuenta con el sistema privado de salud sujeto al control público por el Ministerio. El subsector público se financia a través del Presupuesto General de la Nación y de la Ley de Participación Popular, que obliga a los municipios a responder por la infraestructura de los centros de salud. La Seguridad Social se financia con un aporte de la patronal, correspondiente al 10% del salario de trabajadores afiliados a la Caja Nacional de Salud. Existen otras Cajas, como la Petrolera, Caminos y el Seguro Universitario, que admiten asegurados de forma voluntaria. Los centros sanitarios, en general, cuentan con pocos recursos e insumos médicos. El gasto público en salud, en el año 2002, fue de 541 millones \$\$, lo que representa un 3,84% del PIB. El gasto en salud *per cápita* es de 34,8 \$\$\$. El número de médicos es de 1,2 por cada tres mil habitantes. El número de enfermeras es de 0,6 por tres mil habitantes.

En Colombia, al SGSSS concurren IPS públicas y privadas en los tres niveles de complejidad. Por ley, todas las IPS públicas deben ser competitivas y autosostenibles. Es decir, su operación debe ser financiada con la venta de servicios a entidades aseguradoras (EPS y ARS, riesgos profesionales, accidentes de tránsito), a entes locales de salud y a particulares. Los hospitales públicos se transformaron en entidades autónomas administrativa, técnica y financieramente. El gasto en salud se cubre con las contribuciones a la nómina (salud y riesgos profesionales), aportes a la salud de los trabajadores independientes, recursos del Presupuesto Nacional denominados Sistema General de Participaciones, pólizas de seguros e impuestos a rifas y juegos de azar. Se estima que el gasto en salud, basado en el modelo de aseguramiento, ascendió del 4,5% del PIB en 1992, al 9,8% en el 2005, lo que supone cerca de 7.500 millones \$\$.

En Costa Rica, el seguro de salud tiene por base el aporte tripartito de trabajadores, patronos y Estado. El mayor peso de la financiación recae sobre el grupo de asalariados. Para 2004, el gasto nacional en salud representó un 7,4% del PIB, con un 5,9% de crecimiento anual promedio. En 2004, el seguro de salud tenía una cobertura contributiva del 87,8% de la población. Los servicios de salud vienen enfrentando problemas en la infraestructura hospitalaria, la organización de la prestación, el funcionamiento y la escasez de personal.

En El Salvador coexisten varios subsectores: a) el público; b) el de Seguridad Social (prestado por el Instituto Salvadoreño de Seguros Sociales); c) los Servicios Médicos Autónomos (del magisterio, personal castrense y de sus grupos familiares), y d) el privado (lucrativo y no lucrativo). Cerca de dos tercios de la población carecen de cobertura sanitaria, especialmente en el área rural. Las fuentes de financiamiento público del Sector Salud provienen del Presupuesto General de la Nación, así como de las cotizaciones que, conforme a la ley, deben aportar los trabajadores y el sector patronal y estatal. El gasto público en salud ronda el 3,7%. En el 2002, se contabilizaban 12 médicos por cada diez mil habitantes y 0,5 enfermeros por cada profesional médico.

En España conviven la sanidad pública y la privada, predominando la primera. La mayor parte de los centros sanitarios privados colaboran, mediante convenios o concertos, con la Administración. Actualmente hay 17 Servicios Autonómicos de Salud. El SNS se financia con cargo al Presupuesto de cada Comunidad Autónoma. El gasto público en salud fue, en 2005, del 5,8% del PIB, lo que implica un incremento importante en relación con los años anteriores, pero sigue situando a España en los últimos lugares de la Unión Europea (puesto 15). El número del personal sanitario es considerado suficiente a nivel europeo, 0,7 médicos de familia y pediatras por cada mil habitantes y 1,2 médicos por cada mil habitantes, trabajando en hospitales del sector público. No obstante, se ha criticado un cierto desajuste entre médicos de atención primaria y médicos de atención especializada, en detrimento de los primeros.

En Guatemala no se cuenta con información sobre la calidad y funcionamiento apropiado de los centros sanitarios. Existe una tendencia a la privatización de algunos servicios relacionados con la salud como el agua potable y la recolección de basuras. El gasto público de salud con respecto al PIB, en términos reales y nominales, para 2005, fue del 1,0%.

En México, el sistema de salud está conformado por las instituciones de Seguridad Social, que en total cubren entre el 50 y el 55% de la población, los servicios de salud de la población no asegurada y los servicios privados, donde está afiliado poco menos del 2% de la población.

En Nicaragua, el sector de la salud está conformado por dos subsectores: el público y el privado. La protección de la salud es de carácter mixto, pues en ella participan tres regímenes: el contributivo, el no contributivo y el voluntario. El régimen contributivo se financia con los aportes de los trabajadores, empleadores y el Estado. El no contributivo, con asignaciones provenientes del Presupuesto General de la República y de otras personas o instituciones. El régimen voluntario lo financia directamente el usuario. Los establecimientos del primer nivel de atención, en general, tienen una baja capacidad resolutoria en los aspectos de diagnóstico y tratamiento. La red hospitalaria cuenta con una infraestructura y equipamientos obsoletos. El presupuesto del Ministerio de Salud se redujo del 3,2% del PIB, en 2000, al 3%, en 2005. El número del personal sanitario es considerado insuficiente. A ni-

vel nacional, existen 3,8 médicos por cada diez mil habitantes y 3,1 enfermeros por cada diez mil habitantes. La privatización de los servicios públicos esenciales está siendo impuesta por las instituciones financieras internacionales como una condición para acceder a préstamos.

En Panamá, la población tiene la opción de elegir sus servicios, sea en la Caja de Seguro Social, en carácter de derecho-habiente, o en el Ministerio, amparada en convenios de compensación de costos. El componente privado lo constituyen las clínicas privadas y hospitales con más de 100 camas y los consultorios médicos privados. En cuanto al personal sanitario, éste es insuficiente en relación con la población. En el área urbana están asignados 3.786 médicos, 715 odontólogos y 2.996 enfermeros. En el área rural se encuentran asignados 515 médicos, 153 odontólogos y 485 enfermeros. El gasto público en salud, para el año 2006, es del 6,4% del PIB, lo que implica un incremento en comparación con años anteriores.

En Paraguay, el SNS está basado en la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado, y adopta, como eje de acción, la estrategia de participación social, concertación y descentralización sanitaria. Existen deficiencias en la cobertura, calidad y oportunidad de la información disponible, lo que dificulta la toma de decisiones. El gasto público en salud constituyó el 2,8% del PIB en los años 2002 y 2003, y el 3,4% en el año 2004.

En Perú, el sistema sanitario está conformado por el sector público y el sector privado, pero a su vez existen otros subsectores que funcionan casi de manera independiente y cubren a poblaciones diferentes. Ello impide articular eficazmente las acciones de salud a causa de duplicidades e ineficiencia. El Perú invierte en salud el 4,8% de su PIB, que corresponde al 0,9% del Presupuesto General de la República. En el año 2002 había 11 médicos, 2,4 obstetras, 1,2 odontólogos y 8,1 enfermeros por cada diez mil habitantes.

En Portugal, el SNS es un sistema de prestación de cuidados de salud universal, centralizado y público, con la propiedad pública de los hospitales y centros de salud. La financiación del modelo se realiza con los impuestos. Coexiste con el sistema público, el sector privado y social que se dedican a esa actividad. Entre 1996 y 2003, el gasto público en salud osciló entre el 4% y el 4,5% del PIB. El personal de salud se encuentra mayoritariamente cubierto por el régimen de la función pública. Existen 2,41 médicos por cada mil habitantes, siendo escasos los médicos de familia. Hay un acentuado déficit de enfermeros debiendo ser contratados profesionales extranjeros.

En Puerto Rico, antes de la reforma de 1993, el Estado era el proveedor de los servicios de salud para gran parte de la población del país. Actualmente, el Gobierno ha delegado esta función en la empresa privada a través de las entidades aseguradoras, las cuales a su vez contratan a proveedores de servicios de salud privados. El sistema de prestación de servicios de salud incluye las instalaciones públicas, públicas privatizadas y privadas. El método de financiamiento está basado en un *capitation o per cápita* que se le transfiere al establecimiento de salud por todos los servicios de cobertura básica.

En Venezuela, el sistema de servicios de salud es mixto. Está integrado por los subsectores público y privado, y conformado por múltiples actores. El subsector privado es fiscalizado y controlado por el Ministerio. El porcentaje que representa el gasto público en salud en el Presupuesto Nacional se situó, en el año 2005, en el 5,91%. En el año 2004, la *ratio* de médicos por diez mil habitantes fue de 20, mientras que para las enfermeras fue de 4,5. La distribución de los médicos, por Estados, sigue mostrando fuertes inequidades.

2.2 En cuanto a la participación ciudadana, pueden destacarse, a manera de ejemplo, algunas iniciativas:

En Bolivia, el papel desempeñado por las ONGs y las iglesias, especialmente en el área rural, que constituyen un mecanismo de control social para la fiscalización y seguimiento del gasto e inversión en salud.

En Costa Rica, la creación de las Juntas de Salud, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas, que promueven la participación ciudadana.

En El Salvador, la conformación de 1.800 redes de participación ciudadana y 351 Comités de Consulta Social, constituidos por asociaciones comunales, grupos de autoayuda y otras formas organizativas locales alrededor de los SIBASI.

En España, la participación de las entidades locales, las organizaciones empresariales y los sindicatos, en tres ámbitos como son: el Comité Consultivo, el Foro Abierto de Salud y los Consejos de Salud de cada Área de Salud.

En México, la incorporación de más de 1.500 municipios, al sistema de salud, en el año 2000.

En Nicaragua, la creación del Consejo Nacional de Salud.

En Panamá, los 1.000 Comités de Salud conformados.

En el Perú, las Mesas nacionales, regionales y locales, de concertación para la lucha contra la pobreza, así como los Consejos de Coordinación Regional y Local de salud y los Comités Locales de Administración en Salud que, en el 2005, ascendían a 2.155 establecimientos.

En Portugal, el establecimiento del Consejo Nacional de Salud, órgano de consulta del Gobierno que representa a los interesados en el funcionamiento de las entidades prestadoras de los cuidados de salud y que incluye representantes de los usuarios designados por la AR y la reciente Ley de Asociaciones de Defensa de los Usuarios de la Salud, que establece los derechos de participación.

En Puerto Rico, la creación en 2005 de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud.

Finalmente, en Venezuela, la conformación de los 8.646 Comités de Salud, organizaciones de base comunitaria, registrados a finales de 2005.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 a) *Seguridad e higiene laboral.* Países como Andorra, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, México, Nicaragua, Panamá, Portugal, Puerto Rico, España y Venezuela contemplan los aspectos de seguridad e higiene laboral en sus legislaciones, y coordinan acciones con los Ministerios de Salud y Trabajo correspondientes. Algunos de estos países, como Nicaragua, Panamá y Puerto Rico, cuentan incluso con Planes o programas de Salud Ocupacional.

Destacan las cifras de siniestralidad arrojadas por El Salvador, donde se estima que, al año, ocurren entre 25.000 y 27.000 accidentes de trabajo, o el dato de que España es el país de la Unión Europea con mayor índice de siniestralidad laboral, así como la información brindada por Venezuela, que durante el año 2004 registra una cifra de 287.681 accidentes en el lugar de trabajo, que ocasionaron 27.600 personas con discapacidad y 1.500 personas fallecidas.

b) *Medio ambiente.* Todos los países tienen regulaciones específicas y se llegan a percibir grandes diferencias entre aquellos que disponen de un alto nivel de cali-

dad y uso del agua, como es el caso del Principado de Andorra, y aquellos otros países donde el recurso hídrico escasea.

A manera de ejemplo, el agua potable en Bolivia tiene una cobertura nacional de un 85%, con niveles del 90% para el área urbana y 40% en el área rural, lo que afecta, especialmente, a los pueblos indígenas (recientemente se ha creado el Ministerio de Agua con un Viceministerio de Riego para dar solución y respuesta a la demanda social). El Salvador también registra escasez de agua potable en el área rural. Paraguay cuenta con un Programa «Tercer Proyecto Rural de Agua y Saneamiento» cofinanciado por cooperación externa, para afrontar el tema. En el Perú, el 30% de la población urbana y el 60% de la población rural aún no cuentan con acceso a agua potable para el consumo o con un saneamiento adecuado. En Colombia, el 95% de los municipios tienen el servicio de acueducto, no obstante, las empresas prestadoras de servicios públicos no cumplen sus obligaciones relacionadas con las condiciones de potabilidad y tratamiento del agua, tal como lo establece la norma. Finalmente, otro de los problemas ambientales detectados y más preocupantes, en España, es el de la contaminación acústica y el elevado nivel de ruido.

3.2 a) Enfermedades epidémicas. Todos los países mantienen controles de vigilancia epidemiológica y campañas de vacunación masiva de enfermedades que se pueden prevenir, dirigidas a todos los grupos de población y con mayor o menor éxito en la cobertura. Junto a éstas, también se contemplan campañas de información y prevención.

Bolivia, México y Portugal resaltan las significativas reducciones de enfermedades que han logrado en los últimos años. Nicaragua refleja un déficit importante de conocimientos en la población sobre prevención en salud, al igual que inequidad en cuanto a la cobertura. Como ejemplo, el 61% de los niños más pobres tienen esquema completo de vacunación (zonas rurales), frente a un 71% de los más ricos. Panamá destaca, como un logro importante, que en el 2006 se vacuna gratuitamente contra la *influenza* a bebés, mayores de 60 años y pacientes con enfermedades crónicas. De igual manera, Venezuela resalta el éxito de su experiencia con la vacunación de fiebre amarilla.

b) *Conductas adictivas y drogodependencias.* La mayoría de los países cuentan con instituciones encargadas de la prevención y atención. En Bolivia, su tratamiento es incipiente, y en el Salvador no se han implementado los mecanismos establecidos por ley.

c) *Lucha contra el tabaquismo.* Países como Argentina y Venezuela destacan la existencia de programas. Bolivia y Costa Rica resaltan la prohibición del consumo en determinados lugares. En Nicaragua, aunque existe una legislación que impone sanciones, ésta no se cumple. Finalmente hay países, como España, que han avanzado en la lucha contra el tabaquismo, con legislaciones más restrictivas, y otros, como Portugal y El Salvador, que lo están intentando, con proyectos de ley, aunque en el caso de El Salvador se cuenta con la resistencia de influyentes empresas.

4. DERECHOS

4.1 La cobertura de la asistencia sanitaria presenta diferencias en función de cada uno de los países. Andorra, Portugal, España, Puerto Rico y Panamá se acercan al

100% de la cobertura en salud de su población; Venezuela, Paraguay y Colombia superan el 70%; El Salvador, Argentina y Perú están por encima del 50%, mientras que Bolivia y Nicaragua tienen una cobertura inferior al 50% de la población.

A excepción de los países europeos o Costa Rica, las dificultades de acceso por razones geográficas son manifiestas, en casi todos los demás países.

La libre elección de médico no es contemplada en países como Bolivia o El Salvador y este derecho es ejercido, con ciertas limitaciones, en Argentina y Venezuela. Tan sólo en Portugal, España y Andorra pueden ejercerlo plenamente.

Respecto a la gratuidad del servicio, se goza de él, sin distinción de nacionalidad, en Argentina, España, Andorra, México, Puerto Rico, Portugal y Venezuela, y cuenta con dificultades en Guatemala, Nicaragua y Perú, que afecta a los más vulnerables. La gratuidad de los servicios no existe en Bolivia y esta ausencia es considerada un grave problema en el Salvador.

Finalmente, respecto a las listas de espera, suelen ser largas en la mayoría de los países, con algunos avances percibidos en los países europeos y en la capital de Venezuela.

4.2 Prácticamente, todos los países regulan los medicamentos y cuentan con leyes y políticas específicas sobre la materia. Algunos presentan avances en cuanto a la denominación genérica como Argentina, Colombia y Costa Rica. Otros mantienen liberalizado el mercado existiendo la libre oferta y demanda, como es el caso de Bolivia, Costa Rica, Guatemala, Panamá y Perú. En general, el desabastecimiento es señalado como una causa principal de la falta de acceso a los medicamentos. Entre los aspectos relevantes que pueden observarse, en algunos países, destacan los siguientes:

En Andorra, los medicamentos prescritos, mediante receta médica, son abonados por los pacientes, y posteriormente reembolsados por la Seguridad Social Andorrana en un 75% del valor por enfermedad y por el 100% en caso de accidente laboral.

En Bolivia, la receta se realiza con el nombre comercial, lo que encarece el costo. Los medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis son gratuitos y para el *chagas* y la malaria, en las zonas endémicas, se pueden disponer con facilidad. Sin embargo, los medicamentos anticancerígenos no están cubiertos.

En Colombia se puede acceder a medicamentos genéricos mediante el pago de una cuota moderadora.

En El Salvador, el desabastecimiento alcanza hasta el 50% y aproximadamente la mitad de la población prefiere automedicarse o debe destinar, para medicamentos, un alto porcentaje de sus ingresos.

En España, los usuarios sufragan el 40% del coste de los medicamentos, los cuales resultan totalmente gratuitos para pensionistas y asimilados.

En México se establece la disponibilidad y existencia permanente de medicamentos y otros insumos esenciales para la salud.

En Nicaragua se establece la gratuidad para los grupos vulnerables y el abastecimiento en algunas unidades de salud sólo alcanza el 42%.

En Paraguay se han implementado farmacias sociales con medicamentos esenciales a un costo mínimo. En algunos casos, el subsidio llega hasta el 100% para los pacientes insolventes.

En Perú, la mayoría de los establecimientos no cumplen con las buenas prácticas de manufactura y existe una alta frecuencia de automedicación.

En Portugal se autoriza la introducción de cada medicamento de acuerdo con los precios practicados en tres países de referencia, España, Francia e Italia.

En Venezuela se aseguran descuentos para la población que llegan hasta un 85% en las boticas populares.

4.3 En todos los países se reconocen los derechos a la información, a la intimidad y confidencialidad. La mayoría regula todo lo relativo a la historia clínica y garantiza el derecho al consentimiento. Algunas particularidades que podrían destacarse son las siguientes.

Argentina no cuenta (salvo casos específicos) con una norma de carácter general que imponga el consentimiento informado. En Bolivia se necesita el consentimiento informado para cualquier experimento o investigación clínica; en Costa Rica, los asegurados tienen derecho a tener acceso, en caso de duda, a una segunda opinión de otro médico, antes de autorizar tratamientos, intervenciones quirúrgicas o procedimientos médicos de cualquier tipo.

5. GARANTÍAS

5.1 Todas las legislaciones contemplan los delitos de lesiones, los delitos por omisión del deber de socorro y los delitos contra la salud pública, así como regulan las infracciones en el ámbito administrativo.

En lo que respecta al Derecho administrativo sancionador, en Argentina, la ley califica como «datos sensibles» aquellos vinculados con la salud y aplica sanciones a los infractores de los mismos. Por su parte, los actos u omisiones que impliquen transgresiones a las normas de profilaxis frente al SIDA son consideradas faltas administrativas, se imponen sanciones y se crea el registro nacional de infractores.

En España, Portugal y Perú, el Derecho administrativo sancionador, relacionado con la salud, viene previsto en la legislación sobre consumo. A su vez, se castigan las conductas de los profesionales de la salud, tanto por no acatar las normas de disciplina a las que se deben los funcionarios y servidores públicos, así como por violación de la propia deontología profesional médica.

En El Salvador, Guatemala, Panamá y Paraguay, los Códigos de Salud establecen sanciones y multas, y en el caso de Nicaragua es la Ley General de Salud la que lo hace, tipificando el tipo de falta.

En Puerto Rico, además, se faculta al secretario de Salud a imponer multas administrativas por violaciones a los reglamentos.

5.2 A manera de ejemplo se destacan algunas singularidades propias de algunos de los países.

En Andorra, existe el Departamento del Usuario y todo ciudadano puede presentar su queja al Colegio de Médicos del Principado. No existe el Defensor del Paciente, aunque el Raonador del Ciutadà admite a trámite los casos que tienen relación directa con las instituciones sanitarias públicas.

En Bolivia, el arbitraje se está implementando y también las auditorías médicas. Aun así, el control social de la ciudadanía no ha logrado insertarse en los Tribunales de Ética.

En Colombia, toda persona tiene derecho a interponer la Acción de Tutela, considerada una de las mayores conquistas que el constituyente entregó a los más desvalidos. El 35% de estas acciones está relacionado con temas de salud. Se viene impulsando ante el Congreso de la República la creación de la figura del Defensor del Paciente.

En Costa Rica se dispone que todo establecimiento de salud debe contar con una «Contraloría de servicios de salud» y opera la Defensoría de los Habitantes.

En El Salvador, la Defensoría del Consumidor tiene potestad para decretar medidas cautelares de oficio, la solución alterna de conflictos y controversias, además del establecimiento de sanciones y el arbitraje.

En España, para evitar el recurso a la vía judicial, la ley reconoce el derecho de toda persona a utilizar vías administrativas de reclamación. La mayoría de las Comunidades Autónomas han regulado procedimientos de reclamación ante los servicios sanitarios respectivos. En la Comunidad de Madrid se ha creado la figura del Defensor del Paciente. Podría acudir al Sistema Arbitral de Consumo, pero en la práctica esta vía es poco utilizada.

En México, el paciente tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

En Nicaragua, la ley contempla el derecho de los usuarios a hacer reclamos que pueden dar lugar a auditorías de la calidad en los hospitales.

En Panamá se creó la Defensoría del Asegurado.

En Perú se cuenta con dos procedimientos para la reclamación de sus derechos: la queja ante el director o médico jefe del establecimiento y la queja que se presenta ante la Oficina Ejecutiva de Transparencia y Defensoría de la Salud.

En Portugal, la ley establece el derecho a reclamar y ver reparado el perjuicio sufrido y se adopta un formulario uniforme llamado el Libro Amarillo.

En Puerto Rico existe la Oficina del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud, adscrita a la Oficina del Gobernador.

En Venezuela existe un procedimiento especial general previsto en la Ley de Protección del Consumidor y al Usuario, que remite a la Sala de Conciliación y Arbitraje.

5.3 El Derecho privado y administrativo de todos los países contempla la responsabilidad extracontractual. Entre las normas generales de mayor interés para el ámbito de la salud y las normas especiales sobre indemnizaciones por daños a la salud destacan las que se citan, a modo de ejemplo, a continuación.

En Argentina, las normas de medicina transfusional y de lucha contra el SIDA, contienen obligaciones para las distintas personas que pudieron tener relación con una transfusión que pudo provocar daños al paciente.

En Bolivia, la Ley del Ejercicio Profesional Médico brinda garantías y si se comprobe un acto de mala *praxis* médica, éste pasa a la justicia penal, donde la sentencia indica el pago para el resarcimiento y se estima el daño civil causado.

En Costa Rica, los tribunales estiman que al paciente no se le debe exigir probar la culpa de la Administración y que es suficiente la efectividad del daño sufrido.

En El Salvador no hay una regulación específica respecto a las indemnizaciones relacionadas con la mala *praxis* médica, el diagnóstico erróneo, la falta de atención, ni ningún otro procedimiento que provoque daños o perjudique la salud.

En España, los criterios seguidos por la jurisdicción civil y la contencioso-administrativa para conceder las indemnizaciones, por daños producidos en el ámbito sa-

nitario, vienen a coincidir. Se sanciona la mala *praxis*, la antijuridicidad de la actuación pública y la vulneración de los derechos asociados a la salud.

En Guatemala, la responsabilidad civil de los funcionarios y empleados públicos prescribe a los 20 años.

En Perú, el establecimiento de salud es solidariamente responsable por los daños derivados del ejercicio negligente de los profesionales.

En Portugal, la responsabilidad civil extracontractual del Estado prescribe, en general, en el plazo de tres años a contar desde la fecha en que el lesionado tuvo conocimiento de su derecho.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Prácticamente todos los países reconocen y regulan, de forma específica, derechos de las mujeres referidos a su salud. La mortalidad materna, en varios países sigue siendo alta y se sitúa por encima de los 300 por cien mil nacidos vivos en el caso de Bolivia; en torno a 100 por cien mil en el caso de Guatemala, Nicaragua y Perú, y por debajo de dicha tasa Venezuela y Puerto Rico. También en México los porcentajes de mortalidad por maternidad siguen siendo de alto riesgo.

Respecto a los derechos sexuales y reproductivos, en Andorra, la embarazada tiene derecho a controles gratuitos y a la libre elección del profesional.

En Argentina existe el Consejo Nacional de la Mujer y varias leyes protegen sus derechos, entre las que destaca el Programa Materno Infantil.

En Bolivia, la Ley de Salud Sexual y Reproductiva aún no ha sido aprobada.

En Colombia se contempla la salud sexual y reproductiva y el control de la fecundidad no deseada a cargo de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, y los entes territoriales, que incluyen campañas y capacitación dirigidas a la población de alto riesgo.

En Costa Rica, toda madre gestante tiene derecho a información, control y atención médica durante su embarazo y a recibir alimentos durante el periodo de lactancia.

En El Salvador se cuenta con un programa específico de atención a la salud de las mujeres siempre enfocado en su maternidad. No hay normativa específica sobre el derecho a la salud de la mujer, con excepción de las prestaciones por maternidad de las trabajadoras cotizantes o las esposas de asegurados.

En Panamá, el derecho de las mujeres a la salud no ha sido desarrollado a través de una legislación; no obstante, se cuenta con un Programa de Salud en Planificación Familiar que orienta sobre métodos de planificación y promoción de la lactancia materna exclusiva. También distribuye anticonceptivos y orienta para la prevención de embarazos y de las ITS-VIH/SIDA.

En Paraguay, la Política Nacional de Atención a la Salud Integral de la Mujer, está dirigida a la etapa pre y post reproductiva. Se cuenta con el Plan Nacional de Salud Reproductiva y la Iniciativa de Maternidad Segura y el Plan Nacional de Atención integral al Adolescente. Se han conformado mesas temáticas sobre «Prevención de la Mortalidad Materna y el Aborto» y «Promoción de la Paternidad Responsable», y están pendientes las de «Trabajo Doméstico» y «Promoción de los Derechos de la Mujer Indígena».

Venezuela regula la Salud Sexual y Reproductiva. A manera de ejemplo, la venta de la «píldora del día después» aún no se ha legalizado en Panamá y sí está permitida en México.

Por otro lado, respecto a la prevención del cáncer cérvico-uterino, en El Salvador, menos del 48% de mujeres se practican la prueba del *papanicolau* (prueba para detectar el cáncer cérvico-uterino), y en México son pobres los resultados del Programa de detección masiva de este tipo de cáncer.

El aborto está penalizado en Andorra, Bolivia, Costa Rica, Guatemala y Perú. A este último país, el Relator de la ONU sobre el derecho de la salud le recomendó suprimir las sanciones para quien aborte y para quienes practican los abortos. En El Salvador es delito incluso el aborto terapéutico, que, hasta hace unos años, no era penalizado en los casos de violación, así como el eugenésico cuyas sanciones también fueron elevadas. México sólo lo permite cuando sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a menor o incapaz, cuando la embarazada corra peligro grave, a juicio del médico, y cuando el feto presente alteraciones genéticas. De la misma manera se permite en Panamá. Destacan los datos de Bolivia respecto al aborto clandestino que ocasiona del 30 al 35% de las muertes maternas o la elevada cifra de abortos en el Perú que ascendió a 400 mil en el 2005.

Otros aspectos, como la desnutrición, representan un problema en México y Guatemala, así como los elevados índices de enfermedades de transmisión sexual, los embarazos no deseados y de madres adolescentes, para lo que se cuenta con programas en el caso de Portugal y Puerto Rico. También se destacan algunos aspectos de la violencia contra la mujer en países como Nicaragua y Venezuela.

6.2 Las legislaciones de la mayoría de los países atienden los aspectos de salud de esta población. En todos los países se ha visto un retroceso en cuanto a los índices de mortalidad infantil, pero continúan siendo altos en Bolivia, Perú, El Salvador, Guatemala y Nicaragua.

Algunos países, como Bolivia, han reducido ostensiblemente, hasta llegar a su desaparición, enfermedades como el bocio o el sarampión. No obstante, los aspectos de desnutrición crónica son también preocupantes en países como Bolivia, El Salvador, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Puerto Rico y, aún, se observan dificultades en el control de las enfermedades respiratorias y diarreicas en Bolivia, Guatemala y Perú. También son altos los índices de embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, el abuso sexual y la explotación laboral de los menores trabajadores.

Algunas particularidades que presentan los países son las siguientes. En Andorra, los niños y niñas están cubiertos por la seguridad social hasta los 18 años o hasta los 25 si estudian. En Portugal, hasta los 12 años están exentos del pago de tasas, y en Costa Rica se les garantiza el derecho a la atención médica sin discriminación. Argentina, El Salvador y Guatemala cuentan con leyes que protegen los derechos de las niñas, niños y adolescentes. En Bolivia no existen políticas ni planes para disminuir la exclusión social, la migración y desplazamiento interno por razones socioeconómicas y el sexo comercial; a su vez, el Código del Niño, Niña y Adolescente se encuentra vigente. En Puerto Rico se cuenta con varios programas de nutrición, vacunación, servicios médicos a escolares y servicios integrales de salud al adolescente, así como un proyecto educativo sobre abstinencia sexual para adolescentes.

6.3 Las minorías que han merecido especial atención en los países analizados han sido, principalmente, los migrantes en Argentina, España y Portugal, los indigentes en El Salvador, la población indígena en Argentina, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela, los desplazados internos en Colombia y la población reclusa y las minorías étnicas en Portugal.

7. PROBLEMAS PARTICULARES¹

7.1 Algunos datos de la población con discapacidad son los siguientes: en Argentina, en 2001, representaban el 7,1% de la población. En Bolivia, el 10%, al igual que en El Salvador, que estima que entre el 30 y el 40% son menores de edad y casi la mitad son mujeres. En Guatemala oscila entre un 10 y un 18% (1.500.000 personas). En Nicaragua representan el 10,25% de la población mayor de seis años de edad. En Puerto Rico, en 1990, había 704.407 personas con algún tipo de deficiencia o impedimento. En Venezuela, en 2001, representaban el 3,67% de la población (907.694 personas).

A manera de ejemplo, pueden destacarse particularidades de algunos países. Así, Andorra, Argentina y Panamá cuentan con entidades y programas que cubren las necesidades de atención médica, formación, empleo, vivienda, transporte y ocio. En Colombia, bajo ningún pretexto podrá negarse la asistencia médica u hospitalaria a un paciente que padezca de cualquier enfermedad de las consideradas ruinosas o catastróficas. Costa Rica y Portugal cuentan con una red de hospitales que atienden a las personas con discapacidad, y en el caso de Portugal, éstas están exentas del pago de tasas.

En Bolivia, Paraguay, Portugal, Puerto Rico y Venezuela se cuenta con leyes específicas y planes de intervención; no obstante, en Paraguay y Nicaragua destacan los problemas de desempleo y de promoción de deportes, ocio y tiempo libre. En el Salvador existe una Ley de Beneficio para la Protección de los Lisiados y Discapacitados a consecuencia del Conflicto Armado, y en Perú, la Comisión de la Verdad recomendó el establecimiento de programas para el tratamiento gratuito de los problemas mentales y físicos que incluya la atención mental especializada de las mujeres víctimas de la violencia.

7.2 Las particularidades de algunos países frente a los aspectos de dependencia y personas mayores son las siguientes:

En Andorra se cuenta con el Programa de Medicamentos y Tercera Edad, planteado como un programa de uso racional del medicamento destinado a la tercera edad y con otro, de Participación social, destinado a las personas de más de 65 años para potenciarles en la vida social, cultural y económica del país.

En Argentina se destinan importantes recursos para administrar la obra social de la tercera edad que cuenta con una población cercana a los 3.000.000 de beneficiarios.

En Bolivia, el Defensor del Pueblo trabaja en alianza estratégica con la ONG Adultos Mayores-Helpage Internacional, en la Ley del Adulto Mayor para que sus dere-

¹ Para este apartado se han seleccionado los dos temas que con mayor frecuencia han preocupado a las Defensorías y que no cabe encuadrar en el resto de los apartados.

chos, como el de salud y la patología del envejecimiento, con enfoque de género, sean atendidos con políticas públicas que brinden atención y asistencia sanitaria.

En El Salvador, a pesar del reconocimiento de derechos que otorga la legislación y la existencia de un Programa de Adultos Mayores, el Ministerio de Salud no ha logrado configurar una estrategia institucional de atención gerontogeriatrica de aplicación nacional.

En Nicaragua, la atención a este grupo se ha realizado sin delimitar con precisión las prioridades que deben atenderse y, sobre todo, sin destinarse los recursos requeridos para enfrentar sus problemas.

Panamá ha desarrollado e implementado leyes y normas relacionadas con las personas mayores; entre ellas, la adopción del Código de la Familia, que constituye un avance.

En Portugal, el apoyo a los ciudadanos en situación de dependencia está a cargo de la seguridad social, que, a través de los servicios locales y los asistentes sociales en el terreno, evalúan y establecen las medidas adecuadas. Cabe destacar la «pensión social», el «complemento de dependencia», «el rendimiento social de inserción» y el «complemento solidario para ancianos». Recientemente se ha creado una Red Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

En Venezuela, desde 2004, funcionan los programas de Atención Médico Geriátrica, Atención Nutricional y el de Suministros de Medicamentos.

A modo de ejemplo, en Guatemala las enfermedades con mayor incidencia en adultos mayores, son las infecciones y enfermedades respiratorias, las enfermedades relacionadas con los huesos, gastritis (no especificada), anemia, hipertensión e infecciones en vías urinarias. En Nicaragua, en el año 2002, el primer motivo de consulta fue la enfermedad hipertensiva, seguida de la artritis reumatoide. En Puerto Rico, las enfermedades del aparato circulatorio, las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, y las enfermedades de las glándulas endocrinas y de la nutrición y el metabolismo. En Venezuela, las principales causas de mortalidad que afectan a este grupo son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebro-vasculares y la diabetes.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Algunos países aportan cifras respecto al SIDA:

En Argentina, el número estimado de PVVS, en el 2002, ascendió a 130 mil y el 100% de las personas que necesitan tratamiento se encuentran recibéndolo.

En Colombia, siete de cada mil personas son portadoras del virus y se estima que dentro de los siguientes diez años esta tasa se duplicará.

Costa Rica, en el año 2004, diagnosticó 1.800 casos de SIDA, de los cuales 113 personas murieron por esa causa.

Guatemala, de enero de 1984 a agosto de 2005, reportó 8.685 casos de SIDA (tasa de 79.4 por cien mil habitantes).

En El Salvador, hasta 2005, hubo 98.933 casos de SIDA (83,3% hombres y 16,7% mujeres), existen 182.000 personas adultas infectadas por el VIH y más de 30 mil PVVS reciben tratamiento retroviral gratuito, lográndose el acceso universal.

En Nicaragua, desde 1987, el número de PVVS se ha incrementado, y, a diciembre de 2005, contabilizó 2.031 casos.

Panamá, con más de tres millones de habitantes, a diciembre de 2005, reportó un total de 7.485 casos de SIDA.

Perú, de 1983 a 31 de enero de 2006, tuvo 18.059 casos de SIDA y 24.449 de VIH, y se calcula que hay 70 mil PVVS.

Portugal presenta la más elevada tasa de incidencia de infección por VIH en la Unión Europea con 280 casos por mil habitantes en 2004, y a 31 de diciembre de 2005 notificó 28.370 casos.

Puerto Rico, a 30 de septiembre de 2005, reportó 30.541 casos de SIDA.

Finalmente, Venezuela, en el 2005, reportó 53.465 personas con la enfermedad y distribuyó 14.902 retrovirales.

La mayoría de los países cuentan con normativa sobre VIH/SIDA y con entidades que ejercen el seguimiento y control de la enfermedad, realizan campañas preventivas y de información, y disponen medidas para evitar la discriminación de las PVVS. En algunos casos, como en Bolivia o El Salvador, se establece el deber de comunicar la condición de seropositividad.

Entre los problemas más relevantes detectados se encuentran: el incremento paulatino de la feminización de la enfermedad; la no utilización del condón por razones económicas y por falta de información; el abandono y la ausencia de programas de prevención de las ETS; el desabastecimiento de los medicamentos precisos, y el incumplimiento de las obligaciones de atención que obliga a los usuarios a tener que presentar reclamaciones; en este sentido, merece la pena destacar el éxito de las acciones judiciales de tutela, en el caso de Colombia.

Algunas particularidades que pueden destacarse son las siguientes: Bolivia, aunque cuenta con programas apoyados por OMS/OPS, aún no ha aprobado la Ley del SIDA.

En Colombia y Nicaragua son insuficientes los programas de promoción de la salud y de prevención de esta patología.

En Costa Rica, El Salvador y Nicaragua se contempla el derecho a recibir los medicamentos, aunque existe desabastecimiento.

En Panamá, el Gobierno se ha comprometido, para el 2010, con un marco de acción, una autoridad nacional de coordinación y un sistema de vigilancia y evaluación.

En Perú existe una Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud y, a partir de 2006, el Gobierno debe financiar los tratamientos sin el apoyo de cooperación externa.

Paraguay cuenta con un Programa Nacional de Control con escaso presupuesto e insuficiente cobertura de medicamentos

En Puerto Rico, la Carta de Derechos de las PVVS se establece con el propósito de proveer el mejor trato a los pacientes con VIH y evitar la discriminación, pudiendo acudir ante los tribunales.

Venezuela cuenta con el Plan Nacional de Atención Integral, el de Suministro Gratuito de Medicamentos y el Programa Preventivo, que ha formado a 263.014 niños, niñas y adolescentes.

III. ACTUACIÓN DE LAS DEFENSORÍAS

1. ANDORRA

La Institución ha recibido quejas que afectan a problemas de costes y facturaciones de traslados de enfermos fuera del Principado.

El número más significativo de quejas relacionadas con la salud se refiere a diagnósticos médicos erróneos. Así, por diagnósticos que han ocasionado gastos de facultativos foráneos por intervenciones que no corresponden con el diagnóstico inicial. En estos casos se ha intentado mediar con la dirección del Hospital Nacional, la cual nos ha transmitido también la documentación obtenida, informándonos sobre los posibles diagnósticos contradictorios expuestos por los demandantes. Si no se ha obtenido ninguna solución positiva, se ha indicado al interesado la posibilidad de recurrir a la justicia, camino siempre difícil, sobre todo si se tiene que pleitear con una institución como el Hospital Nacional.

Existen pacientes que han sido atendidos por médicos de cabecera o especialistas a quienes les han diagnosticado dolencias que pueden comportar bajas en el trabajo, continuación de las bajas o una posible invalidez. Cuando han sido convocados a los controles médicos de la Seguridad Social, el diagnóstico formulado por estos médicos, los cuales recomiendan y prescriben las bajas o la invalidez, puede ser cuestionado. Es evidente que para evitar un fraude, la Seguridad Social dispone de un control médico propio. Pero esta disparidad de criterios genera en el enfermo una inseguridad que le hace dudar sobre quién es el facultativo que tiene razón en el diagnóstico y quién da el tratamiento acertado. Ante esta duda, el paciente procede a presentar quejas por contradicción médica.

Entrar en este tema suele ser complicado, pero sería conveniente que si los servicios médicos de la Seguridad Social desautorizan la opinión del médico tratante, se dirigieran al Colegio de Médicos para que éste efectuara la correspondiente investigación sobre el diagnóstico del médico particular. En el caso de ser requerida, la Institución suele dirigirse también al Colegio de Médicos.

2. ARGENTINA

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 3.1 Ébola. 3.2 Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA). 3.3 Tabaquismo. 3.4 Vacunas. 3.5 Control de alimentos. 4. DERECHOS. 4.1 Asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 5.1 Mujer. 5.2 Niñez y adolescencia. 6. PROBLEMAS PARTICULARES: 6.1 Salud mental. 6.2 Personas mayores. 6.3 Reproducción asistida. 6.4 Trasplantes. 6.5 Enfermedades crónicas. 7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

El Defensor del Pueblo de la Nación Argentina¹ realiza una permanente labor de investigación y seguimiento, que en muchos casos ha contribuido a modificar desvíos producidos en el ámbito de la Administración Nacional vinculados con la implementación de políticas sanitarias y sus consecuentes acciones. Es necesario señalar que en el marco de la colaboración crítica que desarrolla, se presentarán sólo aquellas cuestiones que se han considerado más significativas en función de los Derechos Humanos afectados².

2. SISTEMA SANITARIO

Los afiliados a EMP (empresas integrantes del subsector privado de la salud) comenzaron a plantear quejas respecto de diversos aspectos relativos al funcionamiento de estas entidades, en algunos casos vinculadas con cuestiones de índole administrativa y en otros con la prestación de los servicios. Cabe tener presente que con el dictado de la Ley 24754/1996 se estableció que estas entidades debían brindar iguales prestaciones que las obras sociales integrantes del subsector de la seguridad social. Si bien la previsión está referida al conjunto de prestaciones médicas contempladas en el PMO (es decir, el conjunto de prestaciones que conforman la canasta básica de salud), existían ya normas, y luego se dictaron otras, que contemplan una serie de prestaciones específicas que las EMP no podían negar a sus asociados, dado que estaban dirigidas a proteger la salud de los ciudadanos respecto

¹ Las referencias a los *Informes Anuales* presentados ante el H. Congreso de la Nación y publicados, pueden consultarse en la siguiente página web: www.defensor.gov.ar.

² CN (art. 86).

de patologías en las que se había establecido un compromiso al respecto; es el caso del VIH.

En atención a estas cuestiones, que equivalen a que los asociados deban recurrir, en muchos casos, a la justicia para que ordene el otorgamiento de las prestaciones, esta Institución efectuó distintas propuestas tendientes a que se regule el sector, dado que las investigaciones realizadas permitieron establecer que el mayor inconveniente se verifica, precisamente, por la falta de un marco normativo que permita a los ciudadanos superar los inconvenientes que se suscitan. En esa inteligencia se elevó al H. Congreso de la Nación un proyecto de ley por medio del que se proponía modificar la Ley 24.754/1996 (tiene un solo artículo) designado a la SSSalud como autoridad de aplicación de ese texto legal, otorgando así certeza respecto de las prestaciones médicas que deben otorgar las EMP y evitando o disminuyendo la litigiosidad. Luego de ello y ante cada intervención de la Defensoría, en el tema se han dirigido distintas recomendaciones e informes, tendientes a que se disponga la regulación de la materia. Próximamente se remitirá un informe donde se señalarán las pautas mínimas del marco normativo de la actividad de las EMP³.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 En 1995 se dirigió una recomendación a la Secretaría de Salud de la Nación (dependiente del MS) para que se adoptasen las medidas tendientes a preservar la salud de la población ante la posibilidad de que ingresaran al país individuos infectados con el virus denominado Ébola (Actuación de oficio 2742/1995). Ello se produjo ante la epidemia desencadenada entonces, con especial atención a quienes provinieran de Zaire, Angola, Japón y Sudáfrica. Esta recomendación de carácter preventivo se tradujo en una serie de medidas, adoptadas por la cartera de Estado responsable y otros organismos vinculados⁴.

3.2 En 1996 se inició una investigación de oficio destinada a conocer las causas por las que estaba demorada la producción local de la vacuna, conocida como Cándid I, utilizada para la prevención de un tipo de fiebre hemorrágica que sólo se verifica en Argentina, habiéndose calculado que la población en riesgo de la zona endémica ronda los 5.000.000 de habitantes. Esta Institución participa activamente del proceso y además adhirió a la acción de amparo planteada por afectados de la región comprometida. Es en orden al fallo dictado por la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, Sala IV, que se encomendó al Defensor del Pueblo de la Nación el seguimiento y control del cumplimiento del cronograma de producción de la vacuna, labor que continúa desarrollando y que finalizará una vez que la vacuna sea definitivamente aprobada y se inocule a la población en riesgo⁵.

3.3 Con respecto a los problemas vinculados con el tabaquismo y más concretamente con el hábito de fumar, se recibieron quejas a partir de 1997. En 1998, personal dependiente de la AFIP presentó su queja dada la contaminación que se ge-

³ Vid. *Informes Anuales* 1997 a 2005.

⁴ DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE ARGENTINA, *Segundo Informe Anual*, 1995, pp. 617 y ss.

⁵ *Octavo Informe Anual*, 2001, pp. 98 y ss.

neraba en el ámbito laboral. Esa Administración rechazó el planteo de los empleados, pero luego de un exhorto que se le dirigiera dictó una disposición estableciendo la prohibición de fumar.

Otro caso se produjo en el ámbito de la Universidad Nacional de Rosario, en la Facultad de Psicología, dando lugar a una recomendación para que se resolviera la problemática del tabaquismo en las aulas de esa Casa de Altos Estudios. Situaciones similares comenzaron a plantearse ante esta Institución, así el caso de la Facultad de Derecho, dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires o el de la Facultad de Psicología, de la misma Universidad. En el INSSJP se presentó el caso con relación a los pacientes internados en instituciones psiquiátricas. Analizada la situación, se exhortó al Instituto para que diseñara un programa de prevención sobre el tabaquismo para implementar en dichas instituciones, del que participaran los pacientes en condiciones de hacerlo para contribuir a su mejor calidad de vida, fijando también ámbitos donde expresamente se prohibiera fumar.

Tomando el ejemplo de otras recomendaciones emanadas de esta Institución, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación dictó la prohibición de fumar en todas sus dependencias; otros organismos también impusieron igual prohibición, dada la intervención que le cupo a esta Defensoría (fue el caso del Ministerio de Defensa de la Nación, el Ministerio de Educación de la Nación, el Registro Nacional de las Personas o la Facultad de Filosofía y Letras, dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires).

3.4 A comienzos de 2000, tomó estado público la situación producida a raíz de la posible falta de algunas vacunas, que afectaría el normal cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación, motivo por el que se inició la correspondiente investigación de oficio. El desabastecimiento afectaba a casi todo el país. Atendiendo la grave situación que podía generarse, se realizaron las diligencias previas para constatar tal situación y se exhortó al MS para que se adoptasen las medidas destinadas a que no se viera afectado el cumplimiento del cronograma de vacunación vigente, evitando faltantes.

Continuando con el seguimiento dispuesto al respecto, las respuestas de las jurisdicciones provinciales denunciaron los faltantes para el período 2001, lo cual las obligaría a no respetar el cronograma de vacunación. De esta forma, hubo de dirigirse una recomendación al MS para que garantizara la compra de las dosis de vacunas necesarias para cumplir con el Calendario Nacional de Vacunación en todo el país, resolver las faltas coyunturales, evitar la producción de estos hechos en desmedro del cumplimiento del Calendario, ejercer el contralor correspondiente, coordinar con las jurisdicciones los mecanismos para establecer las necesidades de cada una y resolver los faltantes denunciados por los Estados provinciales. Regularizada la situación, se continuó con el seguimiento⁶.

3.5 La utilización de bromato de potasio en la fabricación del pan fue objeto de una denuncia por parte de la Asociación Toxicológica Argentina (ATA). Esta sustancia, considerada tóxica, era agregada en la elaboración del pan para darle un mejor aspecto. El MS había dictado una norma de carácter administrativo para que fuera defini-

⁶ *Cuarto Informe Anual*, 1997, pp. 642 y ss. *Quinto Informe Anual*, 1998, pp. 1117 y ss. *Sexto Informe Anual*, 1999, p. 110. *Séptimo Informe Anual*, 2000, pp. 86 y ss. *Octavo Informe Anual*, 2001, pp. 73 y ss. *Noveno Informe Anual*, 2002, pp. 79 y ss. *Décimo Informe Anual*, 2003, pp. 52 y ss. *Décimo Primer Informe Anual*, p. 43.

tivamente eliminada dicha sustancia (permitida dentro de ciertos límites) en un plazo de dos años. La Federación Argentina de la Industria del Pan había solicitado una prórroga que el MS denegó en orden a la intervención que le cupo a esta Institución, quedando el aditivo cuestionado definitivamente excluido del listado de los permitidos.

4. DERECHOS

4.1 Entre los supuestos de asistencia sanitaria abordados por la Defensoría, cabe citar los dos siguientes:

a) Enfermos oncológicos terminales, se presentaron solicitando su inclusión en el listado correspondiente al ensayo clínico abierto en fase 1, con Fosfalipasa A2 (crotoquina), dado que se habían incluido 25 pacientes en ese ensayo. La complejidad del tema y el análisis de cuestiones vinculadas con los derechos personalísimos y bioéticos, para el que se tuvieron en cuenta las Convenciones y Declaraciones incorporadas a la CN, permitió a la Institución exhortar a la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Nación para que considerara la inclusión de aquellas personas que, habiendo solicitado su incorporación al listado, cumplieran los requisitos legales para tal fin. En dicho contexto las solicitudes en cuestión fueron consideradas por la autoridad⁷.

b) Pacientes con esclerosis múltiple plantearon los perjuicios causados por las obras sociales y EMP, debido a que mediante el dictado de una resolución (modificatoria del PMO) el MS acotaba las prestaciones que recibían esos enfermos. En el ámbito de sus atribuciones, esta Defensoría adhirió a las pretensiones deducidas en los amparos seguidos contra el MS-Estado Nacional, en cuya órbita se dispuso la modificación del Programa en favor de los afectados⁸.

4.2 El mercado de los medicamentos registra no pocas situaciones en donde se conoce su adulteración. Este procedimiento, según se investigó, abarca no sólo el contenido, sino el envase, código de barras, prospecto y etiquetado, lo cual puede producir un efecto devastador en la salud de quienes los consumen. Si bien se trata de un delito que debe ser atendido por la Justicia en lo Penal, es indispensable alentar el control estricto que debe realizarse antes de que ocurran estos hechos, motivo por el cual, obtenida la información del caso, se dirigió una recomendación a la ANMAT para poner en funcionamiento el Programa de Pesquisa de Medicamentos Ilegítimos, asegurar la difusión nacional de los medicamentos que hubieran sido adulterados, capacitar a los agentes que tienen a su cargo la fiscalización y dar a conocer la línea gratuita de consultas que posee el organismo, dándole adecuada publicidad⁹.

5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

5.1 La Defensoría del Pueblo de la Provincia de Formosa realizó un pormenorizado estudio respecto del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación

⁷ *Segundo Informe Anual*, 1995, pp.631 y ss. *Tercer Informe Anual*, 1996, pp. 394 y ss.

⁸ *Séptimo Informe Anual*, 2000, pp. 83 y ss.

⁹ *Cuarto Informe Anual*, 1997, p. 705.

de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), vinculándolo particularmente con los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, motivo por el que emitió una resolución peticionando al Honorable Congreso de la Nación la inmediata ratificación del mencionado Protocolo¹⁰.

5.2 En relación con la salud de la niñez y adolescencia, cabe mencionar los siguientes casos:

a) Se intervino respecto del contenido de ciertos aditivos tóxicos (ftalatos) contenidos en el PVC, material con el que se fabrican juguetes para niños de corta edad. Este aditivo ablanda el PVC, motivo por el que resultan aptos para los pequeños. En orden al criterio de prevención que debe alentar estas acciones, se dirigió una recomendación a la ANMAT para que se procediera a la identificación de dichos juguetes, se actualizaran las normas vigentes, se informara a la población respecto de las características del producto y se difundieran los resultados del estudio relativo a la actualización de normas¹¹.

b) Se conoció que en la Provincia de Santiago del Estero, precisamente en la Ciudad de Santiago del Estero, se había producido una intoxicación masiva de niños a causa de la ingesta de jugos y helados que se expedían en la vía pública, particularmente en la cercanía de establecimientos escolares. La intervención de esta Institución permitió establecer, a través de las muestras analizadas por el Instituto Bromatológico Provincial, que gran parte de las muestras analizadas no eran aptas para el consumo, aislándose *escherichia col* y *shigheia sp*. La grave situación detectada determinó que se cursara un exhorto al Instituto de Bromatología Provincial, para que antes de iniciarse la temporada de expendio de jugos y helados en la vía pública, y durante el curso de la misma, se realicen controles de carácter preventivo mediante los que se determinase la aptitud de dichos productos para el consumo humano¹².

c) Una organización no gubernamental dedicada a la asistencia a los pacientes fenilcetonúricos planteó que no se estaba realizando obligatoriamente el testeo que indica la Ley vigente (23413/1986) a los recién nacidos, por parte de las obras sociales integrantes del subsistema de la seguridad social, dado su alto costo. Solicitado el informe de rigor, la autoridad de control de las obras sociales reconoció que la cobertura quedaba librada a la decisión de cada entidad. Ante lo cual se le dirigió una recomendación para que se instruya a las obras sociales y agentes del seguro nacional de salud para que brinden a sus beneficiarios la cobertura para atender las pruebas de fenilcetonuria o PKU. En respuesta, el organismo involucrado informó que envió una circular a las obras sociales para que brinden la prestación, y si ello no fuese posible con recursos propios requiriera asistencia económica para tal fin¹³.

d) Se tomó conocimiento respecto del presunto maltrato de menores discapacitados mentales que estaban alojados en una entidad contratada por el Estado Nacional. Las imágenes que se habían filmado dentro del establecimiento no daban lugar a dudas, motivo por el que tomó intervención la Justicia competente. Sin embargo, y más allá del caso específico, quedó demostrada la deficiencia de los controles que debía imponerse ante la indefensión de estos niños, en oposición a las normas

¹⁰ DEFENSORÍA DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, e-mail: lgialluca@arnet.com.ar.

¹¹ *Quinto Informe Anual*, 1998, pp. 1125 a 1129.

¹² *Quinto Informe Anual*, 1998, pp.1130 a 1133.

¹³ *Segundo Informe Anual*, 1995, pp. 813 a 815.

contenidas en la Convención sobre los Derechos del Niño, que bregan por su cuidado y protección. Realizada la investigación pudo establecerse que, pese a encontrarse involucrados una serie de organismos oficiales, ninguno de éstos reconocía responsabilidad respecto de la realización de un contralor acorde a la calidad y necesidades de los involucrados. Los extremos constatados hicieron necesario dirigir una recomendación al Jefe de Gabinete de Ministros de la Nación, con el propósito de que dispusiera lo necesario para que los organismos responsables del cuidado y seguimiento de los menores discapacitados, que concurren a entidades contratadas por el Estado, cumplan con su cometido, realizando las actividades de observación y verificación e instando las correcciones que fuesen necesarias en procura de proteger a los niños afectados. En el mismo trámite se llevó el asunto para conocimiento del H. Congreso de la Nación¹⁴.

6. PROBLEMAS PARTICULARES

6.1 A raíz de una denuncia, se investigó la situación de las internaciones correspondientes a pacientes neuropsiquiátricos, dispuestas en clínicas privadas contratadas por el INSSJP en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires. Se estableció que pacientes psiquiátricos, beneficiarios de esa obra social, no serían internados de acuerdo con las mismas normas, según el lugar donde se produjera su internación. Así es que en la órbita nacional resulta de aplicación la norma que regula estas internaciones (22914/1983), motivo por el que el Instituto debía ajustarse a sus previsiones para disponerlas. Pero en el caso de ingresos a o egresos de dichos establecimientos, no tenía un procedimiento que otorgara las garantías suficientes para evitar cualquier especulación o maniobra respecto de las personas involucradas. Se realizaron las inspecciones del caso y se solicitaron informes al INSSJP; se estableció la necesidad de recomendar a la entidad que dictara normas homogéneas para el tratamiento de la salud mental de sus afiliados. Se le recomendó que en los contratos con los establecimientos neuropsiquiátricos de todo el territorio nacional, fueran notificadas al Ministerio Público todas las internaciones que no se produjeran por orden judicial; disponer la baja del prestador que incumpliera con la comunicación y posibilitar la modificación de los contratos en curso, de modo de adecuarlos a las recomendaciones comentadas. El Instituto respondió dictando la Resolución 095/1996, de su registro, mediante la cual tomó el conjunto de las recomendaciones. Esta labor mereció el acogimiento de los Fiscales Federales con asiento en distintos lugares del país¹⁵.

La situación de la Colonia Montes de Oca, establecimiento de internación para pacientes neuropsiquiátricos (destinado a oligofrénicos profundos de ambos sexos y mujeres que padecen psicosis aguda) fue materia de análisis y seguimiento, dado que se trata de uno de los pocos establecimientos que aún se encuentran a cargo del MS, luego de la transferencia de hospitales nacionales a otras jurisdicciones que se operó en la década pasada. La investigación permitió establecer que estaba superpoblado (la edad de los pacientes oscila entre los 18 y los setenta años, el 40% son hombres y el 60% mujeres). Es importante destacar que la mayor parte de los ingresos se produce por orden judicial (en muchos casos no se tiene en cuenta la pa-

¹⁴ *Quinto Informe Anual*, 1998, pp. 1167, 1168 y 1217.

¹⁵ *Segundo Informe Anual*, 1995, pp. 809 a 812.

tología, internándose a personas que no están en condiciones de ingresar), no se producen egresos dada la problemática social que, además, afecta a los internos. Se detectaron problemas vinculados con la falta de identificación de los pacientes, la situación de las mujeres en etapa fértil, los embarazos y la situación de los recién nacidos (falta de autorización judicial para colocar DIU), así como dificultades sociales de toda índole (imposibilidad de egreso, ausencia de visitas, falta de recursos y dificultad en la tramitación de pensiones no contributivas). Se formalizó la denuncia pertinente ante la Procuración General de la Nación, dadas las irregularidades señaladas y las detectadas por la Sindicatura General de la Nación¹⁶.

6.2 En relación con las Personas mayores, cabe citar:

a) El seguimiento y observación del funcionamiento del INSSJP (la obra social que presta servicios a jubilados y pensionados del régimen ordinario de jubilaciones y pensiones) comenzó en la etapa fundacional de esta Institución (1994). Para ello se iniciaron diversas investigaciones de oficio, de las que derivaron recomendaciones. La primera estaba vinculada con la provisión de medicación antineoplásica (Resolución DPN 244/1995) y estaba dirigida a que se simplificaran el trámite administrativo destinado a la provisión de esa medicación para su población beneficiaria, otorgar prioridad a las tramitaciones que realizaran los afectados, brindar información a los interesados respecto de las alternativas que pudiesen alterar el sistema usual de provisión de los medicamentos, adoptar recaudos para que las delegaciones regionales (del citado INSSJP) recibieran los medicamentos que debían distribuir, extendiendo la disposición a los distritos, e informar por escrito al beneficiario cuando debiese suministrarse una medicación distinta de la prescrita y los motivos que pudieran justificarlo¹⁷.

b) En otra investigación de donde surgía que el Instituto pretendía modificar algunos programas destinados a su población beneficiaria, se le recomendó abstenerse de producir modificaciones que pudiesen disminuir las prestaciones que recibían, en ese entonces, los beneficiarios¹⁸.

c) Se investigaron de oficio presuntas irregularidades en la prestación psiquiátrica. Se trató de una contratación directa que estaría fuera de las permitidas por las normas en vigor. El organismo de control interno había emitido opinión desfavorable, en tanto implicaba una 'doble prestación', ya que se contrataban servicios que, a su vez, estaban incluidos en el valor de la *capita*. Los resultados obtenidos fueron puestos en conocimiento de la Auditoría General de la Nación, es decir el Organismo de Control Externo de origen constitucional¹⁹.

d) Habiendo comprobado casos vinculados con irregularidades relativas a las historias clínicas, llevadas incorrectamente por algunos de los prestadores contratados, se le recomendó que procediera a dar de baja del listado de prestadores a aquellos que no llevasen en debida forma las historias clínicas²⁰.

e) En 2001 se elevó un informe a la Comisión Bicameral Permanente de la Defensoría del Pueblo, dependiente del H. Congreso de la Nación, como consecuencia de la situación del INSSJP, fundada en la observación y seguimiento que venía

¹⁶ *Sexto Informe Anual*, 1999, pp. 112 a 119.

¹⁷ *Primer Informe Anual*, 1994, p. 245.

¹⁸ *Cuarto Informe Anual*, 1997, p. 695.

¹⁹ *Tercer Informe Anual*, 1996, pp. 348 a 349.

²⁰ *Sexto Informe Anual*, 1999, p. 125.

desarrollándose. El completo informe abarcó todos los aspectos (población beneficiaria, programas y modalidades de atención, gastos aproximados efectuados entre 1996 y 2001, déficit prestacional sostenido, fallas sistemáticas, análisis de casos concretos), informándose además que se había iniciado una acción de amparo que tramitó ante la Justicia en lo Civil y Comercial Federal, litigio en el que se resolvió ordenar al Instituto que no interrumpiera los tratamientos en curso, de modo que los afiliados continuasen recibiendo²¹.

f) En los primeros meses de 2003 se obtiene información referida a presuntas irregularidades provenientes de la contratación de servicios odontológicos para todo el país. Se adoptan una serie de medidas tendientes a constatar la situación, hallándose documentos que luego de su análisis cruzado mostraron la veracidad de los hechos, lo cual dio lugar a una recomendación para que se procediera con carácter urgente a revisar y anular el convenio en cuestión. Se puso en conocimiento del MS el pormenorizado informe producto de la investigación realizada. El poder Ejecutivo Nacional dispuso entonces (mediante el dictado del Decreto 348/2003) intervenir nuevamente la obra social, solicitándose en el contexto del mismo Decreto la intervención del Defensor Nacional, en el Consejo Participativo de Auditoría, Control y Planeamiento Estratégico creado (artículo 7)²².

6.3 El H. Congreso de la Nación tuvo a consideración un proyecto de ley vinculado con la regulación de las técnicas de fertilización asistida. Esta Institución, a través de distintas solicitudes dirigidas a Sociedades Científicas específicas, elementos de orden técnico y científico brindada por informantes clave, que fue elevada al Congreso Nacional para que dicho material fuera tenido en cuenta al momento de evaluar el tema. Es del caso señalar que por diversos motivos no hubo acuerdo legislativo para sancionar la ley proyectada²³.

Por otra parte, a esta Institución fue traído, entre otros, el caso de un matrimonio que, habiendo logrado una concepción por uno de los métodos de fertilización, la entidad a la que pertenecían denegaba la cobertura del parto y demás prestaciones, dado el procedimiento que diera lugar al embarazo de los niños por nacer (se trataba de trillizos). Al efecto argumentó la obra social que esas eran técnicas experimentales y que muchos de sus asociados no estaban de acuerdo con esos métodos. Sin embargo, no había considerado que el PMO prevé la cobertura obligatoria del Plan Materno Infantil, Plan que no condiciona la atención a la forma de concepción ni establece excepciones y por lo tanto era improcedente discriminar allí donde la norma no lo hacía. El Defensor del Pueblo de la Nación dictó una recomendación para que se brindara la cobertura sin imponer límites arbitrarios. La entidad mantuvo su postura, motivo por el cual los cónyuges interpusieron una acción de amparo, logrando el dictado de una medida no innovativa, según la cual la obra social debió prestar la cobertura en las condiciones correspondientes. El fallo de Primera Instancia fue confirmado por la Cámara Federal en lo Civil y Comercial, poniendo de este modo fin a la controversia²⁴.

6.4 La actividad de ablación e implante de órganos, reglada a través de la Ley 24193/1993, presenta la dificultad de contar con pocas donaciones efectivas para

²¹ *Octavo Informe Anual*, 2001, pp. 105 a 115.

²² *Décimo Informe Anual*, 2003, pp. 54 a 69.

²³ *Cuarto Informe Anual*, 1997, p. 649.

²⁴ *Cuarto Informe Anual*, 1997, p. 701.

atender la lista de pacientes inscriptos para recibir distintos órganos. Al respecto, el artículo 62 de esa Ley establecía un mecanismo tendiente a que, luego de relevar la opinión del 70% de la población mayor de 18 años, pudiera presumirse (voluntad presunta) que quien falleciera sin expresarse en contrario, autorizaba la ablación de sus órganos, salvo la oposición de sus familiares cercanos (en acuerdo con las prescripciones legales vigentes). Como ello no se había cumplido y resultaba contrario a los intereses sanitarios de la población, en función de las largas listas de receptores en espera frente a las escasas donaciones concretas, se elevó al H. Congreso de la Nación un proyecto de ley modificatorio del artículo 62, mediante el que se presumía que toda persona capaz mayor de 18 años que no hubiera manifestado su voluntad en forma negativa, confería tácitamente la autorización prevista por la ley para proceder a la ablación y posterior implante de órganos a los posibles receptores.

No habiéndose modificado la ley, se buscó otro mecanismo para aumentar la procuración de órganos; para ello se estimó que, en oportunidad de realizar el Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001, era posible entregar a la población información sobre el tema y el correspondiente formulario de donación. En tal sentido se dirigió una recomendación a la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación. La respuesta refirió cuestiones de índole administrativo y de organización del Censo, motivo por el que no se dio curso a la medida recomendada. Sin embargo, a fines de 2005 se sancionó la Ley 26066/2005, por medio de la que se implementó finalmente la figura de la voluntad presunta²⁵.

6.5 En cuanto a las enfermedades crónicas, cabe citar:

a) La identificación de los alimentos aptos para celíacos fue otro de los temas que dio lugar al inicio de una investigación de oficio, en tanto se advirtió que la autoridad sanitaria no había cumplido con la pertinente identificación. Las organizaciones no gubernamentales involucradas mostraron su preocupación ante esta falencia. Luego de reunida la información correspondiente y siendo que la autoridad no dictaba la norma reclamada, se dirigió una recomendación al MS para que emitiera el acto correspondiente que permita el registro e identificación de los productos alimenticios aptos para el consumo de personas celíacas, de conformidad con las normas vigentes. Terminada esta cuestión se agregó otra referida a estos pacientes, pero esta vez vinculada con la falta de acceso de los interesados a los listados de alimentos aptos para celíacos que la ley impone a la autoridad administrativa publicar y actualizar bimensualmente.

b) Ameritó el inicio de una investigación de oficio la situación de los pacientes diabéticos, quienes pese a contar con una Ley específica (23753/1989), que demoró casi diez años en reglamentarse (Decreto 1271/1998), las prestaciones debidas a estos pacientes no eran otorgadas de acuerdo con las necesidades de la patología y que tampoco habían sido incluidas en el PMO. Se dirigió entonces una recomendación al MS para que la población involucrada recibiera sin dilaciones la cobertura acordada por esas normas y que se corrigiera el PMO. Esto ocurrió a través del dictado de una Resolución específica por parte de la Autoridad Sanitaria Nacional, generando el PRONADIA, Programa destinado a la atención de pacientes diabéticos, quedando de pleno derecho modificado también el PMO²⁶.

²⁵ *Octavo Informe Anual*, 2001, pp.72, 85 y 86. *Décimo Informe Anual*, 2004, pp. 42 y 43.

²⁶ *Quinto Informe Anual*, 1998, pp. 1124 y 1125.

7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Esta problemática también ha sido motivo de investigación y seguimiento constante. Así, en 1995 se inició una investigación de oficio, vinculada con la falta y fracaso de las campañas de prevención del VIH/SIDA. Realizados los trabajos de relevamiento pertinentes, como también obtenida la información solicitada, se estableció la necesidad de cursar ciertas recomendaciones y exhortos dirigidos tanto a las autoridades nacionales y provinciales, como a las del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se recomendó al MS que en cumplimiento de la Ley 23798/1990 (arts. 1 y 4 a. b. y f.) pusiera en conocimiento de la población las características de la enfermedad, causas o medios de transmisión o contagio, medidas de prevención, tratamientos adecuados. Al Ministerio de Educación de la Nación se le recomendó que incorporase la prevención del VIH/SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles educativos. Al responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (por tener los mayores índices de contagio) se le exhortó a que realizara difusión permanente sobre las características de la enfermedad, a lo que se agregaba que debía informar sobre los establecimientos sanitarios donde se brinda atención, datos estadísticos oficiales y actualizados sobre la propagación de la epidemia en el mismo ámbito y el marco legal vigente. A las autoridades sanitarias provinciales se les exhortó a implementar acciones destinadas a la prevención de la infección por VIH/SIDA²⁷.

La situación de los internos de una Unidad del Servicio Penitenciario Federal fue investigada para determinar si a los internos infectados o enfermos a causa del VIH/SIDA se les brindaba el tratamiento adecuado y si la Unidad estaba dotada de los medios necesarios. La iniciativa institucional permitió coleccionar información de los organismos involucrados para luego formalizar una recomendación dirigida a la Secretaría de Política Penitenciaria y Readaptación Social, dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación, por medio de la que cual se le indicó que adoptasen las medidas para programar y realizar los estudios denominados CD4/CD8 a los internos de la Unidad ubicada en la Capital Federal, dependiente del Servicio Penitenciario Federal, infectados por el virus del VIH o que padecieran SIDA, bajo la supervisión específica de especialistas en esa patología; a su vez se recomendó que tanto las autoridades como el personal del Servicio Penitenciario Federal participasen de los talleres de capacitación sobre la temática del SIDA²⁸.

Un importante Hospital Universitario, dependiente de la Universidad Nacional de Buenos Aires, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, había realizado un test para detectar el virus del VIH sin solicitar el debido consentimiento. El Hospital reconoció que realizaba esas pruebas, indicadas dentro de un módulo prequirúrgico. Sin perjuicio de ello, la legislación vigente prevé el deber de informar antes de realizar los tests y el reglamento de la Ley 23.798/1990, aprobado por Decreto 1244/1991, establece que para la aplicación de cualquiera de estos textos deben seguirse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y las de la Ley Antidiscriminatoria. Debe obtenerse en cada caso el «previo consentimiento» del paciente. Por ello y para que se respetara el marco legal vigente se produjo una recomendación dirigida al director del Hospital para que se de-

²⁷ Segundo Informe Anual, 1995, pp. 542 a 550.

²⁸ Segundo Informe Anual, 1995, pp. 596 a 601.

jase constancia en las historias clínicas de los pacientes que han prestado expresa conformidad para que se practiquen las pruebas de detección del virus, sin perjuicio del cumplimiento de las restantes disposiciones normativas y reglamentarias²⁹.

Se intervino en el caso de la provincia de Misiones, dado que pese a contar con una ley específica sobre el tema (Ley provincial 3012/1993), ésta no estaba reglamentada, encontrándose el plazo dispuesto para ello vencido y por lo tanto no resultaba operativa en varios aspectos. La investigación cursada permitió formalizar un exhorto dirigido al Ministerio de Salud Pública de esa Provincia para que procediera a reglamentar la ley, que había declarado de interés provincial la lucha contra los retrovirus humanos y el SIDA³⁰.

Son de mencionar otras investigaciones iniciadas a instancias de esta Institución, como las referidas a la vigencia de una ley discriminatoria en materia de SIDA en la Provincia de Santa Fe; otra sobre presuntas irregularidades en la provisión de drogas necesarias para el tratamiento de pacientes infectados en todo el ámbito nacional, y sobre aparente abandono del programa de SIDA en la Provincia de Santa Fe³¹.

Se investigó de oficio la cobertura asistencial de los pacientes carentes de recursos y de obra social por parte del Estado. Para ello se convocó a una reunión a la que concurrieron los titulares de los servicios de infectología de hospitales públicos referentes en materia del SIDA. La información obtenida a través de este intercambio, así como los informes que luego remitieron a esta Defensoría permitieron formalizar una recomendación dirigida al MS para que adoptase un conjunto de medidas tendientes a mejorar la atención de los pacientes. En el mismo marco de esta investigación se procedió a exhortar a la Secretaría de Salud, dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y a los Ministerios de Salud de las Provincias de Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba (en tanto tenían mayor incidencia en esta patología). La investigación fue puesta en conocimiento del H. Congreso de la Nación³².

En otro caso se observó que la entrega de medicación por parte del Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA no era regular, por cuanto las autoridades sanitarias provinciales reclamaban las drogas faltantes. Esta situación mereció una recomendación dirigida al MS para que regularizara dicha entrega, como también la correspondiente a los medicamentos destinados al tratamiento de las enfermedades «oportunistas»³³.

La Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires indica, en lo que respecta a la problemática del VIH/SIDA, que la mayor cantidad de denuncias (136) se concentraron entre los años 2002 y 2003, evidenciado obstáculos en la atención integral de la salud de los afectados, entre éstos: negativa de atención médica, de realización de estudios, dificultades para obtener medicación antirretroviral. De esa cantidad de denuncias, el 90% (123) fueron presentadas por PVVS extranjeras, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a quienes les fuera negada la atención y/o el tratamiento medicamentoso por no poseer documento argentino. El 95% (129) de los reclamos correspondió al subsector público, en tanto el 5% (7) al de la seguridad social (obras sociales) y privado. Este dato estaba íntimamente re-

²⁹ Segundo Informe Anual, 1995, pp. 641 a 646.

³⁰ Segundo Informe Anual, 1995, pp. 646 a 648.

³¹ Segundo Informe Anual, 1995, pp. 639 a 641.

³² Quinto Informe Anual, 1998, pp. 1101 a 1104.

³³ Octavo Informe Anual, 2001, p. 86.

lacionado con el perfil de la población damnificada: inmigrantes extranjeros sin documento argentino, con una inserción laboral marginal, y por lo tanto sin cobertura de salud, a excepción de la ofrecida por el Estado.

Dada esta situación, este organismo intervino ante los respectivos efectores denunciados, dependientes de la Secretaría de Salud (dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), con el objeto de garantizar la atención de estas personas; asimismo, ante el Programa Nacional de SIDA (MS), con el propósito de asegurar la provisión de la medicación antirretroviral recetada, y ante la Coordinación SIDA (dependencia con la que se acordó la entrega a los vecinos, que por indicación médica requirieran estudios de laboratorio y no tuvieran documento argentino) de una autorización emitida por esta Defensoría del Pueblo, de modo que esa Coordinación pudiese justificar ante el Programa Nacional la solicitud de mayor cantidad de reactivos.

El resultado de estas gestiones concluyó en la normalización de esa situación de vulneración de derechos y en la atención integral y acceso a los medicamentos de las PVVS, extranjeros, sin documento argentino y que recibían atención en los efectores públicos dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires³⁴.

³⁴ DEFENSORÍA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, www.defensoria.org.ar.

3. BOLIVIA

Desde su creación en 1998, el Defensor del Pueblo ha abordado la temática de la salud, preferentemente, desde la perspectiva de los grupos vulnerables y en riesgo. Así, cabe destacar:

a) Desde el Programa de Niñez y Adolescencia se ha avanzado en el seguimiento a los municipios para que instalen Defensorías de la Niñez y Adolescencia. Actualmente la Institución trabaja con UNICEF, que brinda su atención técnica a través de un Convenio firmado el 21 de septiembre de 2005, con el fin de acoger las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño al Estado Boliviano y desarrollar el Plan Decenal de la Niñez y Adolescencia con las instituciones que trabajan por y para la niñez. Se realizará el seguimiento al Plan Decenal, que incluye los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes en forma integral, donde el derecho a la salud es prioridad nacional.

Este proceso debe garantizar que la Plataforma por la Niñez cuente con una propuesta de constitucionalización de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, a ser presentada a la Asamblea Constituyente que se instalará en el país a partir del 6 de agosto del 2006.

Asimismo, se vigila porque los niños, niñas y adolescentes trabajadores tengan protección de salud a través de la seguridad social.

b) Las personas con discapacidad acceden al derecho a la salud a partir de la Ley 1678, donde se establece su incorporación al Seguro de corto plazo. Actualmente el Decreto Supremo 28671 establece que el Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades sea considerado política pública, que las oficinas y servidores públicos deben cumplir. Estos logros fueron conseguidos con el apoyo decidido de la Institución.

c) Las personas privadas de libertad no cuentan con una política pública de protección. La Institución está trabajando para que el Estado elabore una política penitenciaria que incluya la atención de la salud, dado que en las cárceles públicas de provincia no existe atención médica y en las áreas citadinas los recintos no cuentan con atención médica permanente, y en casos de emergencia deben contar con la autorización del gobernador para recibir atención.

d) En el Programa de Derechos Humanos de las Mujeres, la Institución, como miembro del Comité Impulsor de la Ley de Regulación del Trabajo Asalariado del Hogar, logró incluir la afiliación a la Caja Nacional de Salud, propiciando un estudio matemático actuarial para determinar el pago de la prima.

En cuanto a las «trabajadoras sexuales», se propone el denominativo «mujeres que viven en prostitución». A partir de 2003 se realizó un seguimiento continuo a los Servicios Departamentales de Salud para vigilar la calidad de la atención que prestan a las mujeres. Se ha conseguido el abaratamiento de algunos insumos para el con-

trol de enfermedades infecto-contagiosas y la articulación con los programas de VIH/SIDA.

En relación con la violencia intrafamiliar (VIF), la Institución vigila el cumplimiento de la Ley de VIF y su referencia oportuna, en resguardo de la salud de las mujeres.

e) Los pueblos indígenas y campesinos no cuentan con un adecuado acceso a la salud, dada la carencia de centros sanitarios suficientes. Por ello, la Institución viene exigiendo el cumplimiento del Convenio 169 de la OIT.

f) El año 2002, el Defensor de Pueblo, respondiendo a múltiples reclamos colectivos de personas naturales y jurídicas sobre el incumplimiento de la Ley 1886, referida a los derechos y privilegios de las personas mayores y Seguro Médico Gratuito de Vejez, instruyó una investigación de oficio para verificar el grado de cumplimiento de la referida norma.

La investigación concluyó con la Resolución 2144/2002, de 20 de agosto de 2002, que recomendó a los Ministerios de Salud y Hacienda, de forma conjunta, modificar el artículo 9 de la Resolución Biministerial 064, de 13 de julio del 1999, que ocasionaba demoras en los desembolsos de la prima del Seguro Médico Gratuito de Vejez. A los alcaldes municipales se les recomendó instruir a los responsables de salud la inscripción y afiliación inmediata al SMGV de todas las personas mayores de 60 años domiciliados en su municipio. Al presidente y al director ejecutivo del INASES se les recomendó implementar un sistema de fiscalización y monitoreo que contemple la recepción de quejas a escala nacional. Al viceministro de Asuntos de la Tercera Edad y a todos los Servicios Departamentales de Salud y SEDEGES se les recomendó incluir en el presupuesto del Plan Operativo Anual 2003 actividades de difusión y promoción de la Ley 1886 en idiomas nativos.

4. COLOMBIA

1. EVALUACIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. DERECHOS Y GARANTÍAS: 3.1 Participación en reformas legislativas. 3.2 Investigación sobre la tutela en salud. 3.3 Gestión directa y asesoría.

1. EVALUACIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Desde el año 2003, la Defensoría del Pueblo viene haciendo una encuesta de evaluación de los servicios de salud, cuya finalidad es medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del régimen contributivo y del régimen subsidiado, mediante un indicador que apunte a incentivar la calidad de los servicios que brindan las entidades aseguradoras. Esta medición se realiza en cumplimiento del diseño previsto en la Ley del Plan Nacional de Desarrollo, que propone la creación de un sistema de habilitación y acreditación de las empresas del sector salud.

Las variables que conforman el indicador corresponden a los elementos del derecho a la salud establecidos por el Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales que se desarrollan en la Observación 14 del año 2000: disponibilidad en relación con la libre escogencia en nuestro desarrollo interno; accesibilidad de servicios, información física o geográfica y económica; y calidad, medida en términos de la oportunidad y la percepción de los usuarios.

Los resultados generales de este segundo informe evaluativo demuestran que se siguen presentando deficiencias en el esquema de aseguramiento del SGSSS, según el índice global de calidad percibida por los usuarios. En el régimen subsidiado, los usuarios valoran los servicios de aseguramiento mejor que los del régimen contributivo. Como síntesis del informe destacamos:

a) La libre escogencia continúa siendo el componente del derecho a la salud más vulnerado. En toda la gama de prestación de servicios sanitarios, los usuarios no tienen una verdadera opción de escogencia. Existe una insuficiente red de prestadores por niveles de atención, pues las entidades aseguradoras no ofrecen una pluralidad de opciones y remiten a los usuarios hacia sus redes propias o hacia la única red contratada.

En el régimen contributivo, el usuario no interviene siquiera en la selección de aquellos elementos que constituyen la entrada al sistema: médico general, lugar de atención de urgencias, etc.

En el régimen subsidiado, las limitaciones en la red de prestadores son de dos clases: las ARS están obligadas a concentrar el 40% de su contratación con IPS públicas locales, independientemente de la calidad, oportunidad y eficiencia de sus servi-

cios; por razones poblacionales y geográficas, dicha red en muchos municipios pequeños del país es única; por tanto, no hay alternativa.

b) El acceso a los servicios de salud, que engloba información, autorización de prestaciones, invitación a programas de promoción y prevención, cuotas moderadoras o copagos y entrega de medicamentos, fue el segundo componente de más baja calificación dentro del índice global (66,39 sobre 100). Las variables que más afectaron la calificación de este componente de acceso a servicios fueron: escasa invitación a programas de promoción y prevención, no entrega de medicamentos, muy escasa información sobre la red de prestadores e inadecuada atención en el servicio de urgencias.

Las pocas campañas de promoción y prevención que ofrecen las EPS y los entes territoriales (régimen subsidiado) no son percibidas como tales por los usuarios ni existe una clara reglamentación al respecto.

Los aseguradores públicos y privados de salud, que cuentan con los recursos para ello, no diseñan estrategias efectivas para persuadir a los usuarios de la importancia de los referidos programas.

La invitación a programas de crecimiento y desarrollo, control prenatal y salud sexual y reproductiva, entre otros, es casi nula: no se tiene en cuenta la trascendencia que estos tienen para la detección de riesgos tempranos y su oportuna intervención para evitar patologías de alto costo.

c) La entrega de medicamentos constituye uno de los puntos más débiles del sistema. Un alto porcentaje de los usuarios (57%) tiene que comprar total o parcialmente el contenido de la formulación, lo que deteriora gravemente su salud e integridad y su ingreso real si no se cuenta con recursos adicionales a la prima de salud ya sufragada y cuyo cubrimiento debe ser suficiente.

Una de las quejas más recurrentes apunta a señalar que los médicos tratantes se limitan a ordenar, sin considerar la clase de patología, los mismos medicamentos (por ejemplo, acetaminofén, ibuprofeno y amoxicililina), que son los más económicos dentro del POS.

d) De otra parte, las EPS no informan a sus usuarios sobre los servicios a los que tienen derecho, ni sobre su red actualizada de prestadores del servicio. La insatisfacción se extiende a la calidad de las IPS contratadas y a la falta de cubrimiento en el ámbito nacional.

e) El costo de las cuotas moderadoras, copagos y cuotas de recuperación se constituye en barrera de acceso a los servicios para la cuarta parte de los usuarios consultados.

f) En el caso de la atención de urgencias, los usuarios manifestaron que desde su ingreso para la solicitud del servicio, hasta que se lograba el primer contacto con un profesional de la salud transcurría en promedio más de hora y media (101 minutos), lo cual, a su juicio, supone un riesgo excesivo tratándose de urgencias.

La demora en la realización de cirugías (43 días en promedio) ocasiona complicaciones de salud y compromete la vida de los pacientes.

En el servicio de medicina general, algunos usuarios cuestionan la experiencia de los médicos, su falta de autonomía en la formulación de medicamentos y en la remisión a otro tipo de servicios, así como el escaso tiempo que, en promedio, le dedican a los pacientes (15 minutos o menos).

Con respecto a la entidad aseguradora, los usuarios consideran que las políticas de contratación de los médicos generales y especialistas no les favorece en razón de su alta rotación, lo que ocasiona cambio en los criterios de manejo y fallas en la

continuidad de los tratamientos; adicionalmente hay trabas cuando sus servicios son costosos, lo que obliga a recurrir a la tutela como último recurso.

No obstante lo anterior, el procedimiento general de autorización para acceder a los diferentes servicios sanitarios obtuvo un puntaje destacado y los resultados en el componente de oportunidad presentan índices satisfactorios, destacándose una alta oportunidad en la atención de citas de medicina general, en la toma de exámenes de laboratorio y en las citas odontológicas.

Igualmente, el componente de 'percepción general' es el de más alto grado de aceptación entre los usuarios, debido a que el usuario que, aún con demoras, fue atendido, retiene y califica el resultado final, sin importar los trámites que tuvo que realizar para obtener el servicio.

Adicionalmente hay que destacar que el 94,6% de los usuarios encuestados está de acuerdo con la necesidad de crear la figura del Defensor del Paciente, con el fin de disminuir las vulneraciones al derecho a la salud.

Entre las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, con motivo de este estudio, se destacan las siguientes:

a) Sugerir a las autoridades de salud que si se encuentran imposibilitadas para dar cumplimiento a la ley, y particularmente a la ley del Plan de Desarrollo del Gobierno (que les ordena la consulta permanente a los usuarios del SGSSS para determinar la calidad de los servicios), que atiendan adecuadamente las conclusiones del presente estudio, y del que le sirvió de antecedente en el año 2003, y tomen las medidas que restrinjan el creciente caudal de violaciones a los Derechos Humanos de los usuarios del sistema de salud.

b) Instar al Ministerio de la Protección Social a que asuma la responsabilidad que le corresponde en materia de salud pública en lo referente a las actividades del plan de atención básica (PAB), promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y desarrolle estrategias para la instauración de políticas gubernamentales que tengan en cuenta los indicadores consagrados en la Ley 812 de 2003 (Ley del Plan): estilos de vida saludables; violencia intrafamiliar y sexual; prevención y control de enfermedades crónicas; salud sexual y reproductiva; política de salud mental, con especial atención en afecciones derivadas de la violencia; desarrollo del sistema de información y vigilancia nutricional, y la reducción, entre otros, de la incidencia del embarazo en adolescentes, el VIH/SIDA, la malaria y el cáncer de cuello uterino.

c) Instar a las entidades aseguradoras, a las direcciones territoriales de salud y a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a que diseñen estrategias efectivas de vinculación de los usuarios a los programas de promoción y prevención, de tal forma que se obtenga como resultado un mejor estado de salud de los usuarios. Estas estrategias deben incluir (entre otras actividades) las invitaciones directas a los afiliados y campañas masivas a través de los medios de comunicación.

d) Requerir al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para que revise el contenido del plan obligatorio de salud y ajuste las actividades, procedimientos y medicamentos a las demandas reales de los usuarios, de acuerdo al perfil epidemiológico, la morbilidad sentida, los años de vida saludable (AVISAS) y el análisis de frecuencia de tutelas en salud.

e) Instar al Ministerio de la Protección Social a que defina, regule y aplique en forma clara el concepto de urgencia, con el fin de evitar la utilización de expresiones ambiguas como las de urgencia vital, consulta prioritaria y demás filtros y trabas que se vienen aplicando al margen de la normatividad vigente.

f) Conminar a la Superintendencia Nacional de Salud a que, en ejercicio de la facultad de vigilancia y control, de manera preventiva, exija a todas las instituciones prestadoras de servicios de salud dar cumplimiento a su Circular 14 de 1995, respecto al contenido estricto del servicio de urgencias y aplicar las sanciones correspondientes en los casos de inobservancia de la norma.

g) Instar al CNSSS a que revise la reglamentación sobre copagos y cuotas moderadoras, con el fin de valorar equitativamente las condiciones económicas reales de los usuarios y, en casos excepcionales, cuando su carencia de recursos económicos constituya una barrera de acceso al servicio, exonerarlos total o parcialmente del pago, con el fin de garantizar la protección del derecho a la salud en conexión con el derecho a la vida.

h) Para evitar la negociación arbitraria y sumaria de la atención médica, instar nuevamente a la Superintendencia Nacional de Salud a que imparta las instrucciones correspondientes a las entidades aseguradoras, obligándolas a formalizar este procedimiento, de modo que siempre se responda al usuario mediante comunicación escrita, justificando la razón de su decisión y la fundamentación jurídica de la misma.

i) Instar nuevamente a las autoridades de salud concernidas en la presente investigación a estatuir, cuando menos, controles sencillos que permitan verificar la entrega completa y oportuna de medicamentos, a través, por ejemplo, del cotejo periódico o muestral de las listas de formulación y de despacho; controles que podrían reforzarse con la exigencia que se haga al asegurado de consignar siempre por escrito su conformidad o, por el contrario, diligenciar un registro detallado de «recibo con salvedad».

j) Recomendar al Gobierno nacional y al Congreso de la República adoptar la figura del Defensor del Paciente, con la reglamentación correspondiente, como mecanismo vinculante de participación ciudadana.

k) Conminar a la Nación, los departamentos, distritos y municipios a que a través de créditos de fomento diseñen proyectos para la actualización de tecnología en las IPS públicas, teniendo en cuenta la obligatoriedad de las ARS de contratar no menos del 40% con la red pública, obligación que debe tener una contraprestación de cumplimiento con los requisitos de habilitación y garantía de calidad.

2. SISTEMA SANITARIO

La Defensoría del Pueblo hace el seguimiento de la crisis generada por el cierre de hospitales públicos. Entre las actuaciones más significativas de la Institución, destacan las siguientes:

a) La Defensoría analizó la prestación de los servicios de salud en la ciudad de Santa Marta y su oferta hospitalaria, llegando a las siguientes conclusiones:

La ciudad de Santa Marta no cuenta con infraestructura suficiente para la atención de los usuarios del régimen contributivo, subsidiado y vinculados. Los recursos asignados por el Estado no son suficientes para la atención de la población desplazada y vinculada. No se está cumpliendo con las prerrogativas establecidas para la atención de los desplazados. No hay gestión por parte del distrito para la consecución de recursos ante el Gobierno nacional, de acuerdo a lo manifestado por funcionarios del Ministerio de Protección Social. Los subsidios parciales amplían la co-

bertura pero no los servicios y no son adecuados para la población samaria por su nivel actual de pobreza. El distrito solamente cuenta con una ambulancia en el casco urbano, la cual es inadecuada para trasladar pacientes en estado crítico de salud. Faltan programas de promoción y prevención, lo que genera mayor morbilidad, especialmente en mujeres gestantes y en menores de edad. Se detectan irregularidades en la afiliación de la población al Sisbén, en la entrega de carnés y en la base de datos. La falta de un sistema de información adecuado en el distrito permite que se presente la multiafiliación de usuarios entre los regímenes contributivo y subsidiado. Las universidades que tienen facultades de Medicina en la ciudad de Santa Marta no cuentan con infraestructura adecuada para la práctica de sus estudiantes. A raíz de lo anterior, la Defensoría del Pueblo expidió la Resolución Defensorial 042 de 2006, a la cual se dará el seguimiento respectivo.

b) Con el fin de establecer el grado de cumplimiento de las recomendaciones consignadas en la Resolución 022 de 2002, emanada de la Defensoría del Pueblo, se visitó la Clínica San Pedro Claver, donde se comprobó lo siguiente:

Las cirugías cardiovasculares que se encontraban pendientes desde el año 2001, denunciadas por la Defensoría del Pueblo en visita realizada en febrero de 2004, fueron evacuadas en su totalidad. Persiste el problema en la entrega de medicamentos por escasez de los mismos. La Unidad Hospitalaria Clínica San Pedro Claver (UHCSPC) ha mejorado la infraestructura física y el mantenimiento de equipos médicos hospitalarios. En la UHCSPC, la cancelación de cirugías cardiovasculares, en el primer semestre del año 2005, disminuyó un 6% con respecto al año 2004.

Este informe fue conocido por el Presidente de la República en el Consejo Comunitario de Salud efectuado en Bogotá en el mes de octubre de 2005, donde el señor Presidente solicitó al Ministerio de la Protección Social, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Defensoría del Pueblo la verificación de los puntos débiles en la parte administrativa del Seguro Social y en la prestación de servicios de las IPS con las que tiene contratos a nivel nacional. Actualmente, la Defensoría del Pueblo se encuentra en este proceso.

c) La Defensoría del Pueblo se pronunció respecto a la decisión tomada por el gobernador de Cundinamarca, en el sentido de que el fallo pronunciado por el Consejo de Estado le había ordenado la liquidación del Hospital Materno Infantil de Bogotá. Al respecto, la Defensoría demostró que el fallo en referencia lo que hizo fue establecer la naturaleza jurídica de este centro hospitalario, al determinar que no se trata de una fundación privada sino de un establecimiento público adscrito al departamento de Cundinamarca.

La Defensoría del Pueblo coincidió con entidades como la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Superintendencia Nacional de Salud, entre otras, que señalaron que la demanda de servicios especializados que atiende el Hospital Materno Infantil no alcanza a ser cubierta en su totalidad por la red del distrito capital. Por este motivo, el Defensor del Pueblo hizo un llamado al gobernador de Cundinamarca para que reflexionara sobre la repercusión que tendría la decisión del cierre del Materno Infantil en la niñez, de los sectores más vulnerables de Bogotá, de Cundinamarca y de otras regiones del país que allí reciben atención especializada. Igualmente, la Defensoría ofreció su concurso para encontrar, a través de un proceso de concertación, las medidas y los mecanismos que permitan evitar la liquidación de una institución hospitalaria tan reconocida por la calidad del servicio que le presta a la niñez más necesitada.

3. DERECHOS Y GARANTÍAS

3.1 La Defensoría de Pueblo viene participando activamente en el proyecto de ley 52 de 2004, que propone la reforma de la Ley 100 de 1993, mediante la inclusión de artículos que beneficien al SGSSS, especialmente a los usuarios, como la figura del Defensor del Paciente; el diseño de un sistema de indicadores que permita establecer avances o retrocesos en la efectividad del derecho a la salud; el diseño de sistemas de monitoreo que permitan la evaluación de la calidad percibida por los usuarios en los servicios que brindan las entidades aseguradoras; la definición exacta del Plan Obligatorio de Salud, con el fin de limitar interpretaciones subjetivas sobre su alcance; la búsqueda de mecanismos que impidan la negación sumaria de los servicios de salud que brindan las EPS a los usuarios; el cubrimiento de enfermedades de alto costo a través de fondos de reservas o reaseguros y el establecimiento de controles para la verificación de la entrega de medicamentos. De lo anterior, se logró que el Senado aprobara el artículo que crea la figura del Defensor del Paciente.

Es importante agregar que la Defensoría del Pueblo se ha hecho presente en todos los debates a que ha sido citada para tratar temas como: urgencias, Seguro Social, tutelas en salud o financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, entre otros.

3.2 La investigación *La tutela y el derecho a la salud* se propuso contribuir a ponderar el nivel real de trascendencia que en Colombia tiene la tutela en el ámbito de la protección al derecho de la salud, pretendiendo superar algunos mitos originados en afirmaciones generales y magnificación de casos individuales.

La investigación tuvo como finalidad señalar al Gobierno la necesidad que tienen los usuarios del SGSSS de recurrir a la Acción de Tutela como mecanismo de protección para evitar la vulneración del derecho a la salud por parte de las entidades aseguradoras. Los objetivos planteados en la investigación buscan cuantificar las causas por las cuales los usuarios de salud acuden a la Acción de Tutela, mostrar al Gobierno nacional las fallas presentadas en el SGSSS y recomendar mecanismos de protección efectiva a los usuarios en la expedición de futuras normas.

Para el desarrollo de la investigación se solicitó a la Corte Constitucional la base de datos de tutelas del período comprendido entre 1999 y el primer semestre de 2003, la cual después de ser depurada permitió el análisis estadístico y la elaboración del informe final. Como resultado se publicó el documento *La tutela y el derecho a la salud*, estudio que por sus características resulta de consulta permanente en distintas universidades y foros de los sectores de justicia y salud.

Entre las conclusiones que arrojó este estudio se encuentran:

Más de una cuarta parte de las tutelas que se interponen en el país corresponden al derecho a la salud, con un crecimiento del 20,8%. El 70% de las tutelas en salud corresponden a servicios que se encuentran dentro del plan obligatorio de salud. Las solicitudes de exámenes, cirugías, tratamientos y medicamentos, en ese orden, son las causas por las cuales los accionantes tutelan en mayor proporción. Las reclamaciones coactivas de medicamentos son las que proporcionalmente han tenido mayor crecimiento desde el año 1999, siendo los medicamentos cardiovasculares, los oncológicos y aquellos para el tratamiento del VIH/SIDA los más solicitados. Las tutelas en salud relacionadas con patologías de alto costo constituyen el 21,04%. Las entidades estatales son las más tuteladas. Los fallos de tutela tienden a favorecer las pretensiones de los tutelantes en el 80% de los casos.

Entre las recomendaciones hechas a las autoridades pertinentes están:

a) Fortalecer el mecanismo de tutela del derecho a la salud, que hoy es el único elemento de protección con que cuentan los usuarios de los servicios médico asistenciales.

b) Recordar que una de las mayores fuentes de vulneración de los derechos económicos, sociales y culturales (que incluyen el derecho a la salud) surge de los actos de omisión del Estado, entre los cuales cabe destacar «la falta de vigilancia de su efectividad» (Directrices de Maastricht sobre violación de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1997).

c) Reglamentar y hacer efectivo un mecanismo de cobertura real de los eventos más costosos, para que los siniestros sean asumidos automáticamente, de modo que la carga financiera «súbita» que estos puedan significar para la empresa de salud no se convierta en un acicate para la elusión de sus compromisos. La anterior propuesta podría sustituirse, o complementarse, con la creación de un fondo común de reserva para el pago de eventos de alto costo.

d) Hacer del FOSYGA un instrumento sencillo y ágil que no demore indefinidamente los reembolsos que se le ordenan. No se concibe que un fondo fiduciario diseñado para garantizar «pronto y oportuno pago» se haya convertido en el mayor y más pertinaz deudor del sistema (situación que aducen las EPS y ARS para justificar también su incumplimiento).

e) Sugerir la creación de la figura del Defensor del Paciente en cada una de las entidades aseguradoras, elegido por los usuarios de las EPS, ARS o entidades que hagan sus veces, cuyo costo sea asumido por la respectiva entidad de aseguramiento. Las decisiones y recomendaciones de esa nueva instancia deberían tener algún valor vinculante.

f) Proceder a la revisión, reajuste y adecuación del contenido del Plan Obligatorio de Salud, de tal forma que las actividades, procedimientos y patologías en él incluidas estén tan clara y precisamente delimitados que no den mayor campo a la interpretación por parte de quienes deben proceder a su autorización. Esta labor debe tener en cuenta el actual perfil demográfico y epidemiológico del país y aparejar el examen y actualización financiera de la Unidad de Pago por Capitación o prima de aseguramiento.

g) Utilizar instancias de asesoría médica que se pronuncien y asesoren al juez sobre ciertos tratamientos y su verdadera relación con la preservación de la vida y la integridad de los demandantes (a manera de sugerencia se pueden citar los médicos tratantes y/o organizaciones científicas, como por ejemplo la Sociedad de Neurología).

Actualmente la Defensoría del Pueblo se encuentra en el proceso de actualización de este trabajo, con datos de los años 2004-2005.

3.3 Con el fin de evitar la congestión en los despachos judiciales, la Defensoría del Pueblo realiza gestiones directas ante las entidades aseguradoras para lograr la solución inmediata de los problemas que afrontan sus usuarios. Ante la renuencia de las entidades involucradas, la Defensoría del Pueblo asesora jurídicamente a los usuarios para facilitarles la interposición de los recursos a que haya lugar.

5. COSTA RICA

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Otros grupos. 7. PROBLEMAS PARTICULARES. 7.1 Salud mental. 7.2 Trasplantes. 7.3 Cuidados paliativos. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

De acuerdo con su ley de creación, la Defensoría es el órgano encargado de proteger los derechos y los intereses de los habitantes y debe velar porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la Constitución Política, las leyes, los convenios, los tratados, los pactos suscritos por el Gobierno y los principios generales del derecho; además, debe promocionar y divulgar los derechos de los habitantes. De acuerdo con las competencias asignadas por ley, le corresponde garantizar la prestación de los servicios de salud y el respeto a los derechos de los pacientes. Específicamente, la Dirección de Calidad de Vida es la instancia de la Defensoría encargada de velar por la protección del derecho a un ambiente sano, el derecho de atención a la salud y el derecho a una vivienda digna, temas estructurales del acontecer nacional y que inciden directamente en la calidad de vida de los habitantes.

De las tres áreas de acción, el tema ambiental abarca la mayor cantidad de denuncias, con un 69% de los casos admitidos. Dentro de éste, el problema más denunciado continúa siendo la contaminación sónica, pese a los esfuerzos realizados por la Defensoría de los Habitantes para que las instituciones competentes (Ministerio de Salud y municipalidades) realicen acciones más efectivas y enérgicas contra los infractores a la normativa que regula esta materia. Otro tema de gran relevancia se refiere a la problemática que se ha presentado con el recurso hídrico.

Particularmente en cuanto al tema de salud, se han realizado múltiples acciones tendientes a mejorar la atención hospitalaria en el país y, sobre todo, el suministro eficiente de medicamentos a los asegurados. No obstante, en el último año, el número de casos por violación al derecho a la salud ha venido creciendo, lo cual hace suponer que estos servicios no se prestan de la forma más óptima. La Defensoría de los Habitantes ha reiterado insistentemente la necesidad de implementar políticas que permitan gozar de un servicio digno y de calidad, de acuerdo con las necesidades del paciente.

2. SISTEMA SANITARIO

A pesar de que en los últimos años se observa una mayor tecnificación y profesionalismo en el personal y los mecanismos de curación utilizados en los hospitales nacionales, esto contrasta con un franco deterioro en la calidad de los servicios básicos en los niveles locales de atención, por falta de planificación de los servicios de acuerdo con la demanda esperada, razón por la cual las autoridades de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) han tenido que improvisar medidas de contención extraordinarias para atender con prontitud la demanda del servicio, cuyo crecimiento no fue considerado a nivel presupuestario ni en la asignación interna de recursos. Esta situación, además, se refleja en un acelerado deterioro de los equipos médicos y la omisión de una política de sustitución y mantenimiento oportuno. Lo anterior es tan sensible que el país es testigo, cada vez con mayor frecuencia, de la suspensión de servicios de cirugía por falta de respiradores, bien por deficiencia en los equipos, bien por carencia de sábanas limpias.

Mientras la población de usuarios de los servicios se caracteriza por ser una población marginal urbana, con baja escolaridad e ingresos mínimos, los servicios de salud se tornan cada vez menos generalizados. Valga aclarar que no se trata de que se niegue acceso a los servicios de salud, sino que en la medida en que la patología que compromete la salud de los pacientes es más compleja, los tiempos de espera para consulta con especialistas y para iniciar tratamiento médico son mayores, lo que hace que disminuya la posibilidad de contar con celeridad con los medicamentos adecuados para el tratamiento de dichas patologías, lo cual evidentemente reduce las posibilidades de curación del paciente.

El deterioro del servicio no sólo lo generan los equipos médicos, sino también la falta de participación en cursos de actualización de conocimientos por parte del personal médico y de apoyo a la salud. Esta situación ha sido discutida con las altas autoridades de la CCSS, quienes han coincidido con la Defensoría en la necesidad de iniciar un procedimiento de reacreditación de los profesionales, especialmente aquellos que han destacado durante largos períodos en zonas rurales.

Una medida de contención como lo es la compra de servicios al sector privado está siendo adoptada por las autoridades de la CCSS como la única opción; incluso cuando se trata de servicios que han requerido de enormes inversiones por parte de la sociedad costarricense, con el agravante de que este tipo de decisiones se adoptan sin la existencia de controles de calidad, ni medidas presupuestarias paralelas tendientes a solventar los problemas intrahospitalarios y sin que exista una planificación que establezca de manera clara cuáles son los servicios que pueden ser objeto de un eventual traslado al sector privado.

En principio, la propuesta de compra de servicios profesionales no es objetable si con ello se garantiza la prestación eficaz, oportuna, con respeto del ordenamiento jurídico del servicio público. El servicio público constituye la prestación efectuada por la Administración, ya sea en forma directa o indirecta, con la finalidad de satisfacer una necesidad de carácter general y que proporciona una utilidad de orden asistencial o económico a quien lo recibe; bajo un régimen de derecho público que asegure el interés general y no la dejación de funciones que constitucionalmente corresponden a la institución.

Sea directamente la Administración pública, o el sector privado por compra de servicios, quien brinde (en este último supuesto, en principio con carácter temporal) el servicio, debe cumplir con los principios de eficacia, oportunidad, continui-

dad, adaptación e igualdad en el trato de los destinatarios y, en suma, satisfacer los requerimientos de la población.

Lo que preocupa a la Defensoría no es la compra de servicios, sino la falta de planificación que se evidencia, ya que se justifica ante la Contraloría General de la República la necesidad de comprar este tipo de servicios como una medida temporal y de urgencia, pese a que en la práctica no se están tomando medidas para mejorar el servicio que presta la institución. Este tipo de compra de servicios deja entonces de ser temporal, en la medida en que una importante población los requiere permanentemente, y no está en los planes de la Caja brindarlos dentro de sus instalaciones.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

El derecho a la salud como un mecanismo de protección a la vida requiere no solamente de acciones estatales que le faciliten al habitante el acceso equitativo, universal y solidario a todos los mecanismos de seguridad social, sino además un ambiente sano y la satisfacción de otras necesidades vitales que le garanticen una adecuada calidad de vida. En sus diferentes resoluciones, la Defensoría ha sostenido que la protección a la salud comprende desde la prevención de las enfermedades y la protección ambiental, hasta la prestación de servicios propios de la atención médica. Sin duda alguna, el derecho a la salud se encuentra determinado por múltiples factores ambientales y la posibilidad de poseer un ambiente libre de contaminación o de agentes que faciliten la proliferación de contaminación permite al ser humano el desarrollo de un estado de perfecta salud dentro del mayor bienestar físico y mental posible.

En la medida en que el acceso de los servicios de salud no esté garantizado a toda la población de manera equitativa, es imposible poder llevar a la práctica el segundo componente de la protección de la salud, que es la participación comunitaria activa en los procesos relacionados con la salud de la población. En razón de lo anterior se ven obstaculizadas y tal vez irrealizables las tareas relativas a la promoción de la salud, la protección del medio ambiente, la prevención de los principales eventos que afectan a la salud de los habitantes y el desarrollo de acciones coordinadas entre las instituciones y los habitantes.

La Defensoría considera que la participación comunal constituye el derecho de todo habitante a participar en la definición de reglas, derechos y obligaciones, y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos. El objeto fundamental de la participación es la generación de grupos que funcionen como interlocutores en representación de la diversidad social, para recoger fielmente las demandas de los ciudadanos. Se debe reconocer a las personas como usuarias y a la vez como ciudadanos, ante los cuales el sistema de salud debe rendir cuentas de la calidad y oportunidad del servicio, así como el uso eficiente de los recursos.

4. DERECHOS

4.1 a) Disponibilidad. Para la Defensoría, el derecho a la salud lleva implícito el deber de la Administración sanitaria de proveer los recursos y mecanismos que los habitantes necesiten, con el fin de favorecer sus condiciones de vida, dada la pato-

logía que cada paciente presente. El sistema de Seguridad Social tiene como uno de sus fines fundamentales la prestación de los servicios médicos hospitalarios, conducentes a conservar o restablecer la salud de los habitantes, sea entendida ésta en términos de atención médica o en la generación de los instrumentos que requiera para su restablecimiento o, al menos, el mejoramiento de las condiciones de su calidad de vida.

b) *Universalidad.* El derecho a la salud es un derecho constitucionalmente consagrado, con lo cual el Estado se encuentra en la ineludible responsabilidad de organizar el sistema de prestación de servicios de salud a todos los habitantes en iguales condiciones y mismas facilidades de acceso. La Defensoría ha indicado que cualquier medida administrativa (aunque se implemente con miras a establecer un beneficio para la prestación eficiente del servicio) debe aplicarse con total garantía de que la totalidad de los beneficios que otorga el sistema de seguridad social sean brindados a todos los usuarios.

Los requisitos para la cotización en algunas de las modalidades establecidas en el sistema de seguridad social (seguro por el Estado, por cuenta propia, asegurados directos) debe tener en cuenta la población o condición de la persona que solicita el trámite, de manera tal que se garantice su acceso a dichos servicios.

La obligación propia del Estado costarricense de garantizar a sus habitantes el acceso a los servicios de salud también comprende la obligación de elaborar programas sociales y de atención preventiva de enfermedades que permitan satisfacer las demandas de la población y garantizar su acceso a los servicios en igualdad de condiciones.

Por otro lado, debe informarse a la población acerca de la importancia de instar a sus patronos, en los casos en que corresponda, para que reporten las cuotas laborales respectivas al sistema de seguridad social y de los deberes que les son propios para tener acceso a los servicios integrales que dicha seguridad brinda.

c) *Accesibilidad.* La Defensoría ha sostenido reiteradamente que el derecho a la salud debe entenderse como la posibilidad de acceder a los recursos dispuestos por el Estado en procura de mantener y restablecer esta condición y prevenir la enfermedad de los habitantes. Esto conlleva entonces la posibilidad real de una persona, de recibir una atención médica oportuna y eficaz, lo cual se identifica sin duda alguna como uno de sus derechos básicos y fundamentales en materia de salud, pues ello redundaría en la posibilidad adicional de poder preservar su vida.

El acceso a los servicios de salud se refiere no solamente a la disponibilidad hipotética de los servicios, o a su cobertura potencial, sino a la utilización efectiva de los mismos de acuerdo con parámetros de necesidad. La Defensoría ha podido constatar en algunos casos, particularmente en zonas rurales, la insuficiencia de recursos de los servicios del primer nivel de atención.

En general, el tema de la insuficiencia de recursos para la atención de las necesidades de salud de la población afecta principalmente a las zonas rurales, lo cual produce una desigualdad en el acceso y la calidad de la atención médica por parte de los habitantes de una zona en relación con otra. La Defensoría considera que esta desigualdad, sumada a la falta de equidad en el reparto de otras garantías sociales, como el acceso a servicios públicos básicos como el agua para el consumo humano, educación y desarrollo de infraestructuras, producen desigualdades sociales y sanitarias y, por ende, diferencias importantes en los indicadores de salud y desarrollo de estas regiones en relación con el resto del país.

d) *Continuidad.* La Defensoría considera que, tratándose en general de la seguridad social y en especial de la atención médica, no existe situación alguna que

justifique la interrupción de un servicio público destinado a proveer acceso al disfrute de un derecho fundamental. La suspensión parcial o total de un servicio, sea de especialización o atención general, representa una abierta y evidente violación de los derechos básicos de todo ser humano que no resulta admisible bajo ninguna circunstancia.

Es indispensable que cada uno de los centros hospitalarios asigne los recursos económicos y humanos necesarios para garantizar al menos la continuidad de la prestación del servicio; es impropio que el costo se traslade al asegurado, quien ha cubierto el pago de sus cuotas por ese concepto. En virtud del bien jurídico tutelado, el servicio de atención hospitalaria debe ser congruente con los principios del servicio público que señala la LGAP.

e) *Extensión.* La satisfacción del derecho a la salud lleva implícito el deber de los entes prestatarios de los servicios de proveer los recursos y mecanismos que brinden los requerimientos que los habitantes necesiten, con el fin de favorecer sus condiciones de vida. La Seguridad Social tiene por uno de sus fines fundamentales la prestación de los servicios médicos hospitalarios conducentes a conservar, prevenir o restablecer la salud de los habitantes y la valoración médica comprende necesariamente desde el diagnóstico hasta la aplicación del tratamiento que el habitante requiera para su restablecimiento.

Ante denuncias específicas, la Defensoría ha indicado que al aumentar la incidencia de una enfermedad y reducirse la capacidad instalada del servicio para atender la demanda, se presenta un problema de cobertura de un servicio prioritario de salud pública. Por esta razón se recomendó a las autoridades de la CCSS continuar con la capacitación del recurso humano especializado y adquirir el equipo médico y la tecnología necesarios para satisfacer esa demanda.

La satisfacción plena del derecho a la salud le posibilita al ser humano el desarrollo de su libertad, autonomía y capacidad de desenvolvimiento personal. De allí que la implementación de las diferentes políticas sanitarias de carácter general o las disposiciones administrativas concretas de un hospital deban responder a las principales necesidades de la población hospitalaria objeto de su atención, así como buscar la mayor satisfacción dentro de parámetros de equidad, igualdad, solidaridad y calidad posible. Hacer nugatorio este derecho mediante medidas administrativas constituye una flagrante violación a los Derechos Humanos.

f) *Calidad.* Cuando una persona hace uso de los servicios de salud de un hospital o clínica, en su mayor parte la calidad de la atención médica que reciba ese paciente dependerá del oportuno tratamiento que reciba por parte del personal de salud que lo atiende. La oportunidad de un servicio público, sobre todo tratándose de los servicios de atención médica que presta el Estado, debe ser tomada en consideración a fin de determinar la calidad de atención médica que recibe la población. Los demás elementos del servicio público: la continuidad, la eficiencia, la adaptación a los cambios del régimen legal o en la necesidad social que se satisface y la igualdad del trato a los beneficiarios deben ser también considerados¹.

En este sentido, la omisión más destacable en la forma en que se brinda la atención en salud hace referencia a la deshumanización como la nota característica de la prestación del servicio, tanto a nivel de consulta externa como de internamiento y en emergencias. El tema del maltrato ha sido señalado en los diferentes informes

¹ Expediente 250-23-98 y 261-23-98. Oficio DHR-9809738-98.

anuales de la Defensoría; este tipo de denuncias reflejan falta de sensibilización por parte del personal que atiende al público en los servicios de salud y la necesidad de desarrollar programas de capacitación en ese sentido. Se seguirá puntualizando en la necesidad determinante de formar y capacitar al personal, incorporando elementos relacionados con el trato que se ofrece al público, para así minimizar las quejas sobre el tema.

En lo que se refiere a las llamadas listas de espera, es criterio de la Defensoría que el problema contraviene el principio de oportunidad y eficiencia en la prestación de los servicios. La existencia de una lista de espera en el sistema de atención médica implica una suspensión de dicho servicio, que se constituye en una inasistencia médica por cuanto el principio de oportunidad y necesidad que rige el servicio público se ve quebrantado ante la falta de respuesta del ente prestatario al habitante que requiere del servicio médico. De acuerdo con la SC, «el derecho a la salud es un derecho fundamental, que el Estado está llamado a proteger en forma eficiente y rápida» (Voto 661-96).

Habida cuenta de que el retraso desmesurado puede producir sensibles perjuicios para el paciente y es consecuencia del funcionamiento anormal del servicio público, la Administración debe ser consciente de su responsabilidad y por ende resarcir los daños y perjuicios ocasionados a los habitantes. Siendo el problema de listas de espera una situación que refleja la ausencia de planificación administrativa en los servicios de salud, la Defensoría no considera que sea el habitante quien reciba los efectos negativos del mismo; es deber de la CCSS no sólo resolver la situación de fondo, sino también garantizar a los usuarios que recibirán los beneficios complementarios que en una situación de enfermedad se harían acreedores (incapacidades, subsidios económicos y otros), toda vez que el hecho que originó el inconveniente no es imputable al usuario sino a la misma Administración.

La Defensoría de los Habitantes considera que las listas de espera son una fuente permanente de inequidad que plantea serios problemas éticos y de protección del derecho a la salud de los usuarios de los servicios de salud. Desde el punto de vista de los derechos de los pacientes, durante el tiempo de espera (injustificado) se interrumpe el derecho a la protección de la salud, con lo cual quedan en entredicho los principios de universalidad, libertad de acceso y gratuidad, además de que afecta principalmente a la población más débil y desfavorecida.

4.2 El tema de acceso a los tratamientos con medicamentos continúa siendo un tema recurrente: medicamentos vencidos, agotados o sustituidos por genéricos, los cuales son rechazados por los pacientes por considerarlos de menor efectividad y, sobre todo, por generar múltiples efectos secundarios.

Los problemas que se presentan y que la Defensoría ha denunciado son los relacionados con el desabastecimiento en los servicios de farmacia y en el Departamento de Almacenamiento y Distribución, ya sea por mala planificación del Departamento de Programación, Control y Evaluación de Suministro de Medicamentos, por apelaciones a las licitaciones, por incumplimiento de entregas por parte de los oferentes y por rechazos por el Laboratorio de Normas y Calidad de Medicamentos, entre otros aspectos.

Como ha señalado la Defensoría en reiteradas oportunidades, esta situación pone de manifiesto la presencia de mecanismos de control inoperantes en materia de administración de inventarios, lo que refuerza la urgente necesidad de que la CCSS continúe realizando esfuerzos para mejorar integral y sistemáticamente tales

procesos en procura de un manejo eficiente y económico de los fondos públicos involucrados.

Por otra parte, es reiterada la presentación de denuncias de habitantes ante la Defensoría, quienes reportan que los medicamentos genéricos prescritos por la Caja Costarricense del Seguro Social no cumplen el perfil terapéutico deseado; es decir, no solventan la necesidad de curar o controlar la enfermedad que adolece. Se estaría así frente a una clara situación de exclusión social en salud que fragmenta la sociedad entre aquellos que, conocedores de las ventajas de un producto original, pueden tener acceso directo al mismo a través de su compra directa (o mediante los mecanismos institucionalizados, por ejemplo con la presentación de un recurso de amparo) y aquellos que, desprovistos de medios y posibilidades, no pueden utilizar más que un medicamento que puede no tener el perfil terapéutico deseado.

Si bien es cierto que la CCSS ha adoptado la política de genéricos, la Defensoría recuerda que ésta no puede contravenir derechos fundamentales ni principios esenciales como los reseñados. Es claro que el objetivo primordial de esa política es lograr la mayor cobertura de medicamentos, de modo que éstos lleguen a la mayor cantidad de población. No obstante, Costa Rica no sólo persigue ese objetivo sino que la meta trasciende al mínimo y persigue el mejoramiento de los índices de salud y de calidad de vida de la población, de modo que la mejor alternativa terapéutica así demostrada es la que debe orientar la resolución que resuelva las apelaciones interpuestas.

4.3 Los derechos de los pacientes contemplados en numerosos textos normativos demandan de los prestatarios de los servicios de salud una atención oportuna, trato amable, información completa, respeto a su intimidad y confidencialidad, así como una atención médica en todos sus extremos dentro de los más altos estándares de calidad. La idoneidad, pericia, conocimientos y condiciones físicas son necesarias para garantizar que la atención médica que se pretende reporte los resultados esperados. La acreditación de los servicios de salud requiere de estándares mínimos en cuanto a recursos humanos, que permita brindar una atención médica de calidad y sin posibilidades de riesgos.

a) *Derecho a la información.* La Defensoría ha reiterado el deber de información en los servicios de emergencia. En los casos de urgencia calificadas, el deber de comunicación con las personas no desaparece, sobre todo, por razones humanitarias y de consideración. Si bien es cierto, la urgencia no permite demoras por la probabilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte; si el paciente se encuentra en estado consciente, nada impide que se le informe acerca de las medidas diagnósticas y terapéuticas que se practicarán. Por lo tanto, el personal de salud debe procurar establecer una comunicación con el paciente en estos casos.

b) *Consentimiento informado.* De acuerdo con la normativa, debe constar por escrito en aquellos procedimientos que sean invasores, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que supongan riesgos e inconvenientes, notorios y previsibles, no inherentes a la actuación clínica y que repercuten de manera importante en la vida cotidiana, para lo cual debe completarse un formulario. Sin embargo, la Defensoría de los Habitantes considera que los médicos no pueden mediante este tipo de formularios exonerarse de ninguna responsabilidad civil o penal y que el consentimiento informado no es un elemento que libera a los trabajadores de la salud de responder por los casos de negligencia, imprudencia o impericia, dado que el derecho a la información al paciente no guarda relación alguna con la responsabilidad por el ejercicio de la Medicina.

5. GARANTÍAS

La Defensoría de los Habitantes ha analizado el tema de la responsabilidad estatal y el deber específico de reparación de la administración de servicios de salud frente a la producción de daños y perjuicios ocasionados a los usuarios de dichos servicios. En el caso que se atendió en relación con el accidente de radioterapia en un hospital nacional en 1996, se señalaron algunos aspectos en torno al deber de reparación por parte del Estado y específicamente de los servicios de salud: «En el caso de Costa Rica, la responsabilidad del Estado está expresamente contenida en la Constitución Política [...] al señalar que: «Ocurriendo a las leyes, todos han de encontrar reparación para las injurias o daños que hayan recibido en su persona, propiedad e intereses morales»².

Además, para la Defensoría, la responsabilidad de la promoción y protección de la salud en el primer nivel de atención es fundamentalmente, desde una perspectiva de Derechos Humanos y de la moderna Salud Pública, una responsabilidad pública que debe ser compartida, lo cual incluye a la comunidad y al sector privado, pues resulta claro que la salud es un compromiso de todos los sectores. Dicha responsabilidad consiste no sólo en evitar el desmantelamiento de servicios públicos de salud, sino especialmente en profundizar en la defensa de la salud como un Derecho Humano, que debe seguir siendo una responsabilidad pública del Estado de bienestar costarricense.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 La Defensoría insiste en que la atención a la salud de las mujeres no sólo debe ocuparse con cuidado del tema de la información, sino que es imprescindible eliminar las concepciones médicas que reducen a la mujer a una máquina reproductora, la excesiva medicalización de las funciones naturales de la mujer y la tendencia a patologizar y psiquiatrizar los fenómenos de orden social y cultural de la mujer.

Por otra parte, en el campo de la salud reproductiva, uno de los temas que ha generado mayor demanda de intervención por parte de la Defensoría ha sido el de las esterilizaciones. La Institución ha planteado siempre la necesidad de reconocer la voluntad de la persona mayor de edad a escoger el método de control de su fertilidad, el respeto al derecho del consentimiento informado y el derecho de contar con instancias como las Consejerías en salud sexual y reproductiva que den información clara y amplia al respecto. Producto del trabajo desarrollado por la Defensoría, en conjunto con el MINSA, la CCSS, el INAMU y otras instancias públicas y de la sociedad, se publicó un decreto ejecutivo que regula la materia. La Defensoría ha contribuido a dar a conocer los alcances del Decreto, enfatizando el derecho que tiene la población de contar con información amplia y precisa que la oriente en sus decisiones.

Además, la Institución considera que la CCSS debe abocarse a la tarea de eliminar la discriminación contra la mujer mediante el abordaje de las políticas y medidas de atención médica con visión de género, lo que implica atender diferencialmente las

² DEFENSORÍA DE LOS HABITANTES, *Informe final con recomendaciones*. Expediente IO-1574-23-96, p. 69.

necesidades, intereses y factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que les son propios. Para contribuir con este objetivo, la Defensoría participa en dos comisiones que tienen que ver con la salud de las mujeres y con los derechos sexuales y reproductivos: la Comisión Interinstitucional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y la Mesa Tripartita, que tiene como objetivo fundamental contribuir con el cumplimiento y avance de los compromisos adquiridos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo.

6.2 La Defensoría de los Habitantes ha investigado reiteradamente las condiciones de los hospitales encargados de su cuidado y protección. En este sentido, ha girado diversas recomendaciones dirigidas a mejorar los servicios de neonatología, ortopedia y emergencias, así como lo relativo a la capacitación del personal hospitalario en cuanto a los derechos de esta población en particular.

Además, la Institución ha incursionado en el tema de los derechos de la niñez y la adolescencia frente a la enfermedad, el dolor y la muerte. La Defensoría ha reiterado el derecho que tienen las personas menores de edad a conocer sobre su padecimiento, así como el tratamiento que deben seguir; a expresar sus miedos y preocupaciones, a sentir tristeza, molestia, confusión y enojo, reacciones que deben ser respetadas por las personas adultas.

En lo que se refiere a los derechos reproductivos, no existe una política pública que garantice a la niñez y adolescencia el recibir una educación y formación adecuadas en materia de sexualidad. La Defensoría ha sostenido que tienen derecho a que se les brinde una educación en sexualidad humana, conocimiento e información que les permita asumir con respeto y responsabilidad su propia sexualidad, así como tener un desarrollo integral y pleno.

Por otra parte, diversas investigaciones de la Defensoría han comprobado que no existen en el país alternativas estatales de atención de desintoxicación y rehabilitación para personas menores de edad, que les ofrezca la posibilidad de dejar la dependencia de sustancias psico-activas y garantizar su pleno desarrollo. Para la Defensoría es importante que existan programas especializados en la atención integral de las personas menores de edad con adicciones que incluyan la desintoxicación, la rehabilitación y reintegración social.

6.3 a) Migrantes. La Defensoría considera que las autoridades encargadas de la prestación del servicio de la salud no pueden ni deben subordinar el acceso de la población migrante a la presentación de documentación necesaria para el levantamiento del registro en cuestión o a la realización de trámites migratorios o administrativos previos. La Defensoría es consciente de la necesidad de verificar algunas condiciones (historial médico, identidad de la persona, condiciones laborales, entre otros) para una adecuada prestación del servicio a la salud y para dar seguimiento y tratamiento a algunas enfermedades que puedan padecer las personas, pero el Estado debe tomar en cuenta que la salud se antepone a cualquier trámite administrativo que se exija, de acuerdo con la prioridad que su atención demande, por lo que la condición migratoria no puede ser factor condicionante para el goce de los Derechos Humanos.

Cuando se trate de servicios de emergencia y de niveles de atención primaria, como lo son los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), no debe condicionarse su prestación a la presentación de un documento que demuestre la permanencia legal de una persona en el país. Por otra parte, la Defensoría considera ne-

cesario que las autoridades correspondientes se aboquen a una labor de sensibilización y capacitación de los funcionarios a quienes les compete prestar el servicio, con el fin de evitar discriminaciones entre la población nacional y la extranjera, en cuanto a la atención que se brinda.

b) *Indígenas.* La Defensoría de los Habitantes ha considerado conveniente que los servicios de salud se organicen y administren, en la medida de lo posible, tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Es importante destacar la actitud de la CCSS, al acoger las recomendaciones emitidas por la Defensoría³, al adoptar medidas tales como la modificación del criterio que establecía la cédula de identidad como única forma de comprobación de la nacionalidad para las poblaciones indígenas, así como el compromiso de realizar peritajes socioculturales en todos los procesos administrativos que afecten directamente a las comunidades indígenas, y que el nuevo modelo de atención ha avanzado con un proyecto piloto dedicado a estas comunidades que cuenta con 18 EBAIS. Asimismo, el MINSA informó que se está elaborando un modelo de salud para los pueblos indígenas y que se han realizado algunos procesos de consulta con varias comunidades.

Sin embargo, la Defensoría de los Habitantes considera importante intensificar los esfuerzos para aumentar y mejorar los servicios de salud, desarrollar infraestructuras para la atención de la población indígena, capacitar a los Comités de Salud en cada uno de los territorios, así como formular y ejecutar programas de validación de necesidades con la participación activa de grupos indígenas. Asimismo, se ha insistido a la CCSS acerca de la necesidad de retomar el proceso de firma de convenios entre esa institución y cada una de las 24 Asociaciones de Desarrollo Integral Indígenas del país, de modo que se garantice la efectiva prestación de los servicios de salud en estas comunidades.

c) *Privados de libertad.* El problema principal denunciado por esta población es el no traslado a consulta médica y otros casos que refieren un mal servicio por parte del área de salud. La Defensoría recomendó a las autoridades penitenciarias realizar un estudio y un análisis general de los procedimientos de solicitud de atención médica por parte de la población privada de libertad⁴.

La Defensoría ha venido señalando que los trámites de solicitud de atención médica de la población privada de libertad (entiéndase la conformación de las listas para recibirla), no puede ser un acto exclusivo y de responsabilidad única de los funcionarios de seguridad, como ocurre hoy en día, ya que las atribuciones de estos funcionarios son las de seguridad y custodia principalmente y, en casos excepcionales, de ejecución de las medidas administrativas en ausencia de los funcionarios técnicos y de salud. La costumbre que ha imperado de delegar funciones administrativas en los oficiales de seguridad ha tenido como consecuencia, en algunos casos, la violación del derecho a la salud en perjuicio de esta población.

También son reiteradas las denuncias presentadas por personas privadas de libertad a quienes se les violenta su Derecho a la Salud por falta de transporte institucional, a consecuencia de lo cual pierden citas programadas en diversos centros hospitalarios. La Defensoría ha reiterado a las Direcciones de los centros penitenciarios que

³ Informe Final 15910-2004-DHR, de fecha 22 de abril del 2004.

⁴ Expediente 18052-22-2004.

la ausencia de recursos o de presupuesto no puede afectar de ninguna manera los derechos fundamentales de la población privada de libertad, pues estas son situaciones que no tienen por qué soportar los habitantes⁵. Se considera que el derecho a la salud de una persona privada de libertad se violenta también cuando no se ejecuta una salida para ser atendida por un especialista por falta de vehículo disponible, situación que se agrava cuando a propósito de esta omisión tampoco se le prescribe el tratamiento necesario por no estar indicado por el especialista.

Otro elemento que tiene que ver con la atención médica de la población privada de libertad, es la dilación en la entrega de medicamentos. Sobre este tema, la Defensoría recomendó a las autoridades de salud del Sistema Penitenciario realizar un estudio acerca de los trámites y plazos de entrega de las recetas de medicamentos, con la finalidad de mejorar la atención efectiva y oportuna de la salud de la población penal.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 El modelo aún imperante en la CCSS para la atención de las personas con trastornos mentales tiene marcada orientación biológica, concentrando la mayoría de los recursos humanos y financieros en el tercer nivel, es decir, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, lo que ha impedido el desarrollo de los apoyos necesarios para que sus parientes logren mantener una vida con una buena funcionalidad dentro de la dinámica familiar y comunitaria. Han existido diversas iniciativas para la reestructuración del modelo de atención a las personas con trastornos mentales; sin embargo, sus resultados han sido poco satisfactorios a la fecha.

La Defensoría considera importante que se constituyan redes comunitarias de atención a la población con trastornos mentales que apoyen a estas familias. El equipo que da soporte a estas redes debe tener un carácter multidisciplinario para brindar respuesta a la diversidad de situaciones que se pueden presentar, lo que implica la necesidad de reforzar la atención primaria en cuanto al personal. El equipo se debe coordinar con unidades de mayor capacidad resolutive cuando sea necesario. Esta problemática no se restringe a la prestación de servicios sanitarios, sino que involucra la asistencia social y obviamente requiere la participación de otras instituciones, además de las del sector salud, habida cuenta que los trastornos mentales pueden degenerar en condiciones de pobreza.

Por otra parte, debe señalarse también que desde que la Defensoría inició su tarea en 1993, un número considerable de habitantes ha presentado quejas relativas al otorgamiento de las pensiones de parálisis cerebral profunda. Este beneficio se otorga a toda persona que presente obviamente secuelas de parálisis cerebral profunda y, además, que su núcleo familiar cuente con escasos recursos económicos para satisfacer sus necesidades básicas. Producto de la tramitación de las quejas mencionadas, la Defensoría ha elaborado diferentes informes finales en los cuales se han señalado errores en el rechazo de las solicitudes de pensión de parálisis cerebral profunda, por cuanto, entre otros motivos, la metodología utilizada para definir la condición eco-

⁵ La Sala Constitucional ha declarado con lugar múltiples recursos por el mismo motivo. A manera de ejemplo, ver Voto 2000-06860.

nómica de la familia de la persona solicitante no refleja todas sus necesidades y hace negatoria la posibilidad de acceso a este beneficio. La Defensoría de los Habitantes es consciente de la difícil situación fiscal que atraviesa el país; no obstante, considera que es preciso realizar un esfuerzo mayor destinado a financiar el Régimen No Contributivo, toda vez que el no transferir más recursos al mismo atentaría contra el Derecho Humano a la seguridad social, que en los últimos años ha adquirido mayores niveles de exigibilidad, incluso en el ámbito de la justicia constitucional.

7.2 La Defensoría estima que las autoridades del Ministerio de Salud deben impulsar una campaña de información y educación a la población acerca de la posibilidad de que, salvo disposición expresa en contrario por parte del paciente, la extracción de un órgano *post-mortem* podría ser realizada. Los funcionarios hospitalarios y judiciales deben estar igualmente capacitados, por consistir ésta en una intervención en la que puede no mediar el consentimiento informado dado el interés de preservar otra vida, para que los parientes sean advertidos de que dicha intervención se realizó o se realizará.

Se considera necesario que la CCSS dedique más esfuerzos para educar a la población acerca de este tema, a fin de generar la suficiente conciencia de la solidaridad requerida para hacer frente a la demanda creciente de este tipo de tejidos. La Defensoría ha señalado la necesidad de impulsar campañas de divulgación, así como de editar material informativo acerca de los elementos que contempla la ley para los usuarios de los servicios de salud, que permita a los habitantes no sólo crear conciencia social acerca de la demanda de órganos que para fines terapéuticos se requiere, sino también acerca de los derechos y obligaciones que en esta materia aplican.

7.3 El tema ha sido tratado particularmente por la Defensoría de los Habitantes en el caso de enfermedades de niños, niñas y adolescentes y su derecho a una muerte sin dolor. En varias oportunidades, la Defensoría ha reiterado la necesidad de explicar a las personas menores de edad las consecuencias de su padecimiento sin engaños, brindándoles además la posibilidad de contar con los medicamentos necesarios para que puedan tener una muerte digna y sin dolor. En este sentido, se ha promovido la realización de talleres y seminarios dirigidos tanto al personal hospitalario, como a los padres, madres y personas encargadas de los menores, con el propósito de capacitarlos en este tema.

Por otra parte, con motivo de la XXXI Reunión del Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos en septiembre de 2005, la Defensora de los Habitantes de Costa Rica introdujo el tema en la agenda de discusión y logró la aprobación por unanimidad de una resolución sobre el derecho a una muerte digna. La Resolución señala que todas las personas sin distinción alguna tienen derecho a la salud y a que se les garantice el derecho a una buena calidad de vida, así como que en condiciones de enfermedad tienen el derecho a recibir atención médica y, cuando ya no es posible curar, el derecho a tener una muerte digna y sin dolor.

Los Procuradores Centroamericanos decidieron analizar la importancia de los cuidados paliativos como instrumentos para asegurar el mejoramiento de la calidad de vida de los y las pacientes en condiciones de vida limitada o con enfermedades terminales, así como revisar y analizar las legislaciones de cada país en lo que se refiere a la importación, distribución, cuotas internacionales, operalización y acceso real a los medicamentos para control del dolor y así mejorar la calidad de vida de los y las habitantes de la región.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La Defensoría considera que el país ha afrontado con acierto la atención de personas que viven con SIDA en lo que se refiere específicamente a la accesibilidad a tratamientos antirretrovirales, no así en lo relacionado al problema de la prevención y la vigilancia epidemiológica, donde persisten serias debilidades que deben ser atendidas de manera inmediata para proteger a las próximas generaciones de jóvenes, hombres, mujeres y niños en riesgo de adquirir el virus.

La Institución ha continuado con su función de investigar las denuncias por irrespeto a los derechos de las PVS, así como en la labor de promoción y divulgación de los derechos de las personas que viven con VIH. Por ese motivo, la Institución decidió lanzar una proclama, difundida por algunos medios de comunicación colectiva, con el objetivo de contribuir a la formación de opinión pública y concienciación, ya que se consideró que aún la Ley General del VIH/SIDA es desconocida por la población y que su puesta en práctica ha sido difícil por parte de algunas autoridades estatales a quienes corresponde cumplir con determinados mandatos.

La Defensoría ha insistido en que es imperativo contar con medicamentos eficaces y eficientes con el fin de evitar el riesgo de la resistencia viral, así como garantizar el abastecimiento ininterrumpido de estos fármacos. Se ha insistido además en la necesidad de velar por la calidad de los medicamentos antirretrovirales, tanto en su eficacia terapéutica, a través de los estudios de bioequivalencia, como en sus efectos secundarios, todo ello orientado a la adquisición de productos costo/eficientes que mejor beneficien a las personas que viven con VIH/SIDA.

Con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas, así como el apoyo técnico del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, se ejecutó un proyecto con el objetivo de divulgar el contenido de la Ley General del VIH/SIDA e insistir sobre su obligatorio acatamiento. Asimismo se decidió convocar a las autoridades de la CCSS, del MINSA y a expertos en el manejo clínico de las personas que viven con VIH/SIDA, para diseñar el sistema nacional de importación y adquisición que garantice la calidad y eficacia de los medicamentos basado en criterios técnicos, claros y validados internacionalmente, que garanticen la igualdad terapéutica de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, así como para apoyar los programas de adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA a estos medicamentos.

6. EL SALVADOR

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 4. GARANTÍAS: 4.1 Derecho penal y administrativo sancionador. 4.2 Indemnización por daños. 5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 5.1 Mujer. 5.2 Niñez y adolescencia. 6. PROBLEMAS PARTICULARES: 6.1 Personas mayores. 6.2 Trasplantes. 6.3 Enfermedades epidémicas. 7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH) de El Salvador es una institución con rango constitucional integrante del Ministerio Público (art. 194.I Cn.). Para el cumplimiento de su amplio mandato de velar por el respeto y garantía de los Derechos Humanos y libertades fundamentales en el país, la Ley 183/1992, de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (LPDDH) establece que la Institución se organice en Procuradurías Adjuntas para el cumplimiento de sus atribuciones en áreas de actuación específica, así como en delegaciones departamentales y las demás secciones pertinentes (arts. 13 al 16).

Desde mediados de la década de los noventa hasta el año 2001¹ funcionó en la PDDH el Departamento de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DE-COSOC), en el que se desarrollaban las diferentes intervenciones institucionales relacionadas con la promoción, protección y garantía de estos derechos, incluido el de la salud. En esa época, el proceso de reestructuración de la Institución elevó lo concerniente a los derechos económicos, sociales y culturales a la competencia de una Adjunta, con la creación de la Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Adultos Mayores y Derechos Laborales (PAML), cuyos énfasis se debieron al predominio y la magnitud de las violaciones a los derechos al trabajo, a la sindicalización y a la seguridad social ocurridas hasta entonces, particularmente con el inicio de la transición post-conflicto. Las prioridades se modificaron progresivamente a te-

¹ Desde su creación, la PDDH prácticamente inició su conformación con las Procuradurías Adjuntas establecidas expresamente por la Ley: Adjunta para la Defensa de los Derechos Humanos, para la Defensa de los Derechos de la Niñez, la de los Derechos de la Mujer, de las Personas Adultas Mayores y la del Medio Ambiente. Con el transcurso del tiempo, y de acuerdo a las necesidades que demandaba la realidad en materia de tutela y promoción en derechos humanos, se fueron creando nuevas Procuradurías Adjuntas o transformando las ya existentes. En la actualidad se encuentran de la siguiente manera: Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Derechos Humanos, para la Defensa de la Niñez y la Adolescencia, la de los Derechos de la Mujer y la Familia, la del Medio Ambiente, la de los Derechos Civiles e Individuales, y la de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

nor de la dinámica nacional² y, desde 2004, se amplía aún más el mandato específico de la PAML, transformándola en Procuraduría Adjunta para la Defensa de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PADESC) que, sin dejar de brindar especial seguimiento a los derechos de las personas adultas mayores y a los asociados al trabajo y la sindicalización, posiciona institucionalmente el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales en el país.

En sintonía con lo anterior se han desarrollado las líneas de acción establecidas por la PDDH relativas a la tutela de casos, el monitoreo de la realidad nacional y la promoción y difusión de los Derechos Humanos³. Desde 2005, en los grupos y sectores específicos priorizados en la labor de la PADESC, además de la población adulta mayor, se encuentran las personas con discapacidad y las que viven con VIH/SIDA, así como las consumidoras y consumidores. Al respecto, la PDDH ha conformado mesas de trabajo de carácter consultivo y con participación de instituciones estatales, pero fundamentalmente de la sociedad civil, para el análisis, seguimiento y propuesta en temas de sensible incidencia nacional, con apego a su facultad legal de «Crear, fomentar y desarrollar nexos de comunicación y cooperación con organismos de promoción y defensa de los derechos humanos, gubernamentales, tanto nacionales como internacionales y con los diversos sectores de la vida nacional» (art. 12. 8º LPDDH). Para el caso, desde 2002 funcionan la Mesa de Trabajo de Personas Adultas Mayores, la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador (instalada desde 2003)⁴ y la Mesa de Trabajo de Personas con Discapacidad (constituida en 2005), al mismo tiempo que la PDDH es integrante y participa activamente de la Red VIDA (conocedora del derecho al agua) y en la Red Regional de Derechos Humanos y VIH-SIDA (§ 7). La cualificación del personal jurídico y multidisciplinario respecto a la protección de los derechos económicos, sociales y culturales ha sido prioritaria en las estrategias de la Institución, sobre todo respecto a la justiciabilidad de los mismos, a nivel nacional e internacional.

2. SISTEMA SANITARIO

La Procuraduría se ha pronunciado (con particular énfasis desde el año 2002) por el cumplimiento estricto de las obligaciones constitucionales y legales del Estado salvadoreño en relación a la salud, no sólo en cuanto a las diferentes medidas que debe implementar para garantizar su goce progresivo, sino respecto al hecho mismo de reconocerle su calidad de Derecho Humano fundamental. Coincidieron en ello, por un lado, la magnitud de la vulneración de la salud por las graves deficiencias e insuficiencias del sistema público sanitario, especialmente respecto a la epidemia del dengue, a casos de mala praxis y de insuficiencia renal; por otro, los insatisfac-

² La problemática socioeconómica volvió a colocarse como una de las más importantes y sentidas para la población salvadoreña y como uno de los nudos principales para la consecución de la vigencia de los Derechos Humanos en el país.

³ Vid. FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN, *III Informe sobre Derechos Humanos: Niñez y Adolescencia*, Trama ed., Madrid 2005, p. 423.

⁴ La Mesa Permanente se ha extendido a través de y bajo la coordinación de las Delegaciones Departamentales de la PDDH, conformándose y funcionando en siete de ellas: Ahuachapán, Sonsonate, La Paz, Usulután, San Miguel, Morazán y en la Sede Central en San Salvador. A mediados de 2006 está previsto instalar las Mesas Locales de La Unión, Santa Ana y Chalatenango.

torios servicios de salud prestados en el área rural, sobre los cuales la PDDH emitió sendos informes, con sus respectivas recomendaciones a las autoridades gubernamentales correspondientes⁵. Aunado a ello, se conoció también la pretensión gubernamental de privilegiar modalidades de privatización en el proceso de modernización del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) y, eventualmente, de la red nacional de salud⁶ (II, § 1 y 2).

Respecto a la primera situación verificada (a través del seguimiento de casos y de estudios situacionales), la PDDH declaró que: «La falta de liderazgo del MSPAS (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) dentro del sistema nacional de salud, la no justiciabilidad del derecho a la salud en la práctica, la deficiente asignación de recursos presupuestarios y la existencia de una legislación obsoleta en materia de salud, debe tenerse como infracción a la obligación estatal de cumplir el derecho a la salud de la población salvadoreña», ante lo cual recomendó «especialmente a las altas autoridades en el ramo de la Salud», retomar con mayor compromiso el proceso de Reforma del Sector «en un sentido integral, así como una mayor iniciativa gubernamental por impulsarla, desde una perspectiva de participación de la sociedad y los sectores involucrados [...] para erradicar los graves males estructurales del sistema de salud que, en la actualidad, afectan gravemente el disfrute de este elemental derecho a niveles mínimos aceptables, en perjuicio de la mayoría de la población». Entre las necesidades más urgentes a atender en el sistema sanitario nacional, la PDDH destacó: mejorar el control efectivo de las profesiones relacionadas con la salud, la accesibilidad de los servicios de atención a la salud y un trato más humano a las y los pacientes, incluyendo el derecho de acceso a la información.

Relacionado con lo anterior y pese al satisfactorio estado de ratificación de las normas internacionales más importantes en materia de salud (I, § 1), la PDDH ha concluido en el incumplimiento, desde entonces, de «las obligaciones básicas del Estado salvadoreño en materia de salud, respecto de su responsabilidad internacional», particularmente en lo concerniente a los niveles mínimos de disfrute del derecho a la salud establecidos por el artículo 12 del PDECS⁷.

La segunda situación referida (en torno a la privatización del ISSS), justamente tuvo como antecedente el incumplimiento de lo recomendado respecto a la reforma del Sector Salud⁸ y generó uno de los conflictos más prolongados y con mayo-

⁵ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Afectaciones al derecho a la salud en El Salvador. Informe Especial de la Señora Procuradora para la Defensa de los Derechos Humanos, emitido el día 31 de Julio de 2002*, San Salvador, 2002.

⁶ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe Especial sobre la problemática del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) respecto al cumplimiento del derecho a la salud dentro del amplio concepto del derecho a la seguridad social en El Salvador, al 18 de octubre de 2002*, San Salvador, 2002; y PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS, Dra. Beatrice Alamanni de Carrillo, *sobre la problemática del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) respecto al cumplimiento del derecho a la salud en El Salvador, al 15 de mayo de 2002*, San Salvador, 2002.

⁷ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Afectaciones...*, cit., p. 33.

⁸ Las consideraciones de la PDDH se resumieron en lo siguiente: «el proceso de modernización del sector salud referido ha adolecido de rasgos que ponen en entredicho su esencial contribución al fortalecimiento de la convivencia democrática y al goce de derechos humanos fundamentales en el país». De tales rasgos, se destacaron: la ausencia de transparencia en cuanto a los planes de modernización (objetivos, metas, plazos), así como respecto a la implementación de los mismos (falta de información,

res consecuencias en el debilitamiento institucional del sistema sanitario nacional y, en particular, de la salud previsual. La PDDH activó simultáneamente y de manera coordinada la amplitud de sus funciones, desde las labores de verificación *in situ*, mediaciones, pronunciamientos públicos, análisis situacional y gestiones al más alto nivel, hasta el momento de conclusión de dicho conflicto y en el seguimiento de los acuerdos relacionados con ello. Fue esa la ocasión, además, en que la Procuraduría emitió conforme a sus atribuciones legales, su primera Censura Pública (en octubre 2002), señalando a la Dirección General del ISSS por contravenir sus obligaciones constitucionales de garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social, su negativa al diálogo para resolver el conflicto y restablecer la prestación normal de los servicios de salud, así como por la obstaculización sistemática a la actuación de la Procuraduría en la solución del mismo. En y debido a este contexto, se conformó también la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador⁹.

A partir de entonces, la PDDH ha sentado posición respecto a la posible privatización de los servicios de salud y protección social y ha insistido en ella, de manera reiterada y vinculándola estrechamente con el proceso de reforma del Sector Salud (reiniciado después del conflicto ya señalado alrededor del ISSS), proponiendo el fortalecimiento del sistema público y la realización de un esfuerzo democrático de participación y concertación en este sentido¹⁰. En coherencia con ello, las diferentes iniciativas, actividades de difusión, pronunciamientos y demás acciones institucionales realizadas en relación al proceso de reforma¹¹, han tenido como mecanismo privilegiado de actuación la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud, bajo el liderazgo de la Procuraduría, lográndose un alto grado de legitimidad y reconocimiento desde entidades estatales y privadas, siendo incluida como tal en los restringidos espacios informativos y de consulta que sobre el tema han promovido la Comisión Nacional de Seguimiento de la Reforma Integral del Sector Salud (CNSPRIS) (II, § 1.1 y 2.2) y la Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa (ahora denominada Comisión de Salud, Medio Ambiente y Recursos Naturales) desde 2004.

Al respecto, en agosto de 2005, con la presencia de la más alta representación de las referidas Comisiones, incluida la Comisión Presidencial para la Gobernabilidad Democrática, se entregó a la Presidencia de la República el «Posicionamiento de la

actos ilegales y prácticas arbitrarias); una suerte de imposición de los conceptos y estrategias que se convierten en componentes de las correspondientes políticas públicas; la tendencia a privilegiar la privatización de las diferentes formas de prestación de los servicios de salud, en lugar de promover el fortalecimiento institucional; la adopción de modalidades flexibles en materia laboral en detrimento de la eficientización del desempeño profesional del personal de salud y, por tanto, del mismo fortalecimiento institucional; la preeminencia de criterios empresariales (competitividad) respecto a principios constitucionales de dignidad humana, bien común y justicia social. Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Documento de constitución de la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos*, San Salvador, 28 de marzo de 2003.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ Consultar los principales documentos en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/fundamentossalud-feb05.pdf> y <http://www.pddh.gob.sv/docs/ReformaSalud.pdf>.

¹¹ Al respecto, se han desarrollado talleres regionales y de carácter nacional, así como eventos abiertos al público, especialmente de naturaleza informativa sobre las propuestas de Reforma existentes y aprobadas. Asimismo, se han elaborado afiches y documentos en versión popular sobre el derecho a la salud en el marco de dicho proceso.

Mesa Permanente Sobre el Derecho Humano a la Salud de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos sobre el proceso de Reforma de Salud en El Salvador¹², respaldado por 75 instituciones públicas, municipales, comunales y de la sociedad civil integrantes de las Mesas Locales de Salud de la PDDH, así como por más de 15 mil firmas de adhesión de la población. En dicho Posicionamiento se plantearon las consideraciones siguientes:

a) La reforma de salud en el Salvador debe tener como objeto principal impulsar un proceso orientado a introducir cambios sustanciales en diferentes instancias, funciones y procedimientos del sector salud con el propósito esencial de fortalecer el sistema público de gestión, financiamiento y provisión, favoreciendo la participación de la población y de distintos protagonistas en el logro de la salud, para que también incidan en todas las etapas que le aseguran su acceso y disfrute de este derecho en su vida cotidiana, así como en el modelo de salud;

b) Una política nacional de salud resulta cada vez más urgente, así como la disposición de un presupuesto adecuado y suficiente que garantice la atención y promoción de la salud;

c) El mayor riesgo para una eficaz reforma integral de salud radica en la tendencia prevaleciente que privilegia modalidades de privatización que convierten a la salud en una mercancía y prescinden de su calidad de Derecho Humano fundamental, al mismo tiempo que trasladan la responsabilidad del Estado a las personas, familias y comunidades. La privatización va más allá de la simple transferencia de la propiedad e infraestructura; incluye contratos de administración, concesiones y arrendamientos, así como la introducción de condiciones de competencia, descentralización poco regulada y otros incentivos que promueven la participación privilegiada y la inversión privada;

d) Prevalen medidas puntuales y que no resuelven la situación de fondo de la salud en el país, como ocurre con el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD) (que únicamente es un mecanismo suplementario y mínimo de financiamiento, que no puede considerarse sustituto del necesario incremento de la inversión gubernamental en el sector salud) y la aprobación de la Ley del Sistema Básico de Salud Integral (LSIBASI), que tampoco contó con un proceso de consulta y concertación entre los sectores vinculados a la promoción y defensa de la salud.

Señalando que no se ha definido aún ninguna propuesta sobre el modelo de salud¹³, en el Posicionamiento se recomendó, principalmente, lo siguiente:

a) Que la Presidencia de la República no sancione ni promueva iniciativa alguna alrededor del proceso de reforma, si ésta es el resultado de un replanteamiento del proceso, especialmente de la recomposición del mecanismo encargado de la concertación, de su funcionamiento y de sus metas en relación a la reforma;

b) Que la CNSPRIS promueva, al más breve plazo y en conjunto con la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, los cambios necesarios que garanticen la mayor participación y la más alta representatividad en la Comisión, lo mismo que en sus diferentes mesas o espacios temáticos de trabajo;

c) Que la Comisión de Protección al Medio Ambiente y Salud Pública de la Asamblea Legislativa no proponga la aprobación de leyes o marcos regulatorios que afecten el replanteamiento propuesto del proceso de reforma, al mismo tiempo

¹² El texto completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/ReformaSalud.pdf>.

¹³ Una propuesta de la CNSPRIS en este sentido (de noviembre de 2005), fue conocida en enero de 2006, pero con restricciones para su divulgación.

que se comprometa a someter a una amplia discusión y concertación todas aquellas iniciativas legales que se requieran, en materia de salud, mientras se desarrolla dicho proceso.

Hasta la fecha, no ha existido respuesta oficial frente a lo recomendado.

Con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana (DR-CAFTA, por sus siglas en inglés) y la manifiesta preocupación de la PDDH respecto a sus consecuencias en la salud y las condiciones de vida de la población salvadoreña, en 2006 se ha iniciado el correspondiente análisis¹⁴, desde la perspectiva de los Derechos Humanos y en orden a garantizar las medidas necesarias para la protección de la salud frente a eventuales violaciones al mismo.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

Interviniendo en uno de los más recientes procesos de innovación nacional en el manejo de los desechos sólidos y relacionados en El Salvador, la Procuraduría emitió en 2001 una resolución referida a la posibilidad de contaminación de aguas del entonces Proyecto de la Estación de Transferencia y Reciclaje (ETR) de los desechos sólidos del Área Metropolitana de San Salvador (AMSS)¹⁵, y aunque la misma se relacionó directamente con el derecho a un ambiente sano y ecológicamente equilibrado y se estableció la no vulneración del mismo, se mantuvo abierto el expediente previendo cualquier amenaza o daño sobre lo denunciado, sobre todo en relación a la disposición final de tales desechos. Al respecto, sin embargo, se señaló la necesidad «de soluciones novedosas no contaminantes sobre la base de propuestas con sustento técnico, más allá de procedimientos tradicionales como los botaderos de basura que constituyen un serio atentado contra la salud de los habitantes del país».

Un año después, la PDDH presentó un informe más general sobre la contaminación de las aguas en el país, a partir de denuncias de las comunidades o poblaciones afectadas, tanto interpuestas en la Institución como iniciadas de oficio al conocerse vía periodística. En esa oportunidad se estableció la tolerancia estatal en la contaminación del recurso agua, al evidenciarse «El progresivo y acelerado proceso de contaminación del recurso agua, aún con todos los cuerpos normativos vigentes en

¹⁴ Sobre el particular, la PDDH ha señalado, por ejemplo, no compartir la tesis «de que es a través de la lógica del mercado que se garantizará el acceso, la calidad y la calidez en la provisión de los servicios de salud a la población», reiterándose el «absoluto rechazo al privilegio de modalidades de privatización en la gestión y prestación de tales servicios, al amparo de los procesos actuales de reforma de los sistemas de salud en que se encuentran inmersos muchos de nuestros países latinoamericanos y que coinciden con la entrada en vigor de acuerdos como los previstos en el CAFTA». Asimismo, se ha puntualizado cómo en su capítulo referido a las compras gubernamentales, «El Salvador no estableció restricción alguna para la compra de bienes y servicios en los principales hospitales nacionales», decisión que ni siquiera fue consultada con las autoridades sanitarias «que se desempeñan en las localidades con un exiguo presupuesto y una cada vez menor capacidad de respuesta institucional a la demanda de la población en relación a su derecho a la salud». Vid. el documento completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/DR-CAFTA.pdf>.

¹⁵ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2001-junio 2002*, San Salvador, 2002, pp. 334-337.

materia de protección y conservación del recurso, (lo que) deja en clara evidencia la reiterada omisión en el cumplimiento de las leyes por parte de las instituciones competentes en materia de protección del agua». En esa línea se emitieron las recomendaciones respectivas (al Consejo Superior de Salud Pública, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, al Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales y a las alcaldías municipales, entre otras instancias del Estado).

El seguimiento a lo anterior llevó a que, en el año 2003, la Procuraduría presentara un Informe Especial sobre el tratamiento de los desechos sólidos en diferentes departamentos del país, señalando, entre otros aspectos, que «La afectación a la salud de la población por la falta de tratamiento ambientalmente adecuado de los desechos sólidos es variada, y va desde las personas que están directamente relacionadas con los botaderos, como los pepenadores, los habitantes cercanos a los mismos, hasta los que consumen agua contaminada por lixiviados u otros derivados de la basura». Asimismo, en el Informe Especial se concluyó que «El denominador común es que casi en su totalidad las Alcaldías del país no dan tratamiento ambiental adecuado a los desechos sólidos que generan... en un alto porcentaje la basura se quema en el lugar donde se deposita y, en algunos casos, se remueve y compacta; sin embargo, ninguna de estas prácticas impide la contaminación ambiental y su consecuente impacto en la salud y la vida de las personas»¹⁶. Se constató, además, que persistía la presencia de desechos hospitalarios en los basureros comunes, lo cual ya había sido objeto de la actuación de la PDDH, que emitió un informe al respecto en el mismo año 2003, ante la falta de una adecuada coordinación entre el MSPAS y el ISSS para la disposición final de los desechos hospitalarios.

En esta misma línea de actuación, en el año 2002 destacó la Resolución dictada por la Procuraduría por Violación al Derecho Humano a un Ambiente Sano, por abandono de 92 barriles de TOXAFENO en San Miguel, los cuales ocasionaron contaminación de las aguas, aire y suelo (desde finales de la década de los ochenta) en perjuicio de los habitantes de la zona y aledaños, y declarándose la responsabilidad de parte del Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales (MARN) «por la omisión de actuar con celeridad y prontitud en el inicio de diligencias administrativas para individualizar y sancionar al propietario del inmueble donde se encuentran los tóxicos», mismas que fueron iniciadas hasta más de tres años después de tener conocimiento del abandono referidos. A tal efecto, se recomendó a las autoridades ambientales «Proceder a identificar, etiquetar y embalar los barriles... para ser retirados en el menor tiempo posible de las bodegas... a un lugar seguro donde se garantice que no causará daño ambiental ni a la salud de las personas». Se recomendó, además, la actuación conjunta a este respecto, de parte del MSPAS, y se incluyó a la Asociación Nacional de Acueductos y Alcantarillados (ANDA) en lo concerniente a la supervisión de los requisitos para la habilitación de instalaciones en proyectos similares de su competencia. A la fecha se realiza el seguimiento de tales recomendaciones y otras relacionadas, ante la postergación de acciones gubernamentales, bajo el argumento de costosos procedimientos.

A finales de los años noventa, con el auge de la industria maquilera en el país, la Procuraduría realizó un estudio sobre el respeto y protección de los Derechos

¹⁶ A la fecha, la autoridad ambiental ha permitido (mediante sucesivas prórrogas de los plazos establecidos por la legislación en la materia) la continuidad de algunas de estas prácticas municipales, ante la insuficiencia o el alto costo de alternativas técnicas para el manejo y tratamiento de la basura y, en general, de los desechos sólidos.

Humanos en esa actividad económica, explorando, entre otros aspectos, lo relacionado con la salud e higiene laboral. De ello se concluyó sobre condiciones de trabajo en las fábricas, que hacen más proclives y agravan afecciones respiratorias y estomacales en las trabajadoras y trabajadores; particularmente, se mencionó el ambiente físico de desprotección o insalubridad de las instalaciones (especialmente, en los recintos fiscales), en las que no existía suficiente agua potable, un lugar higiénico para tomar los alimentos, el no uso de mascarillas en zonas que lo requerían y falta de ventilación¹⁷. En 2002, sin embargo, ocurrió uno de los casos más relevantes de intoxicación masiva de trabajadoras y trabajadores en varias empresas de una zona franca, en el que las autoridades estatales (del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, así como de la Policía Nacional Civil, la Fiscalía General de la República y el Comité de Emergencia Nacional) actuaron en abierta connivencia con las patronales, eximiéndolas de responsabilidad, permitiendo el reinicio de labores (ante la amenaza de cierre de las fábricas) bajo condiciones de riesgo e inseguridad e, incluso, acusando al personal afectado por la intoxicación de histeria colectiva y de intereses políticos de desprestigiar los esfuerzos gubernamentales por atraer inversión extranjera. La Procuraduría estableció la violación al derecho a la salud y a la integridad física y moral de las trabajadoras y trabajadores, enfatizando sobre la puesta en evidencia del incumplimiento estatal (en sus entidades competentes) del deber de garantía de tales derechos, recomendando lo pertinente en cuanto a la investigación del caso, deducción de responsabilidades (civiles y penales), la reparación de los daños a las víctimas y la implementación de las medidas preventivas necesarias. Como uno de los aspectos preocupantes al respecto, la PDDH constató la ausencia de un régimen sancionatorio que fuera aplicable ante la falta de una legislación sobre seguridad e higiene ocupacional, recomendando su más pronta promulgación¹⁸. Los debates alrededor del anteproyecto de ley en esta materia, iniciados desde entonces, en la Asamblea Legislativa (II, § 3.1) han contado con las opiniones técnicas de la Procuraduría, hasta la fecha.

En el año 2002, la Procuraduría estableció «violación al derecho humano a la salud, por falta del debido control en la venta, distribución o suministro de alcohol metílico (metanol) en perjuicio de los habitantes del Departamento de Sonsonate», responsabilizando de la misma al MSPAS y, específicamente, a la Dirección Departamental de Salud correspondiente, al identificarse lugares clandestinos para el expendio de metanol, que no habrían sido inspeccionados, registrados ni sancionados por la referida autoridad. Lo anterior provocó al menos 16 fallecimientos comprobados en los propios establecimientos sanitarios de la zona.

4. GARANTÍAS

4.1 La PDDH ha señalado que, en El Salvador, «En la práctica, el derecho a la salud no es justiciable. En su mayor proporción, las víctimas de violaciones al dere-

¹⁷ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Los derechos humanos y la maquila en El Salvador*, San Salvador, 1998, pp. 51-56.

¹⁸ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS, *Recopilación de Resoluciones e Informes Especiales. Enero-diciembre 2002*, Serie Derechos Humanos, San Salvador, 2004, pp. 455-479.

cho a la salud no tienen acceso a un recurso oportuno y eficaz que permita el cese de la violación y la reparación debida»; situación de denegación de justicia de la que ha responsabilizado directamente a las autoridades de salud, fiscales y judiciales¹⁹. La Procuraduría incluye a este respecto hechos que van «desde irregularidades administrativas (como los cobros por los servicios o los medicamentos) hasta graves casos de mala praxis, los cuales han provocado la muerte o gravísimas lesiones a los pacientes».

En el ámbito del Derecho disciplinario en salud, la PDDH ha conocido casos sobre negligencia y mala praxis médica (especialmente, en el sistema público de salud como área de competencia defensorial), en los que ha constatado «que pese a que existen entes contralores de la profesión médica, tal como el Consejo Superior de Salud Pública y la Junta de Vigilancia de la Profesión Médica, tales organismos no ejercen un control efectivo sobre el ejercicio de la profesión, ni tampoco llevan un registro fidedigno de los galenos especialistas en las diferentes ramas de la medicina, lo que deja en una evidente desprotección a los usuarios del sistema de salud»²⁰. Particularmente, en 2002 y ante el incremento de denuncias al respecto, la Procuraduría expresó su preocupación por la ausencia de un cuerpo de profesionales forenses que garantizaran la imparcialidad e independencia de los peritajes médico-científicos en casos de afectación al derecho a la salud²¹. Este criterio ha permanecido sin modificación, por lo que ha imperado en las resoluciones emitidas sobre este tema.

Asimismo, las investigaciones de la PDDH han comprobado la práctica en el ISSS de impartir docencia a profesionales de la Medicina y Odontología, sin las facultades legales para hacerlo²², mostrando su preocupación al respecto en el informe respectivo al considerar que «la ausencia de una legislación y definición de competencias institucionales, en el ámbito de la acreditación de los profesionales en especialidades de la medicina, así como la ausencia de control sobre la idoneidad de los mismos, es un factor que podría incidir en el acaecimiento de violaciones a los derechos humanos». Las recomendaciones respectivas fueron realizadas a las autoridades de Educación.

4.2 En los casos conocidos por la PDDH sobre negligencia y mala praxis médica se ha señalado, a través del informe respectivo a las autoridades concernidas, sobre «una doble victimización» a pacientes afectados, al denegárseles «sistemáticamente el acceso a la justicia y a la debida reparación de las víctimas», cuando ellas o sus representantes han recurrido a la Fiscalía General de la República (FGR) y al Órgano Judicial (OJ) para establecer las responsabilidades penales de los profesionales en salud involucrados²³.

¹⁹ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Afectaciones...*, cit., p. 34.

²⁰ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2001-junio 2002*, cit., pp. 132 y 133.

²¹ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Afectaciones...*, cit., p. 34.

²² *Ibidem*.

²³ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2001-junio 2002*, cit., pp. 132 y 133.

5. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

5.1 Respecto al derecho a la salud de las mujeres, en el contexto de las elecciones presidenciales de 2004, la Procuraduría realizó una amplia consulta con organizaciones feministas y de mujeres y representantes comunitarias y de diversos sectores para elaborar la Plataforma Mínima de Derechos Humanos de las Mujeres para el Órgano Ejecutivo del período 2004-2009, misma que fue presentada y entregada públicamente en noviembre de 2003 a los partidos políticos en contienda. En su texto se aboga por el «desarrollo de un programa de salud integral para mujeres, que no tome en cuenta únicamente el binomio materno-infantil... sino que se dé igual importancia a la salud preventiva... tomando en cuenta que la mujer tiene derecho a controlar todos los aspectos relacionados con su salud, la cual no se limita a la mera ausencia de enfermedades, sino que implica el gozar de un estado general de bienestar físico, mental y social». Al respecto, se demandó: a) desarrollar políticas de salud desde una perspectiva de género, implementando programas que atiendan las necesidades de salud preventiva, sexual y reproductiva de las mujeres; b) mejorar el sistema de salud y ampliar la cobertura de servicios y medicamentos; c) implementar campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente para mujeres y adolescentes, y, finalmente, e) desarrollar programas para la introducción de agua potable en zonas rurales, mejorando las condiciones sanitarias e higiénicas²⁴.

5.2 En 2003, posterior a conocerse públicamente la magnitud de la situación de desnutrición en la región occidental de El Salvador, específicamente en el departamento de Ahuachapán, la PDDH realizó verificaciones *in situ* que constataron condiciones extremas de pobreza con especial incidencia en la salud y en la vida, especialmente de niños y niñas. Lo atinente fue presentado en el informe anual correspondiente²⁵, habiéndose concluido en «la falta de políticas estatales para controlar y detectar a tiempo el estado nutricional de la población, especialmente de la población menor de cinco años. La existencia de este tipo de situaciones en el país conducen a afirmar que el Estado salvadoreño no puede tener por cumplidas suficientemente las obligaciones adquiridas para con la ciudadanía en materia de salud y mucho menos en materia de alimentación y nutrición». La gravedad del caso ameritó, en marzo de ese año, un Informe Especial²⁶, que evidenció, por ejemplo, la falta de programas institucionales preventivos y de atención nutricional, específicamente carencias en el programa Escuela Saludable respecto a asegurar una dieta adecuada y sistemática a los menores beneficiarios, así como insuficientes resultados en las estrategias gubernamentales para la producción agrícola y el acceso a medios de subsistencia rurales.

Las recomendaciones emitidas enfatizaron en el papel que, sobre el particular, deben asumir las Carteras de Salud, Agricultura y Educación. Los esfuerzos posteriores del MSPAS en materia de cobertura rural y de asistencia nutricional, incluyeron

²⁴ Vid. documento completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/Plataformaminimadederechos-mujeres.pdf>.

²⁵ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2002-junio 2003*, San Salvador, 2003, pp. 90-93.

²⁶ Vid. documento completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/doc00005.pdf>.

a esta zona entre sus prioridades, mientras que los programas de semilla mejorada se presentan oficialmente como posicionados en la agenda gubernamental para la reactivación del agro. En 2004, desde la más amplia perspectiva, la Procuraduría hizo público el Informe Especial sobre los Derechos de la Niñez en El Salvador²⁷, incluyendo lo concerniente al acceso a los servicios de salud, acciones preventivas, mortalidad, salud sexual y reproductiva y condiciones ambientales, reiterando y profundizando en las condiciones de afectación al derecho a la salud de las niñas y niños salvadoreños.

6. PROBLEMAS PARTICULARES

6.1 En relación a las personas adultas mayores, la Procuraduría presentó al pleno de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, en febrero de 2005, sus consideraciones respecto a la situación de la población adulta mayor en el país, especialmente ante la ausencia de datos actualizados en la materia²⁸. El derecho a la salud se incluyó como de especial preocupación para la PDDH, sobre todo en cuanto a la necesidad de readecuar los servicios sanitarios existentes a las necesidades específicas y crecientes de este grupo población. La Procuraduría enfatizó, ante las diputadas y diputados de la referida Comisión: en la falta de personal especializado, los largos tiempos de espera en el tratamiento de enfermedades (crónicas o degenerativas, muchas de ellas), el desabastecimiento de medicamentos, la ausencia de estudios epidemiológicos sobre el envejecimiento y lo insuficiente de los programas de bienestar social dirigidos a la población adulta mayor.

6.2 En 2005, adquirió preocupantes dimensiones (al punto de ser conocida públicamente en medios de prensa, de forma reiterada) la situación de personas trasplantadas renales que son atendidas por el ISSS, al haberse introducido un medicamento de origen coreano del que no les han sido proporcionados, hasta la fecha, los estudios de respaldo científico de su idoneidad, pese a que se ha hecho efectivo el cambio en su tratamiento regular, sin contar con la aprobación científica, inclusive, del Programa de Trasplante Renal del mismo Instituto.

La gestión de la Procuraduría incluyó la mediación directa con las autoridades del Instituto, desde su Dirección General hasta la Subdirección en Salud y la División Técnica Normativa, en constantes reuniones de trabajo e información hasta noviembre de 2005, favoreciendo el acercamiento entre los pacientes (donantes y receptores) y las autoridades del ISSS y la consecución de algunos acuerdos para asegurar, al menos, de manera temporal, el no desabastecimiento de los medicamentos necesarios ni los insumos relacionados con las pruebas requeridas por su tratamiento, así como la no suspensión de operaciones de trasplante por esa misma razón. El ISSS, sin embargo, ha continuado licitando éste y otros productos similares de dudosa confiabilidad para las personas trasplantadas o donantes.

6.3 En 2002, la alta incidencia del dengue llevó a la PDDH a considerar que las omisiones de instituciones y autoridades competentes respecto a la vulnerabilización

²⁷ Vid. documento completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/doc00004.pdf>.

²⁸ Vid. documento completo en: <http://www.pddh.gob.sv/docs/adultosmayores.pdf>.

y victimización de la población en relación a la epidemia, constituían una responsabilidad estatal insoslayable. En un informe especial al respecto, se concluyó en la ausencia de esfuerzos suficientes de parte de las autoridades sanitarias para la prevención de la epidemia, sobre todo por un antecedente similar ocurrido en el año 2000. Se señaló, asimismo, responsabilidad de entidades públicas de salud en casos de muerte ocurridos aparentemente por negligencia o inhabilidad de su personal en la atención médica. Ante la ausencia de acciones gubernamentales para atender la problemática expuesta, la PDDH insistió sobre este tema en 2003, exponiendo lo pertinente en el informe anual del período respectivo y estableciendo, nuevamente, «una clara afectación a la salud de la ciudadanía salvadoreña en la medida que el gobierno aún no establece condiciones fundamentales para que estas epidemias puedan ser prevenidas, o bien erradicadas con prontitud»²⁹.

7. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

Las intervenciones más relevantes de la Procuraduría en relación al VIH/SIDA se sitúan en los momentos en que ocurre el acelerado crecimiento de la pandemia, emitiendo un comentario³⁰ sobre la (entonces) recién aprobada legislación específica (II, § 8). Se observó, entonces, la prevalencia de un carácter restrictivo sobre el garantista de los Derechos Humanos en dicho cuerpo normativo, *contrario sensu* a las normas internacionales en la materia, cuyo objeto primordial es evitar toda forma de discriminación contra las personas viviendo con VIH o SIDA (PVVS). Se señaló, además, que las mismas obligaciones y sanciones establecidas especialmente para las PVVS, familiares y allegados, contraría este principio y reduce la naturaleza de la ley a un mero medio de cambio de actitudes, más que de protección de sus Derechos Humanos. Otros aspectos cruciales, como contradicciones internas en la normativa, respecto al derecho a la confidencialidad, al honor y a la intimidad, así como una suerte de estigmatización al dejar abierta la posibilidad de solicitud de la prueba en el ámbito laboral, también fueron señaladas por la PDDH en esa ocasión. Hasta la fecha, únicamente se han introducido las respectivas reformas en torno al empleo, en el Código de Trabajo (CT).

Habiéndole dado seguimiento a la situación de los Derechos Humanos de las PVVS, la Procuraduría emite un primer Informe Especial al respecto en 2004³¹, en el que destaca la persistente vulnerabilidad de las personas con VIH o SIDA y la reiterada violación a sus derechos fundamentales, haciendo énfasis en su derecho a la vida, a la salud y, en particular, al acceso de medicamentos y tratamiento de alta calidad médica³². La PDDH insistió en sus observaciones al marco legal vigente (ya

²⁹ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2002-junio 2003*, cit., pp. 93 y 94.

³⁰ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Informe de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Julio 2001-junio 2002*, cit., pp. 290-298.

³¹ Vid. PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS. *Recopilación de Resoluciones e Informes Especiales. Enero-diciembre 2004*, Serie Derechos Humanos, San Salvador, 2004, pp. 5-94.

³² El Informe Especial refirió al caso emblemático del señor Odir Miranda, amparado por la Corte Suprema de Justicia (CSJ) de El Salvador y conocido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ampliando a más de 20 personas la protección a su salud relacionada con el acceso

referidas) y añadió a sus observaciones la ausencia de la reparación o restitución a las víctimas de cualquier violación a sus derechos, en razón del VIH o el SIDA. Declaró entonces y emitió sus consecuentes recomendaciones respecto al incumplimiento del Estado de su obligación de garantizar la vida y la salud al denegar el acceso a los productos farmacéuticos y a las tecnologías utilizadas para tratar la pandemia y las enfermedades oportunistas que acompañan a la enfermedad, al mismo tiempo que señaló a la Asamblea Legislativa de no haber acatado los parámetros internacionales establecidos en la normativa nacional respectiva.

A finales de ese mismo año, la Procuraduría asumió el firme compromiso de ampliar sus actuaciones a espacios interinstitucionales de coordinación, tanto con otras entidades estatales como con la sociedad civil, para la defensa y protección de los Derechos Humanos de las PVVS, sus familiares y allegados, así como de la población salvadoreña en general, dado la frágil cultura de denuncia existente en el país en relación a estos derechos, especialmente en este tema. Desde esa fecha, la PDDH ha promovido la sensibilización de su personal de denuncias, tutela y seguimiento de casos en relación a la no discriminación y el estigma en relación al VIH/SIDA y se encuentra participando de un esfuerzo nacional y regional para la identificación y seguimiento de violaciones a los Derechos Humanos en este ámbito. Para ello, en el marco de la Red Regional de Derechos Humanos y VIH/SIDA-Capítulo El Salvador (de la que la PDDH ha sido fuerte impulsora) se ha elaborado un formato unificado de recolección de información sobre las denuncias; se trabaja (desde finales de 2005) en una base de datos común con otras instituciones públicas y privadas para el registro de casos, y se ha diseñado un protocolo de atención y una página web (ambas en proceso de validación) para la divulgación y el conocimiento sobre los Derechos Humanos y el VIH/SIDA. En marzo de 2006 se firmó el Convenio de Cooperación Interinstitucional para la conformación formal de la Red Regional, al que también se han suscrito, junto a la PDDH, la Procuraduría General de la República (PGR) y el MSPAS³³.

al tratamiento antirretroviral. Sobre lo anterior, el ISSS informó oportunamente a la PDDH, dadas las acciones realizadas previamente en este mismo sentido por la Institución y en razón de su seguimiento al caso. La Procuraduría también verificó lo concerniente en el MSPAS.

³³ Vid. las notas periodísticas en:

<http://www.elsalvador.com/noticias/2006/03/29/nacional/nac12.asp> y

<http://archive.laprensa.com.sv/20060329/nacion/454544.asp>.

7. ESPAÑA

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 4. DERECHOS. 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Salud mental. 7.2 Reproducción asistida. 7.3 Atención sociosanitaria. 7.4 Enfermedades raras. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

El Defensor del Pueblo tiene atribuida una doble función. De una parte, la garantía de los derechos reconocidos en el Título I del texto constitucional. De otra, la supervisión del funcionamiento ordinario de las Administraciones públicas. La distinta ubicación de los mencionados derechos dentro de la sistemática del Título I del texto constitucional y el distinto grado de garantía de cada uno de ellos, como consecuencia de dicha ubicación, deben tenerse presentes al valorar las posibilidades de actuación del Defensor del Pueblo. Así, su colocación sistemática en la sección primera del capítulo II del citado Título posibilitará que el Defensor del Pueblo pueda hacer uso de la legitimación que le confiere el artículo 162 de la Constitución para interponer el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, si bien habrá de advertirse que los interesados están asimismo legitimados para su interposición.

Tal circunstancia conlleva que los derechos reconocidos en el capítulo tercero (como son, por ejemplo, los relativos a la protección de la salud, consagrado en el artículo 43, y al mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social, previsto en el artículo 41) requieran una atención preferente por parte del Defensor del Pueblo, precisamente para compensar en cierto modo el menor grado de protección de estos derechos en el marco de las garantías establecidas por la Constitución.

2. SISTEMA SANITARIO

Tras la publicación de la Ley General de Sanidad, se inició un proceso de transformación desde un sistema de Seguridad Social hacia un modelo de Sistema Nacional de Salud, que ha promovido importantes cambios en el ámbito sanitario español. Así, se ha garantizado la práctica cobertura universal, se ha producido la separación de fuentes de financiación del sistema, se ha completado la descentrali-

zación territorial y se ha definido un catálogo de prestaciones básicas. Ello no impide reconocer, tal y como ha expuesto el Defensor del Pueblo ante las Cortes Generales, la existencia de una cierta contradicción entre los principios inspiradores del modelo sanitario contenido en la Ley General de Sanidad y la realidad legal y formal del aseguramiento sanitario que, en ciertos aspectos, sigue bajo el modelo típico de la Seguridad Social, que se caracteriza por la adscripción profesional y la financiación contributiva.

El sistema sanitario público presenta problemas similares a los de los países de su entorno económico y cultural. En efecto, todos los sistemas de salud de estos países se enfrentan a la misma necesidad de contener el crecimiento del gasto provocado por una cada vez mayor demanda de servicios de alto contenido tecnológico y elevado coste por su superior calidad; al envejecimiento progresivo de la población, que supone otro incremento de las necesidades de atención y gasto; al aumento de las enfermedades crónicas; a la aparición de nuevos factores epidemiológicos; al fenómeno de la inmigración; a las nuevas formas de organización social y familiar, y a la exigencia de reorientar sus servicios de forma que respondan a las demandas de los ciudadanos y potencien su capacidad de elección y decisión. Estos problemas exigen, en el criterio de los ciudadanos, una transformación para garantizar la viabilidad futura del sistema.

Así se desprende de los datos reflejados en el último barómetro sanitario del Centro de Investigaciones Sociológicas, según los cuales el 67,8% de los españoles opina que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien, considerando el 48,1% de ellos que, no obstante, son necesarios algunos cambios. Frente a este 67,8%, el 26,7% de los ciudadanos estima que el sistema sanitario necesita cambios fundamentales y el 4,6% que es necesario rehacerlo completamente. Similares conclusiones se obtienen de las quejas formuladas ante el Defensor del Pueblo, que inciden, especialmente, en carencias tradicionales y estructurales del sistema público sanitario, que dificultan, si no impiden, la efectividad del derecho a la protección de la salud en algunos casos.

En este contexto, y según la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa, en la Unión Europea han emergido iniciativas tendentes a progresar en la búsqueda de nuevos modelos de organización y gestión que aporten una mayor eficacia y eficiencia al sistema sanitario. En España, el Acuerdo Parlamentario para la Reforma y Modernización del Sistema Nacional de Salud, de diciembre de 1997, concluye también en la necesidad de dotar de mayor autonomía de gestión a los centros sanitarios. En este marco de renovación institucional, la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del Sistema Nacional de Salud, posibilita fórmulas organizativas más flexibles. Este texto legal establece que la gestión de los centros sanitarios podrá llevarse a cabo mediante cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, entre las que, en su exposición de motivos, se hace mención expresa a empresas públicas, consorcios y fundaciones. En relación con esta ley es importante tener presente que fue aprobada en su día con el consenso de los Grupos Parlamentarios del PP, PSOE, CIU, PNV y Coalición Canaria, es decir, por todos los partidos políticos con responsabilidad en la gestión de la asistencia sanitaria, y que no excluye ninguna forma concreta de la gestión de los centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública. En este sentido, todas las experiencias de nuevas formas de gestión lo han sido con instituciones de nueva creación, sin que ninguna Administración haya abordado la transformación de las instituciones procedentes de la

Seguridad Social, que se caracterizan, tal y como se desprende de los planteamientos de los ciudadanos ante el Defensor del Pueblo, por un modelo organizativo y de gestión excesivamente burocratizado e incapaz de responder de forma adecuada, en ocasiones, a las demandas, cada vez más exigentes, tanto de los ciudadanos como de sus propios profesionales.

Un número significativo de las quejas que llegan a la Institución se centra específicamente en la organización y funcionamiento de los centros sanitarios. Problemas de información; circuitos asistenciales complejos y burocráticos; accesibilidad a los servicios, y la existencia de amplias demoras en la prestación de la asistencia sanitaria, son algunos de los aspectos resaltados en estas quejas.

Por su relevancia, una mención especial merece el informe monográfico elaborado por el Defensor del Pueblo en 1989 sobre los servicios de urgencia hospitalarios en el Sistema Nacional de Salud, que tuvo una apreciable repercusión tanto en la opinión pública como en los medios sanitarios y, de modo especial, en la Administración pública, llegando incluso a ser citado en medios de comunicación foráneos (*Le Quotidien de París*, 16 de febrero de 1989). La presentación del informe tuvo, en efecto, una serie de consecuencias inmediatas, entre las que puede citarse, de un lado, la elaboración de análisis, por parte de la Administración sanitaria, para evaluar el problema y, de otro, la realización de importantes inversiones para la mejora de los servicios a través de la ejecución de las obras correspondientes.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

La tendencia tradicional a poner un acento excesivo en la atención curativa frente a la preventiva y paliativa, cuando el objetivo final del sistema no debe ser sólo curar sino también prevenir, cuidar y paliar, ha motivado que el Defensor del Pueblo haya iniciado de oficio no pocas investigaciones en relación con la prevención y salud pública, en cierto modo para compensar las limitadas quejas en este ámbito.

Para ilustrar estos aspectos, se destacan seguidamente cinco de las actuaciones del Defensor del Pueblo en relación con la prevención y salud pública:

a) La primera de ellas, sobre el problema que representaba la inoculación del virus de la hepatitis C como consecuencia de transfusiones de sangre en centros sanitarios, dio lugar a la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 3 de octubre de 1990, mediante la cual se estableció, con carácter general, la obligatoriedad de la prueba de detección de anticuerpos de dicho virus.

b) La segunda de las actuaciones, a raíz del incremento de los riesgos potenciales derivados de la exposición a radiaciones ionizantes, concluyó tras la aprobación del Real Decreto 53/1992, de 24 de enero, por el que se aprobó el Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes.

c) La tercera de las actuaciones culminó con la inclusión de la vacuna frente al meningococo serogrupo C dentro del calendario de vacunaciones infantiles.

d) La cuarta de las actuaciones, sobre las consecuencias que para la salud pública pueden derivarse de las enfermedades contagiosas padecidas por personas no sometidas a tratamiento o, que aún estándolo, solicitan el alta voluntaria, motivó que el Ministerio de Justicia regulara dichos supuestos a través de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

e) La quinta y última de las actuaciones, con ocasión de un brote de meningitis en la población infantil, concluyó una vez que el Ministerio de Sanidad y Con-

sumo hizo efectiva la recomendación formulada por el Defensor del Pueblo a través del suministro de 7,9 millones de dosis de vacuna y la agilización de los trámites para su comercialización.

En otro orden de cosas, y por lo que se refiere al uso y consumo de tabaco, cabe traer a colación las tres siguientes consideraciones: en primer lugar, que en consonancia con una recomendación del Defensor del Pueblo, el Real Decreto 192/1988, de 4 de marzo, se establecieron unas normas básicas sobre limitación en el consumo de labores de tabaco; en segundo término, y ante la inquietud manifestada por la Institución sobre la adulteración de los productos utilizados para la elaboración del tabaco, que el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció el oportuno marco normativo sobre nuevos límites de contenidos máximos de nicotina, alquitrán y monóxido de carbono, así como la obligación de la industria de facilitar el listado de todos los ingredientes y los datos toxicológicos correspondientes; y, en tercer lugar, el desarrollo de medidas de prevención contra el acceso de los menores al consumo de tabaco, en la línea expuesta por el Defensor del Pueblo.

4. DERECHOS

4.1 Tal y como ha sido reconocido por la doctrina, la Institución del Defensor del Pueblo tuvo una decisiva intervención al objeto de que los derechos de los ciudadanos frente a las Administraciones sanitarias fueran incluidos en la Ley General de Sanidad. En síntesis, las quejas más recurrentes pueden agruparse como sigue:

a) Un primer bloque de quejas versa sobre la plena universalización del derecho a la asistencia sanitaria, proceso todavía pendiente en la sanidad española. Si bien la protección de la salud desde el punto de vista cuantitativo ha experimentado un gran avance, en la línea expresada por el Defensor del Pueblo, hay que tener presente que el mandato recogido en el artículo 3.2 de la Ley General de Sanidad establece que la asistencia sanitaria se extenderá a toda la población, previsión todavía no culminada, en la medida en que, en la actualidad y según el Ministerio de Sanidad y Consumo, el porcentaje de cobertura es del 99,5%. Resta, por tanto, adoptar las iniciativas pertinentes con el fin de impulsar la reforma legal adecuada que permita fijar los contenidos y el carácter del derecho a la asistencia sanitaria como derecho público subjetivo personal y no contributivo, tal y como ha recomendado el Defensor del Pueblo.

b) Un segundo bloque de quejas hace mención a la ordenación de las prestaciones sanitarias y a carencias en las carteras de servicios en aspectos de suma importancia, como son, entre otros, los relativos a la salud mental, reproducción humana asistida, cuidados paliativos, atención al daño cerebral y enfermedades raras. Ello nos aproxima a la función básica de coordinación en aspectos fundamentales que caracterizan al sector sanitario y al importante papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en orden a superar las limitaciones que han determinado, en ocasiones, que sus consensos no hayan sido ágiles ni vinculantes.

Esta falta de suficiente operatividad motiva la existencia de asuntos de alcance pendientes, desde hace años, del pronunciamiento del mencionado Consejo (cirugía de reasignación de sexo y síndrome de fatiga crónica, entre otros). Por el contrario, sí han obtenido resolución favorable, a través de la elaboración de protocolos, de guías clínicas y de líneas específicas de investigación, algunos asuntos planteados

por el Defensor del Defensor (atención a la epidermolisis bullosa y a la fibromialgia, entre otros).

La realidad descrita ha motivado, entre otras actuaciones, que la Institución haya elaborado, en el año 2005, un estudio sobre la realidad epidemiológica y sociosanitaria del daño cerebral sobrevenido en España, que contiene diferentes recomendaciones a las Administraciones públicas para el establecimiento de una red específica de recursos sanitarios y sociales para el abordaje integral del daño cerebral, asignatura todavía pendiente en España según el Defensor del Pueblo.

c) Especial consideración debe prestarse también en este ámbito a las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. La preocupación del Defensor del Pueblo por este asunto está en consonancia con el número y naturaleza de las quejas recibidas en materia de sanidad, que inciden, especialmente, en la existencia de amplias listas de espera para consultas externas, pruebas y técnicas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas programadas. En estas quejas subyace que la demora en obtener la asistencia debida es la principal causa de insatisfacción de los ciudadanos con la sanidad pública.

En este contexto, la Comisión Mixta Congreso/Senado de Relaciones con el Defensor del Pueblo sugirió al titular de la Institución la elaboración de un estudio monográfico sobre listas de espera en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, estudio que se llevó a cabo a lo largo del año 2002. Como consecuencia de este estudio se formularon diversas recomendaciones relativas a los sistemas de información, a la gestión de las listas, a los criterios de indicación y prioridad clínica y a tiempos máximos de espera, que han dado lugar, por una parte, a la publicación del Real Decreto 605/2003, de medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud y, por otra, a que las Comunidades Autónomas hayan establecido tiempos máximos de espera para intervenciones quirúrgicas programadas.

4.2 Un número relevante de quejas guarda conexión con la dispensación, financiación y control de medicamentos. Para ilustrar estos aspectos, y a título meramente de ejemplo, cabe hacer mención a la resolución favorable de los asuntos planteados por el Defensor del Pueblo en relación con la dispensación sin receta de medicamentos sometidos a esta modalidad de prescripción, a la relación directa entre el consumo de aspirina infantil y la aparición del denominado *síndrome de Reye*, a la financiación de bombas de insulina y de otros efectos para diabéticos, a la implantación de la receta para tratamientos de larga duración y a la aportación económica reducida en medicamentos necesarios para un significativo número de enfermos crónicos.

4.3 Un bloque significativo de quejas se refiere a la información y documentación clínica, ámbito esencial para lograr que la relación entre los profesionales y los pacientes sea la razón fundamental del sistema sanitario. La consecución de este logro se ha visto dificultada por la inexistencia de una norma que unificara e integrara los derechos y obligaciones que han de regir en este campo y por la insuficiente precisión y concreción, en determinados aspectos, de la Ley General de Sanidad. Finalmente, la publicación de la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, ha venido a resolver no pocas cuestiones referentes a los elementos, cantidades y formas de información, así como respecto al contenido y al acceso a la historia clínica, aspectos que han dado lugar a no pocas recomendaciones del Defensor del Pueblo, que se han hecho efectivas a través del citado texto legal.

5. GARANTÍAS

La calidad de los servicios sanitarios es una constante preocupación del Defensor del Pueblo, como lo demuestra el amplio número de actuaciones institucionales en este ámbito. Así, en un primer momento se puso de relieve la necesidad de activar las comisiones de calidad de los centros hospitalarios, especialmente la de infecciones, cuyo funcionamiento era errático y defectuoso en muchas instituciones, iniciándose una investigación de carácter general que culminó una vez que se estableció el oportuno marco que impulsó su funcionamiento. Seguidamente, y recogiendo la experiencia acumulada en la tramitación de casos sobre práctica profesional, se dirigió una recomendación formal a las Administraciones públicas sanitarias en orden a promover una adecuada información a los pacientes sobre los principios que presiden en todo momento la *lex artis ad hoc*.

Más tarde, se resaltó especialmente que la actividad de los médicos internos y residentes de los centros hospitalarios se llevaba a cabo, en ocasiones, sin supervisión y, como consecuencia de ello, sin acomodarse, en todos los casos, a los niveles mínimos de extensión, calidad y eficacia que deben imperar en la profesión médica en general. Ya en el año 2000, se efectuó una mención singular al Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa, ratificado por España y que entró en vigor el 1 de enero de 2000, que regula con gran extensión los derechos de los pacientes y establece que la información debe ser adecuada y referirse a los riesgos y consecuencias de la intervención.

Un año después, en el 2001, el Defensor del Pueblo se interesó por la situación real del ejercicio profesional en el ámbito de la cirugía estética, destacando el número cada vez mayor de centros y servicios en los que se aplicaban técnicas y procedimientos, sin que existiera certeza acerca de si las mismas se materializaban en condiciones adecuadas y con las garantías y calidad debidas. Esta iniciativa dio lugar a una extensa investigación de los centros y servicios en todas las Comunidades Autónomas, en cuyo marco se adoptaron iniciativas de diferente naturaleza para un adecuado control por parte de las Administraciones públicas.

En esta línea de exposición, cabe hacer mención también a las actuaciones desarrolladas en relación con la inexistencia de un marco legal que permita un adecuado control sobre la calidad e idoneidad de las actividades y productos utilizados en las denominadas «medicinas alternativas», a fin de asegurar a los destinatarios de dichas técnicas idénticas garantías a los exigibles para otras disciplinas encuadradas en el ámbito de la medicina convencional. Ya en el año 2002, el Defensor del Pueblo dejó constancia de que en España no parece existir todavía una cultura suficiente acerca del reconocimiento del error y que la complejidad de los procesos se utiliza, en ocasiones, como excusa para no investigar posibles inadecuaciones en la práctica profesional.

De otra parte, en el año 2003 y teniendo presente las legítimas y crecientes demandas de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios en torno a la aplicación de anestesia en exploraciones endoscópicas, cuya implantación promovería, sin duda, una mayor calidad y excelencia asistencial, se inició una investigación de oficio y de carácter general, en orden a garantizar el control especializado de la sedación y anestesia en los casos necesarios. Finalmente, hay que señalar que no han sido pocas las ocasiones en las que se ha promovido el procedimiento de responsabilidad patrimonial de la Administración pública sanitaria cuando el funcionamiento de los servicios ha podido ocasionar a los ciudadanos un daño que no les corresponde soportar.

Aún cuando las respuestas de las Administraciones sanitarias, en relación con los diferentes aspectos reflejados en los apartados precedentes, han sido positivas, en términos generales, y se han adoptado diferentes iniciativas, de índole normativa y de organización y funcionamiento de los centros sanitarios, lo cierto es que en España, y a tenor de los últimos informes anuales presentados por el Defensor del Pueblo ante las Cortes Generales, es relativamente reciente la preocupación de las Administraciones públicas por los posibles efectos adversos en la práctica profesional, a diferencia de lo que acaece en sistemas de salud de otros países, en los que se han adoptado iniciativas de diferente naturaleza para el control de tales efectos, tales como la delimitación de indicadores para medir la seguridad en la asistencia.

Fiel expresión de lo anterior es que la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, con el fin de realizar un análisis de situación en el ámbito de la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios en España, detectar puntos críticos y proponer estrategias de intervención, convocó un taller de expertos en Madrid, los días 8 y 9 de febrero de 2005, en el que estuvo representada la Institución del Defensor del Pueblo.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Los derechos específicos de la mujer como paciente y usuaria de los servicios sanitarios han motivado no pocas actuaciones del Defensor del Pueblo en asuntos referentes a planificación familiar y a la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, entre otros.

Igualmente, es menester hacer referencia a la publicación del Decreto 101/1995, de 18 de abril, de Andalucía, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento, refrendándose normativamente el criterio reiteradamente expuesto por el Defensor del Pueblo al Servicio Andaluz de Salud, en el sentido de que era necesario establecer las medidas precisas para permitir el efectivo ejercicio individual de los derechos de los usuarios, entre ellos el referente a que la mujer embarazada esté acompañada por una persona de su confianza durante el parto, salvo si éste es instrumental.

6.2 La singular situación de los menores y sus padres o allegados en los supuestos en los que aquellos ingresan en un centro hospitalario, a veces durante largos períodos de tiempo, ha motivado que el Defensor del Pueblo haya destacado la necesidad de poner el acento en el trato y el cuidado que ha de dispensarse a los niños cuando se encuentran hospitalizados, tal y como establece la Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986, mediante la cual se aprobó la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado.

En el marco de esta inquietud y en diferentes ocasiones, representantes de la Institución han visitado unidades de hospitales generales y hospitales específicos, en orden a verificar la situación de los menores ingresados. Estas visitas han dado lugar a la formulación de recomendaciones, que fueron aceptadas y puestas en práctica, sobre aspectos relativos a reformas y adaptaciones estructurales de centros sanitarios, a la implantación del previo consentimiento informado y a la mejora de la estructura necesaria para una adecuada información a los familiares de los menores.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

7.1 Desde que el Defensor del Pueblo inició su actividad en el año 1983, ha llevado a cabo un amplio elenco de actuaciones sobre distintos aspectos relativos a la salud mental. Así, en un primer momento, puso de relieve la inexistencia de un marco legal en la materia y la falta de equiparación de las personas con enfermedad mental a los demás pacientes; seguidamente, destacó la necesidad de establecer cauces de coordinación entre las diferentes redes y servicios, y, más tarde, señaló las acusadas diferencias en la reforma de salud mental según se tratara de una u otra Comunidad Autónoma.

Partiendo de estos precedentes, y ya en la década de los noventa, el Defensor del Pueblo desarrolló un programa específico de investigación, que desembocó en el documento «Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España». Fruto de este estudio, en el año 1996 se produjeron dos reformas legales que incidían directamente sobre los enfermos mentales. Por una parte, la entrada en vigor de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que suponía el contar con un nuevo Código Penal, y la solución definitiva al problema detectado por el Defensor del Pueblo, respecto al carácter indefinido de los internamientos psiquiátricos en los casos en los que se apreciaba la eximente completa de enajenación mental. La otra reforma legal importante fue la que realizó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, que modificó el artículo 211 del Código Civil en el sentido expresado por el Defensor del Pueblo.

En la actualidad, la preocupación del Defensor del Pueblo en materia de salud mental se centra, básicamente, en las carencias o deficiencias del estatuto jurídico que afecta a las personas que padecen alguna enfermedad mental, entre las que cabe mencionar el sistema de garantías de los derechos fundamentales respecto al régimen de vida que tienen estas personas cuando ingresan en centros hospitalarios (entre otras, salidas, visitas y comunicaciones telefónicas y postales), a las condiciones en las que se aplican tratamientos especialmente agresivos y a los medios mecánicos de sujeción.

Esta inquietud de la Institución afecta también a la aplicación a las personas de edad avanzada del régimen de garantías que establece el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y a los problemas que se derivan de la prórroga automática de la patria potestad de los incapaces, cuando por imperativo legal (art. 171 CC) se asigna la misma a los padres, en los supuestos en los que éstos carecen de condiciones para ejercer de manera adecuada dicha patria potestad.

En conexión con lo anterior, el Defensor del Pueblo dirigió, a finales de 2005, una recomendación al Ministerio de Justicia, en orden a la modificación del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con objeto de introducir el régimen de garantías al que se ha hecho mención en los apartados precedentes. Esta recomendación se dirige también a la modificación del artículo 171 del Código Civil respecto a la supresión de la prórroga automática de la patria potestad. El mencionado Departamento ha informado, ya en febrero de 2006, que las modificaciones legales propuestas por el Defensor del Pueblo parecen acertadas y que, en consonancia con ello, se están valorando detalladamente las recomendaciones realizadas para mejorar la defensa de los derechos de los enfermos mentales.

7.2 En cuanto a la aplicación de técnicas de reproducción humana asistida, asunto sobre el que el Ministerio de Sanidad y Consumo ha reconocido la existencia de

dificultades para el acceso a las mismas, como consecuencia del insuficiente número de centros donde se hacen efectivas tales técnicas, el Defensor del Pueblo ha destacado, además de forma reiterada, que ello se traduce, en la práctica, en que el sistema público sanitario no facilita a los ciudadanos una prestación sanitaria que, a tenor de lo dispuesto en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias, debe ser facilitada directamente y financiada con cargo a fondos estatales adscritos a la sanidad.

7.3 Especial consideración debe concederse a la situación de aquellas personas que, por no precisar un tratamiento exclusivamente sanitario ni requerir sólo una atención social, encuentran dificultades para solucionar sus problemas, al no ser cabalmente atendidos ni por el Sistema Nacional de Salud, ni por los sistemas de acción social. Esta situación, que adquiere todavía una mayor dimensión a causa de los cambios demográficos que están acaeciendo en España, motivó que el Defensor del Pueblo iniciara un programa específico de investigación, que culminó con la elaboración del estudio «La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos», que contiene diversas recomendaciones a las Administraciones públicas competentes, en orden a la adopción de acuerdos para dar respuesta a las necesidades de los segmentos de la población que precisen la atención integral de medidas sanitarias y sociales. Líneas básicas de estas recomendaciones figuran en el anteproyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

7.4 Las enfermedades raras o poco frecuentes han adquirido en los últimos años un especial protagonismo reflejado en las quejas planteadas ante la Institución. En relación con ello, el Defensor del Pueblo ha puesto de manifiesto los graves problemas que presentan las personas afectadas por las mencionadas enfermedades, como consecuencia de acusadas dificultades en su diagnóstico y tratamiento, resaltando la necesidad de mejorar el conocimiento en este campo a través de la investigación básica y clínica, y de promover una política adecuada y tendente a la obtención de fármacos eficaces.

En este sentido, ya se han producido avances en la línea propugnada por la Institución, como es la creación del Instituto de Investigación y Enfermedades Raras, a través de la Orden SCO/3158/2003, de 7 de noviembre, cuyo objetivo principal es el de fomento y ejecución de la investigación clínica y básica, formación y apoyo a la referencia sanitaria e innovación en la atención de la salud en enfermedades raras.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En el marco de la preocupación de la Institución del Defensor del Pueblo por la especial situación de las personas afectadas por el VIH, en el año 1992 se dirigió una recomendación al Ministerio de Sanidad y Consumo en orden a establecer un sistema de prestaciones para atender las necesidades específicas y extraordinarias de los pacientes hemofílicos infectados de VIH, y reconocer a los mismos un derecho subjetivo a dichas prestaciones. Esta recomendación se hizo efectiva mediante el Real Decreto-Ley 9/1993, de 28 de mayo, que establece un programa de ayudas públi-

cas a favor de las personas afectadas por VIH que hubieran contraído la enfermedad como consecuencia del uso de sangre o productos sanguíneos en el marco del sistema sanitario público.

Los derechos a la intimidad y a la confidencialidad de los datos clínicos de las personas afectadas por VIH, así como las medidas establecidas para garantizarlos, fueron objeto de amplia investigación por la Institución. En una síntesis concisa de lo informado por los servicios de salud que integran el Sistema Nacional de Salud, puede afirmarse que todos contemplan medidas para proteger la confidencialidad de los datos clínicos de las citadas personas.

8. GUATEMALA

El Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala tiene como función principal atender las denuncias sobre violaciones de los Derechos Humanos. En materia de protección de la salud, durante el 2005 se emitieron 112 resoluciones iniciales y se abrieron 98 investigaciones y 14 expedientes de acciones específicas.

Los resultados obtenidos de estos procesos han llevado a la presentación de amparos judiciales y acciones de inconstitucionalidad para proteger los derechos a la salud de los ciudadanos, sobre todo en materia de prestación de servicios y atención hospitalaria estatal y garantía de insumos y materiales médicos y quirúrgicos y medicamentos (especialmente en las enfermedades degenerativas como arterioesclerosis múltiple y VIH/SIDA). En el caso de catástrofes y epidemias, la Institución procura garantizar la recuperación inmediata y evitar la expansión del daño (por ejemplo, las actuaciones en relación con la tormenta *Stan*).

Por su parte, la Institución realiza la supervisión o control a la Administración pública, a través del seguimiento a las resoluciones del Procurador o de las denuncias públicas o institucionales de los ciudadanos, lo que genera acciones de correctivos institucionales o de comportamientos de los servidores públicos, con el fin de incidir en las políticas del Legislativo y del Ejecutivo para la transformación de los comportamientos institucionales del Estado. Paralelamente se realiza mediación en la negociación y resolución de conflictos casi de manera permanente para mejorar las políticas, la inversión, el gasto y los servicios de atención en salud; todo ello dentro del marco sistematizado del nuevo «Modelo de Atención Integral de los Derechos Humanos desde el Enfoque Victimológico».

9. HONDURAS

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 4. SALUD DE LA MUJER. 5. PROBLEMAS PARTICULARES: 5.1 Personas mayores. 5.2 Situaciones de discapacidad. 6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

A mediados de 1995 se constituye el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos (CONADEH) como institución nacional con rango constitucional, otorgado por el Soberano Congreso Nacional mediante Decreto 2-95, de fecha 7 de febrero de 1995¹. El CONADEH tiene carácter autónomo (art. 10, Ley Orgánica del CONADEH), con el mandato de garantizar la vigencia de los derechos y libertades reconocidas en la Constitución de la República y los tratados y convenios internacionales ratificados por Honduras. Para el cumplimiento de su amplio mandato, la Ley orgánica del CONADEH dispone que la persona titular del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos estará auxiliada por dos delegados(as) adjuntos(as) y que la institución podrá establecer oficinas y nombrar representantes en cualquier lugar del territorio nacional, en donde fuese necesario (arts. 13 y 3 respectivamente). La persona titular para el Comisionado Nacional de los Derechos Humanos es elegida por el Congreso Nacional para un período de seis años por mayoría de votos y podrá ser reelegido.

En este marco de constitucionalidad, el CONADEH ha desarrollado las líneas de acción que determinan la defensa de los derechos fundamentales y el fortalecimiento del Estado de Derecho, relativas a la tutela de casos, el monitoreo de la realidad nacional, la promoción y difusión de los Derechos Humanos, y el velar por el cumplimiento de los derechos y garantías establecidas en la Constitución de la República y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos².

Además de la protección de las personas en caso de enfermedad, vejez, invalidez y muerte, en la labor del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos se incluyen desde 1997 las personas con discapacidad, los y las niñas y adolescentes, las mujeres, las personas que viven con VIH/SIDA, y las consumidoras y los consu-

¹ Actualmente la Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, por Decreto 153-95 del Congreso Nacional de la República de Honduras, vigente desde su publicación en *La Gaceta* n° 28.811 del 21 de noviembre de 1995, es la que norma las actividades del CONADEH en la procuración de la mejor y más efectiva tutela de los Derechos Humanos de todos los habitantes de Honduras y de todos sus recursos: www.conadeh.hn.

² Ley Orgánica del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos, art. 10.

midores. Se incluye además, «la seguridad alimentaria de las clases desposeídas y de los niños desprotegidos, así como el respeto a la dignidad e imagen de la persona» (art. 9.8º, Ley Orgánica del CONADEH).

Para asegurar una respuesta y atención oportuna, el CONADEH ha conformado 14 delegaciones departamentales que tienen el mandato de velar por el cumplimiento de las garantías y derechos constitucionales, así como de constituirse en una instancia de carácter consultivo y con participación de instituciones estatales, gobiernos locales y la sociedad civil, para el análisis, monitoreo y elaboración de propuestas en el abordaje de temas prioritarios de la realidad nacional.

2. SISTEMA SANITARIO

El CONADEH ha emitido informes en donde se ponen de manifiesto las limitaciones en el sistema de salud. En el informe anual de 1997 señala que el derecho a la salud continúa siendo muy vulnerado, con «escaso y difícil acceso a los servicios de salud en el área rural, constante número de enfermedades prevenibles, falta de medicamentos y malas condiciones de infraestructura sanitaria»³. Por otro lado, la magnitud de la vulneración de la salud por graves deficiencias e insuficiencias del sistema público, casos de mala praxis, falta de condiciones para enfrentar emergencias como la acontecida en 1997 en el Hospital Mario Catarino Rivas de San Pedro Sula, donde murieron 14 pacientes que recibían atención delicada, incluyendo cinco niños, cuando un cortocircuito afectó seriamente algunos servicios de atención.

Investigaciones realizadas en 1997 por el CONADEH en los hospitales estatales, demostraron la necesidad de camas, mobiliario en general, ropa de cama, materiales e implementos quirúrgicos y equipo médico especializado. Aunado a ello, se conoció e informó sobre la precaria situación de atención en salud a la población empleada que brindaba el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

En el 2002, el CONADEH llevó a cabo una investigación sobre la asistencia a la salud en el sector público, para determinar la calidad y calidez de los servicios, el grado de satisfacción de los usuarios, así como para conocer la preparación académica y la experiencia técnica de los recursos humanos que laboraban en dichos establecimientos.

La investigación concluyó que los pacientes demandaban: mejor trato por parte de los recursos humanos asistenciales, especialmente profesionales (médicos y enfermeras) y de los recursos administrativos del sistema; mejor calidad humana de estos recursos; remodelaciones, ampliaciones y mejor mantenimiento de las infraestructuras físicas; mejorar la política del suministro oportuno y sostenible de medicamentos y equipos; y observancia estricta de los horarios de trabajo presencial y por turnos. Los usuarios también solicitaron una capacitación oportuna para el mejor ejercicio de sus derechos y obligaciones; participación social adecuada y sostenible en la prevención, tratamiento, curación, y rehabilitación; y un genuino interés por participar en la gestión administrativa y gerencial de los sistemas de salud, con voz y voto⁴.

³ CONADEH, «El Nuevo Nombre de la Justicia: Los Derechos Humanos», Informe anual de los Derechos Humanos, Honduras 1998, p. 98.

⁴ CONADEH, Informe anual 2002, cap. 2, «Situación de los Servicios de Salud».

El CONADEH concluyó que «la conducción ejecutivo-asistencial-administrativa de la Secretaría de Salud disponía de una amplia gama de leyes y reglamentos que debían observarse en el cumplimiento de la prestación de sus servicios; no obstante, la investigación reflejó una limitada o inexistente disposición política para implementarlas y garantizar su cumplimiento». Además, el CONADEH constató que existía una limitada e inadecuada participación de los niveles regionales y hospitalarios en la definición de las necesidades.

Con la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y la República Dominicana (DR-CAFTA, por sus siglas en inglés), y la manifiesta preocupación del CONADEH respecto a sus consecuencias en la salud y las condiciones de vida de la población hondureña, desde 2003 se ha iniciado el correspondiente análisis desde la perspectiva de los Derechos Humanos, con el fin de proteger y garantizar el derecho a la salud de la población hondureña.

El CONADEH reconoce que una barrera significativa en la implantación de estas estrategias la constituye el modelo de atención medicalizado y eminentemente curativo, con un escaso componente de prevención, producto a su vez del modelo de formación y educación permanente de los profesionales de la salud⁵.

Durante la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), se encontró que la garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva obtuvieron la peor calificación, identificándose que no se ha trabajado nada en el campo de evaluación del grado de satisfacción del público. Se reconoció, sin embargo, que existen algunas experiencias de apoyo a los niveles subnacionales y una incipiente definición de estándares para la evaluación del desempeño de la calidad. La promoción de la salud fue una de las FESP peor calificadas; a pesar de reconocerse el esfuerzo del país por promover conductas saludables, se identificó un bajo apoyo técnico a los niveles intermedios y locales, la debilidad en la construcción de alianzas y en la planificación y coordinación de estrategias de información y educación.

A pesar de existir una instancia a cargo de desarrollar la agenda de investigación nacional, ésta no lo hace por falta de apoyo político, técnico y financiero⁶. El país no tiene como política la inversión en investigación, siendo la principal fuente de financiamiento de este rubro la cooperación externa. Las otras instituciones creadas por el Estado para promover la investigación tampoco desempeñan esta función, quedando la investigación relegada al criterio de profesionales individuales e instituciones académicas. De igual forma, no existe en el país un sistema de evaluación de tecnologías en salud que colabore en la toma de decisiones y contribuya a mejorar la calidad de la atención.

El CONADEH, una vez analizada la situación de los servicios de salud, y con el propósito de garantizar el acceso a los servicios de los grupos de población más vulnerables, recomienda: «Hacer converger a la sociedad civil en una concertación nacional, para definir los objetivos de salud de Honduras para los próximos 50 años. Esta concertación debe tener como sustratos: los Productos del Programa Acceso; el análisis de registros e instrumentos informáticos en la salud nacional; la participación de la sociedad civil; el respeto a los derechos humanos; análisis, reforma y acatamiento del ordenamiento jurídico en salud. Como producto de esta concertación, todas las instituciones educativas, públicas y privadas, en todos los niveles,

⁵ CONADEH. *Resumen del Análisis de Situación y Tendencias en Salud*. Tegucigalpa, 2003.

⁶ CONSEJO HONDUREÑO DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA (COHCIT): www.binah.gob.hn.

deben dedicarse a la consecución de este gran objetivo nacional»⁷. Estas recomendaciones incluyen el fortalecimiento de aspectos tales como la participación de la sociedad civil en procesos de capacitación y organización, para asegurar el buen funcionamiento técnico, administrativo-gerencial y operativo de las unidades de servicios de salud a nivel nacional y en el conocimiento de los Derechos Humanos.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

Desde 2001, el CONADEH da seguimiento a los alcances de la Estrategia de la Reducción de la Pobreza (ERP), particularmente en lo relacionado al alcance de «mejores estadios de bienestar para la población» hondureña, en tanto esta estrategia se constituye en una política de Estado que intenta abordar los problemas que más agobian a la sociedad hondureña. En el informe anual de 2003, el CONADEH enfatiza el limitado avance en los indicadores de medición de la pobreza, particularmente en la medición de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), encontrando que la disposición de vivienda y un sistema adecuado y básico de eliminación de excretas no mostraron el menor progreso.

Los fondos de la Estrategia de Reducción de la Pobreza destinados para el sector social representan un 49% del total, de los cuales un alto porcentaje ha sido destinado a la reducción de la incidencia de VIH/SIDA, malaria y tuberculosis. Aunado a lo anterior, se han definido los lineamientos del Programa Unificado de la Merienda Escolar, los avances en los planes de reestructuración del Sistema de Salud Nacional en el sentido de ampliar la cobertura de los servicios de salud, el ofrecimiento de los paquetes básicos de salud comunitaria, la asignación de recursos financieros para la atención de emergencias en las comunidades y la construcción de nuevos complejos hospitalarios. Para asegurar el logro de estas metas, el CONADEH ha instruido a sus instancias regionales y departamentales a realizar labores de verificación *in situ*, mediaciones, pronunciamientos públicos, análisis situacional de la salud y gestiones al más alto nivel para asegurar servicios de salud con calidad y calidez a fin de garantizar el derecho a la salud y a la seguridad social de la población hondureña.

En relación con la contaminación ambiental, interviniendo en uno de los problemas más sentidos relacionado con el manejo y la explotación del bosque, el CONADEH, en el Informe anual 2003, realiza una denuncia pública en cuanto a que la «tasa de deforestación no permite que las personas que habitan en los alrededores y al interior de los bosques puedan acceder a los servicios básicos que estos ecosistemas les han brindado por generaciones, generando con ello la demanda de acceso a agua potable, salud, educación y seguridad en la tenencia de la tierra, entre otras»⁸.

En ese mismo Informe, el CONADEH eleva un llamamiento público sobre el derecho de acceso al agua de calidad, y reconoce que éste es uno de los principales problemas de la población hondureña. Investigaciones realizadas confirman la contaminación de aguas especialmente en las zonas mineras y se reconoce que el 90%

⁷ CONADEH, Informe anual 2002, cap. 2, p. 7.

⁸ CONADEH, Informe anual 2003, «Desarrollo y Equidad», cit., p. 16.

de las enfermedades diarreicas en estas zonas son producidas por aguas contaminadas. La aprobación de la Ley de Aguas constituye un instrumento jurídico que permite la protección de este recurso; sin embargo, el CONADEH denuncia que este instrumento no establece parámetros para definir la calidad del agua⁹ y que si bien se establece el control del recurso por parte de los gobiernos locales, varias organizaciones populares están convencidas de que este sería el primer paso para su privatización, dada la poca capacidad financiera y de gestión de la gran mayoría de las municipalidades del país.

Con relación a la explotación minera, el CONADEH denunció que en lugar de factor de desarrollo, esta actividad se ha convertido en una amenaza para el medio en Honduras, sobre todo porque los procesos de explotación, en especial el de «cielo abierto», destruyen toda forma de vida en el área de extracción¹⁰, además de la utilización de químicos peligrosos, «por lo que las aguas y suelos pueden recibir un fuerte impacto ambiental, así como la salud de las poblaciones humanas y animales vecinas». El CONADEH establece que la problemática ambiental estriba en la débil institucionalidad existente, a pesar de que el avance en esta área durante los últimos años es reconocido por diferentes organismos nacionales e internacionales¹¹. Con respecto al derecho a un medio adecuado, el CONADEH solicitó al Congreso Nacional que durante la legislatura 2002-2006 sea aprobada una nueva Ley de Minería, con base en el proyecto presentado por la alianza cívica liderada por la Iglesia católica.

En el año 2002, el CONADEH realizó una investigación que incluyó un diagnóstico sobre la situación de las mujeres trabajadoras en la industria maquiladora, encontrando situaciones de violación de los Derechos Humanos, tales como: maltrato físico y psicológico; negación de permisos para asistir a consultas médicas o recibir tratamiento; despidos verbales por estar en estado de embarazo o padecer una enfermedad, y hostigamiento sexual. El informe concluye que entre los derechos más violentados a las mujeres trabajadoras se encuentra el derecho a la salud¹².

Con relación a la situación de los buzos Misquitos¹³, el CONADEH atendió denuncias durante el año 2002 sobre su situación, e incluyó en su Informe anual un capítulo donde pone de manifiesto que desde hace más de dos décadas los jóvenes misquitos continúan exponiéndose a accidentes por la descompresión, causa de parálisis permanente u otras lesiones neurológicas y corporales, por la falta de aplicación de avances tecnológicos y de una instrucción adecuada en materia de equipamiento para el buceo y de la correspondiente legislación en materia laboral. A lo anterior se suma la realidad de explotación y maltrato por parte de patronos, capitanes y hasta de los intermediarios de la misma etnia, evidenciándose negligencia de las autoridades gubernamentales en cuanto a la regulación y control de esta actividad. El buceo comercial que se practica en esta región del territorio nacional es una ocupación de alto riesgo, agravado por el alcoholismo y la drogadicción¹⁴.

⁹ Mejía, Fausto. *Situación del estado de los recursos naturales y medio ambiente*. Tegucigalpa, CONADEH 2004 (borrador para discusión).

¹⁰ CONADEH, Informe anual 2003, Tegucigalpa, 2004, p. 19.

¹¹ SECRETARÍA DE RECURSOS NATURALES Y AMBIENTE (SERNA), *Estrategia Nacional de Biodiversidad de Honduras*, Tegucigalpa, 2001.

¹² CONADEH, Informe anual 2002, cap. 2, p. 16.

¹³ CONADEH, Informe anual 2002, «Situación de los buzos misquitos», cap. 2, p. 13.

¹⁴ *Ídem*.

El CONADEH realizó un diagnóstico rápido que reveló que de unos 500 buzos lisiados encuestados, un 39,5% (180) habían recibido atención médica; un 14,3% (65) recibieron indemnización; y un 73,0% (341) recibieron capacitación en técnicas de buceo seguro. La investigación realizada por el CONADEH concluye que es un hecho que la problemática del buzo accidentado es compleja, ya que hay varias raíces del problema: educativas, sociales, económicas, culturales y hasta políticas. En vista de lo anterior, el CONADEH recomienda a la Secretaría de Salud Pública, la Secretaría del Trabajo y Seguridad Social, y al Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) la construcción e instalación de un centro único de rehabilitación integral para los buzos, ubicado en Puerto Lempira, que ofrezca los siguientes servicios: a) personal médico y técnico debidamente capacitado en el tema; b) cámaras hiperbáricas fijas; c) rehabilitación física con equipos de fisioterapia; d) albergue temporal para los buzos accidentados y acompañantes que les asisten; y e) rehabilitación laboral y ocupacional.

4. SALUD DE LA MUJER

La respuesta del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos con relación al derecho de salud de las mujeres, incluye como ejes temáticos, entre otros, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; para garantizar una respuesta integral a la situación de la mujer, en el mes de octubre de 2002 el CONADEH creó el «Programa Especial de Derechos de la Mujer» que tiene como misión implementar las medidas preventivas de violación a los Derechos Humanos de la mujer.

Como parte de esta iniciativa, se realizó una investigación cuyas recomendaciones fueron: a) desarrollar políticas de salud desde una perspectiva de género, implementando programas que atiendan las necesidades de salud preventiva, sexual y reproductiva de las mujeres; b) mejorar el sistema de salud y ampliar la cobertura y acceso a los servicios y medicamentos; y c) implementar campañas de prevención de infecciones de transmisión sexual, especialmente para mujeres y adolescentes¹⁵.

La investigación incluyó a mujeres privadas de libertad, encontrando que entre los problemas más frecuentes estaban: «las malas condiciones de salud que se agravan por el poco o ningún acceso a los servicios médicos públicos y a medicamentos». Las mujeres campesinas registraron un alto deterioro de la salud, determinado por la multiparidad, la desnutrición y la carencia de servicios de salud personal y ambiental, así como la vivienda inadecuada, el hacinamiento y la escasez de recursos naturales como agua de calidad.

Respecto a las mujeres que pertenecen a los diferentes pueblos indígenas y étnicos, la investigación realizada por el CONADEH estableció que éstas sufren mayores casos de violencia doméstica, abusos (como incesto), drogadicción y estaban, además, expuestas a altos niveles de riesgo ante infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y malaria.

¹⁵ *Ídem.*

5. PROBLEMAS PARTICULARES

5.1 Respecto al derecho a la salud de las personas mayores, el CONADEH realizó durante el 2001 una investigación, encontrando que a la población de adultos mayores no se les garantiza el acceso a un servicio integral de salud a pesar de que en la actualidad el 70,8% se encuentra en situación de pobreza¹⁶.

5.2 En septiembre de 2001, el CONADEH presentó un informe especial titulado «Los Derechos de las Personas en Condición de Discapacidad no pueden hacerse esperar». Dicho informe describió la situación en que viven las personas con discapacidad y revisó el marco jurídico, a fin de que en el mismo se emitieran una serie de recomendaciones a corto y mediano plazo. Posteriormente se realizaron una serie de reuniones con las organizaciones y asociaciones de y para personas con discapacidad, en las cuales se asumió llevar a la práctica los compromisos contraídos.

A continuación se elaboró un «Diagnóstico proyectivo y la formulación de una línea prioritaria para la definición de políticas, así como una planificación estratégica orientada a la dignificación de las condiciones de vida de las personas con discapacidad». Con el apoyo del CONADEH y de diferentes organismos internacionales (especialmente HANDICAP), el Instituto Nacional de Estadística (INE) preparó un módulo sobre la discapacidad con 29 preguntas que fueron incorporadas en la XXVI Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples, realizada en septiembre de 2002. Las respuestas nos permitieron establecer una prevalencia nacional del 2,6% de discapacidad.

Según el CONADEH, las grandes limitantes para la defensa y protección de los derechos de las personas con discapacidad son: el desconocimiento del marco legal protector de los derechos de las personas con discapacidad; la ausencia de una tradición en el ejercicio real de ciudadanía; la desconfianza existente sobre las instancias responsables de vigilar por la aplicación de las leyes; los modelos asistencialistas aún vigentes en el trato a las personas con discapacidad, y la discriminación abierta o velada que aún acompaña las percepciones que sobre esta población recae, agudizando la baja autoestima y la exclusión social¹⁷.

6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

El proceso de fiscalización permanente que desde su creación ejerce el CONADEH sobre la vigencia del derecho a la salud, se integra en la implementación del Plan Estratégico de Lucha contra el VIH/SIDA (PENSIDA II 2003-2007).

Esto ha provocado que el Comisionado se pronuncie, con especial énfasis en las condiciones de salud en las empresas maquiladoras, por el cumplimiento estricto de las obligaciones constitucionales y legales del Estado hondureño en relación a la salud sexual y reproductiva de los y las trabajadoras, no solamente en cuanto a las diferentes medidas que deben implementarse para garantizar su goce pleno, sino respecto al hecho mismo de reconocer su calidad de derecho humano fundamental.

¹⁶ CONADEH, Informe anual 2002, cap. 2, p. 2.

¹⁷ CONADEH. Informe Anual 2002, Capítulo 2, *Discapacidad...*, p. 6.

10. MÉXICO

1. QUEJAS Y RECOMENDACIONES. 2. CURSOS, TALLERES Y CONFERENCIAS.
3. FIRMA DE CONVENIOS.

1. QUEJAS Y RECOMENDACIONES

Tan sólo en el año 2005 se recibieron 100 quejas por asuntos relacionados con presuntas violaciones a los Derechos Humanos de las personas VIH positivas, que equivalen al 14% del total de quejas que ha recibido la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) desde 1992, año de la presentación de la primera queja relacionada con el VIH.

Se han emitido cuatro recomendaciones particulares (*ver* cuadro anexo) y una Recomendación General (08/2004), dirigida a los gobernadores de las entidades federativas, al Jefe de Gobierno del Distrito Federal y al Secretario de Educación Pública Federal, sobre la discriminación a menores que padecen VIH o SIDA y otras violaciones a sus Derechos Humanos. Éstas consistieron en violaciones al derecho a la educación; revelación indebida de la condición de seropositivo o enfermo de SIDA, y violaciones a los derechos a la igualdad, a la educación, a la legalidad, al trato digno, a la protección que la condición de menor requiere y a la confidencialidad y privacidad de niños y niñas que viven con VIH o SIDA. Todas ellas ocurrieron en diversos planteles públicos de educación básica de la República Mexicana.

**Anexo: Recomendaciones en materia de VIH/SIDA emitidas por la CNDH
(2004-2005)**

27/08/2004	49/2004	Toda la República Mexicana	Secretaría de Marina	Almirante Secretario C.G.D.E.M. Marco Antonio Peyrot González, Secretario de Marina	<p>— Sometimiento a prueba de VIH sin consentimiento informado.</p> <p>— Violaciones a los derechos a la protección de la salud.</p> <p>— Violaciones a los derechos a la protección de la salud, a la legalidad y a la privacidad, contemplados en los artículos 4º, tercer párrafo, y 16, primer párrafo, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.</p>	<p>— Que se proporcione al agraviado y a su familia la atención médica y medicamentos que por su padecimiento requieran.</p> <p>— Que se dé vista al inspector y contralor general de Marina para que se inicie procedimiento administrativo de investigación en contra de los doctores RSGT y EAN, médicos adscritos al Centro Médico Naval y responsables de las violaciones a los derechos fundamentales del agraviado.</p> <p>— Que se dejen sin efectos todas las acciones que le causen perjuicio al agraviado, como consecuencia del resultado de la prueba de detección de VIH que se le practicó ilegalmente.</p> <p>— Que se tomen las medidas necesarias para que en los servicios médicos de la Secretaría de Marina se abstengan de practicar las pruebas de detección de VIH al personal adscrito a esa Secretaría, sin obtener previamente su consentimiento informado, e informe a esta Comisión Nacional de las acciones que se realicen para implementar el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993.</p> <p>— Que se instruya a quien corresponda para que se den cursos de capacitación sobre el contenido de las leyes y normas mexicanas en materia de salud, en especial de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993, y de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, al personal médico adscrito a la Secretaría de Marina, para evitar en lo futuro transgresiones como la del presente caso.</p>
------------	---------	----------------------------	----------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

31/08/2004	51/2004	Nuevo León	Unidad de Medicina Familiar n.º 15 y Hospital General de Zona n.º 33 del IMSS	Director General del IMSS	<p>— Violación al derecho a la protección a la salud y a la vida.</p> <p>— Negativa o inadecuada prestación del servicio público de salud.</p>	<p>— Se sirva instruir a quien corresponda para que se dé vista al Órgano Interno de Control de la Secretaría de la Función Pública en el Instituto Mexicano del Seguro Social, con objeto de que se inicie y determine, conforme a Derecho, un procedimiento administrativo de investigación en contra de los doctores Alfonso Balderras y Mario Hernández Cruz, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar n.º 15 y al Hospital General de Zona n.º 33 del IMSS, en Monterrey, Nuevo León, respectivamente, que participaron en los hechos, por su posible responsabilidad administrativa, en atención a las consideraciones expuestas en el capítulo de observaciones del presente documento.</p> <p>— Se implementen los mecanismos necesarios tendientes a instruir y capacitar al personal médico de la Unidad de Medicina Familiar n.º 15 y del Hospital General de Zona n.º 33 del IMSS, en Monterrey, Nuevo León, respecto de la atención médica y tratamiento que se debe brindar a personas que pudieran estar infectadas por el VIH/SIDA, o que ya padezcan del mismo, basándose en las disposiciones legales que sobre la materia existen, a fin de evitar que en lo sucesivo se actualicen acciones y omisiones como las que dieron origen a la presente.</p>
------------	---------	------------	-------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

17/09/2004	08/2004	Toda la República Mexicana	Planteles públicos de educación básica	Gobernadores de las entidades federativas, Jefe de Gobierno del Distrito Federal y Secretario de Educación Pública Federal	<p>— Discriminación a menores que padecen VIH o SIDA.</p> <p>— Violaciones al derecho a la educación.</p> <p>— Revelación indebida de la condición de seropositivo o enfermo de SIDA.</p> <p>— Violaciones a los derechos a la igualdad, a la educación, a la legalidad, al trato digno, a la protección que la condición de menor requiere y a la confidencialidad y privacidad.</p>	<p>— Que se giren sus instrucciones para que las autoridades educativas se abstengan de expulsar, de separar de sus estudios o impedir la inscripción a los alumnos que viven con VIH o que padecen SIDA, y establezcan los mecanismos para garantizarles el derecho a la educación.</p> <p>— Que se giren sus instrucciones para que las autoridades educativas guarden la confidencialidad respecto de la condición de salud de los menores portadores del VIH o que padecen SIDA, y les brinden los apoyos necesarios para que puedan continuar con sus estudios y participar en las actividades escolares en condiciones de igualdad.</p> <p>— Que se implementen de manera urgente y en coordinación con las autoridades de salud, programas de capacitación e información sobre VIH/SIDA para los servidores públicos que conforman el sistema educativo, cuyo objetivo sea combatir la ignorancia y desinformación en torno a la enfermedad, para evitar prácticas discriminatorias y violatorias a los derechos humanos de los menores.</p> <p>— Que se realicen campañas pedagógicas de información dirigidas a niñas, niños y adolescentes, con el objeto de difundir el respeto a los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, así como informar a los adolescentes, padres de familia y profesores sobre las formas de prevención del virus, los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, así como informar a los adolescentes, padres de familia y profesores sobre las formas de prevención del virus.</p>
------------	---------	----------------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

08/11/2004	74/2004	Chiapas	Dirección General de Servicios Educativos para Chiapas	Gobernador Constitucional del Estado de Chiapas	<p>— Violación de los derechos a la igualdad y trato digno.</p> <p>— Violaciones del derecho a la educación de una menor VIH positiva.</p>	<p>— Se giren instrucciones a efecto de que el director general de Servicios Educativos para Chiapas implemente acciones necesarias y suficientes para el cumplimiento total de la Recomendación CEDH701372004, emitida el 14 de junio de 2004 por la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas, e informe a este organismo local y a esta Comisión Nacional de las acciones realizadas.</p> <p>— Se ordene la distribución de una copia de la Recomendación General 8/2004 sobre los casos de discriminación en las escuelas a menores portadores de VIH o que padecen SIDA, emitida por esta Comisión Nacional, a todas las escuelas del sistema educativo del Estado, con la finalidad de que sea difundida entre el personal docente y directivo.</p> <p>— Gire sus instrucciones para que, en el caso particular de la escuela primaria federal «Lic. Emilio Rabasa Estebanel», se imparta un taller informativo sobre VIH, sus formas de contagio y prevención de la discriminación respecto de las personas que viven con VIH, dirigido al personal directivo y docente.</p>
------------	---------	---------	--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

05/10/2005	25/2005	Distrito Federal	Hospital General de Zona n.º 27 del IMSS	Director General del IMSS	— Violaciones al derecho a la confidencialidad y a la protección de la honra y la dignidad de los pacientes.	<p>PRIMERA. Gire sus instrucciones a la Dirección médica para que de manera permanente se impartan cursos de capacitación al personal de ese Instituto sobre los lineamientos legales que garantizan la confidencialidad de los datos de las personas que se atienden por VIH/SIDA, a efecto de evitar transgresiones como las que dieron origen a la presente Recomendación.</p> <p>SEGUNDA. Se informe a esta Comisión Nacional sobre las acciones que se realicen para implementar en ese Instituto el cumplimiento de la Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.</p> <p>TERCERA. Se dé vista al Órgano Interno de Control en el IMSS sobre las observaciones formuladas en el presente documento, a efecto de que sean consideradas en la integración y determinación del expediente que se inició, con motivo de la vista que ese Instituto dio a dicho Órgano de los presentes hechos.</p> <p>CUARTA. Se tomen las medidas correspondientes para que la atención médica a las personas que acuden a solicitar los servicios de salud en la Delegación Norte del Distrito Federal se preste de manera integral y que garantice el acceso a los servicios médicos de salud oportunos y de calidad idónea.</p>
------------	---------	------------------	------------------------------------------	---------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2. CURSOS, TALLERES Y CONFERENCIAS

Se impartieron 37 cursos-taller sobre los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en México. Los cursos versaron sobre aquellos tópicos en donde se ven vulneradas sus garantías. Asimismo se impartieron cursos de orientación en el ámbito de la salud y de la sexualidad.

Los cursos, talleres y conferencias se impartieron en diferentes Estados de la República Mexicana y en algunos casos en el extranjero, como en El Salvador. Las instalaciones en donde se desarrollaron estos eventos fueron en universidades públicas y privadas, instituciones gubernamentales del sector salud, organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles, en diversos foros y jornadas de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, entre otras instituciones.

La población estimada que se abarcó fue de aproximadamente 7.000 personas, entre las que destacan profesionales de la salud, activistas defensores de Derechos Humanos, funcionarios públicos, académicos, estudiantes y empresarios.

Paralelamente se impartieron 75 talleres, conferencias y cursos de capacitación en materia de VIH/SIDA y Derechos Humanos en 29 entidades federativas. Estas actividades capacitaron a 4.243 personas: personas que viven con VIH o SIDA; funcionarios públicos del orden federal, estatal y municipal; profesionales de los servicios de salud (médicos, enfermeras y personal de las instituciones de la salud); estudiantes de educación media, media superior y superior; personal docente de educación básica, así como de nivel medio, medio superior y superior; activistas y promotores de los Derechos Humanos, y madres y padres de familia.

3. FIRMA DE CONVENIOS

El 18 de octubre de 2005, el Dr. José Luis Soberanes, presidente de la CNDH, y Luis Fernando Martínez Cabrera, director de *Population Services International PSI AC*, firmaron el Convenio general de colaboración para emprender acciones de promoción de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o SIDA. Este Convenio fue impulsado por el Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos de la Primera Visitaduría. Como primera acción de cumplimiento de este Convenio se inició la distribución de 4.000 cartillas (que se entregaron a PSI y se reportaron con anterioridad) a personas que viven con VIH/SIDA en prisión.

El 3 de noviembre, el Dr. Soberanes, el Dr. Jorge Saavedra, director general del CENSIDA, y José Méndez, presidente de FRENPAVIH, A.C., firmaron el Convenio general de colaboración para emprender la «Campaña nacional para erradicar el estigma y la discriminación en los servicios de salud», la cual consiste en elaborar e implementar programas educativos destinados a difundir los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH o SIDA entre los profesionales de los servicios de salud, y personas que viven con VIH o SIDA en todas las entidades federativas. Este Convenio fue impulsado por el Programa de VIH/SIDA y Derechos Humanos de la Primera Visitaduría.

11. NICARAGUA

1. ATENCIÓN DE CASOS. 2. FISCALIZACIÓN. 3. PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE INCIDENCIA.

1. ATENCIÓN DE CASOS

Entre los Derechos Humanos tutelados por la Institución, sobresale la promoción, defensa y protección del derecho a la salud de los nicaragüenses, ante el incremento de ciudadanos denunciantes contra todo acto u omisión que constituyan violación de los Derechos Humanos referidos a la salud por parte de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

Desde su creación, la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos (PDDH) tramitó un total de 170 denuncias vinculadas a la tutela de los derechos fundamentales referidos a la vida, la salud y el medio ambiente. En su gran mayoría estuvieron relacionados con la mala práctica médica, la poca atención brindada a los usuarios de los servicios médicos, así como la no aplicación de medidas adecuadas para garantizar el goce pleno de la salud.

Los derechos que más afectaciones sufrieron fueron el acceso a los servicios de salud y el derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, público o privado, atención médica quirúrgica de emergencia, quedando establecido que las negligencias del personal médico, de enfermería y personal administrativo del Sistema Nacional de Salud, en sus distintas manifestaciones (negativa a brindar la atención médica, atención deficiente, falta de medicamentos y equipos médicos en mal estado), constituyeron los hechos violatorios más comunes.

Otra manifestación de violación de los Derechos Humanos referente a la salud, se corresponde con la negación del derecho a la información, que todo paciente y/o familiar ostenta, reportándose sobre todo en los casos de negligencias médicas. Esta negativa de información, necesaria para la toma de decisiones y acciones relacionadas con la salud personal, conllevó a la recepción de cinco denuncias de mujeres a quienes se les aplicaron medidas de anticoncepción sin su consentimiento.

Merecen especial mención los casos relacionados con el derecho a la seguridad social, puesto que representan una cantidad significativa de denuncias vinculadas con el derecho a la salud. En este sentido se registraron constantes hechos violatorios como la falta de cobertura por parte del sistema de seguridad social, ya fuese por la escasez de medicamentos o inaplicabilidad de determinados procedimientos quirúrgicos, denegación de las pensiones por invalidez o incapacidad, así como falta de atención médica oportuna y acorde a la gravedad de la patología presentada.

Cabe destacar que un gran número de víctimas de violaciones del derecho a la salud son personas en condiciones de privación de libertad, en los distintos centros penitenciarios del país y en las celdas preventivas de las delegaciones policiales. En este contexto encontramos que las mayores dificultades son la falta de clínicas, equipos y profesionales necesarios que brinden atención médica primaria a los privados de libertad que sufren daños en su salud, y que, en su mayoría, sólo son trasladados a los centros asistenciales ante situaciones de inminente riesgo para su vida. A esto se suman las condiciones infrahumanas de hacinamiento y las condiciones higiénicas sanitarias deplorables en que se encuentran los privados de libertad.

No menos atención merecen los casos vinculados al medio ambiente, dentro de los cuales se destaca la contaminación ambiental (por efectos sonoros, líquidos, sólidos y gaseosos) por empresas públicas y privadas. Los casos más frecuentes involucran a ingenios azucareros, fábricas de cuero, productos de limpieza, empresas elaboradoras de queso, empresas dedicadas a la explotación de recursos mineros (cal, oro, cobre, añil, sal, carbón). Por otro lado, particular relevancia adquieren situaciones de contaminación por basura y la mala distribución del sistema de aguas residuales en todo el país. Los casos más comunes se registran debido a que los pobladores o las empresas convierten en basureros los predios baldíos, cauces, lagos, lagunas, ríos y zonas costeras, entre otros.

Finalmente se registraron cinco casos cuyas víctimas eran portadoras del VIH/SIDA: tres de estos casos fueron objeto de discriminación laboral; otro fue objeto de violación a su derecho fundamental, referido a la confidencialidad de la información y a la práctica de examen serológico sin el debido consentimiento; y el último caso reportó la obstrucción de la entrega de medicamentos antirretrovirales a consecuencia de la huelga médica.

2. FISCALIZACIÓN

En materia de acciones de fiscalización en el período 2005-2006 se efectuaron una serie de fiscalizaciones ordinarias en Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte, a través de las cuales se visitaron las instituciones de la Administración pública, entre las que se destacaron las visitas a dos instituciones de salud, tanto del nivel primario como secundario. Asimismo, con el apoyo de los reinos de Noruega, Suecia y Dinamarca, el área de fiscalización desarrolló un proceso de visitas sorpresivas a instituciones públicas encargadas de garantizar el derecho a la salud, con el objetivo de fiscalizar el respeto y garantía de los mismos por parte de sus funcionarios, evaluando la calidad de atención brindada a la población y la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios prestados.

En ese sentido se determinó una metodología de entrevistas a funcionarios y usuarios, así como revisión documental y observación de los centros hospitalarios en las cabeceras departamentales de León, Ocotal, Jinotega, Granada, Rivas, Matagalpa y Boaco. Es pertinente destacar que los centros hospitalarios fiscalizados a la fecha enfrentaban serias limitaciones por la insuficiencia de recursos humanos y materiales para satisfacer la creciente demanda de la población respecto a los servicios de salud. De igual manera se constató que la gratuidad de la salud, en términos generales, se vulneró con prácticas como rebajas para exámenes o medicamen-

tos especiales, que más que estar en función de asegurar la gratuidad, estaban orientadas a atenuar los cobros por servicios brindados.

Sobre la base de los resultados de este proceso de fiscalización, se recomendó al Estado de Nicaragua mayor asignación presupuestaria al sector salud para garantizar el acceso, la calidad y la gratuidad de los servicios de salud y gestionar fondos para el desarrollo de acciones de promoción y difusión de los derechos de los usuarios, principalmente del derecho a denunciar las actuaciones violatorias del personal de la salud.

Por otra parte, en este período se produjo una profunda crisis en el Sector Salud, aun no resuelta, producto de la demanda salarial que llevan a cabo los médicos que laboran en las unidades de salud del sector público y de la huelga que por tal razón sostienen los mismos desde noviembre de 2005. En virtud de la naturaleza de los servicios que se prestan en las unidades de salud, el ejercicio del derecho de huelga en este sector conlleva en este caso una afectación del Derecho Humano de la población nicaragüense a recibir asistencia médica, sobre todo si se agrava la crisis y se produce una suspensión total de dichos servicios, con imprevisibles consecuencias para los sectores vulnerables. Tal es el caso de mujeres, niñas y niños, y personas de la Tercera Edad. La PDDH realizó una serie de visitas a hospitales del país para fiscalizar el respeto al derecho a la salud en el contexto de la huelga. Asimismo, el Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos emitió un pronunciamiento con relación a la crisis, reconociendo que la demanda salarial de los médicos es esencialmente justa, ya que las condiciones salariales de los médicos en Nicaragua son las más deplorables del área centroamericana, lo cual provoca que los médicos tengan condiciones de vida que no son acordes con su nivel profesional y con su dignidad humana; pero también llamando a ejercer el derecho a la huelga garantizando el funcionamiento mínimo de la red de salud pública y priorizando la atención de la ruta crítica; instando, asimismo, al Estado de Nicaragua, a la comunidad cooperante y agencias del Sistema de Naciones Unidas a buscar y propiciar una solución para salvaguardar el Derecho Humano a la salud de los nicaragüenses.

3. PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN EN ESPACIOS DE INCIDENCIA

En cuanto a las labores de promoción, capacitación y educación de los Derechos Humanos, en especial aquellos vinculados al derecho a la salud de las y los nicaragüenses, la PDDH llevó a cabo en el año 2000 un taller de capacitación sobre Derechos de la Niñez y la Adolescencia, en coordinación con el Hospital Materno Infantil «Fernando Vélez Paiz», con la participación de 100 profesionales de las ciencias médicas.

Referente a las publicaciones, elaboró una memoria de foros sobre lactancia materna y Derechos Humanos, evento que fue coordinado con la Alianza Pro Lactancia Materna y donde participaron la Procuraduría Especial de la Niñez y la Adolescencia, y la Procuraduría Especial de la Mujer.

En el 2001 se presentó el documento «Derechos Sexuales y Reproductivos», en las ciudades de Managua, Ocotal y Bluefields. Asimismo, se presentaron los resultados de la investigación «Nivel de Acceso y la Calidad de atención de los servicios de salud que presta el MINSA a la Población Nicaragüense», la cual permitió co-

nocer la calidad percibida por los beneficiarios, prestadores del servicio y personas conocedoras de la materia.

La PD, en coordinación con el Ministerio de Salud, ejecutó actividades de capacitación sobre Derechos Humanos de las personas con discapacidad mental, marco legal y protección de los mismos, a 150 trabajadoras y trabajadores del Hospital Psiquiátrico «José Dolores Fletes Valle».

Por otra parte, nuestro componente de promoción elaboró en el 2002 un Módulo Educativo Introductorio sobre derechos sexuales y reproductivos, en coordinación con el Ministerio de Educación.

En 2002 se ejecutó el estudio denominado «La Salud: Derecho Humano de las y los Nicaragüenses». Dicha investigación propositiva permitió comprobar que la población enfrenta una serie de dificultades para acceder a los servicios de salud estatales, tales como incapacidad para asumir el pago de cuotas por servicios, deficiente calidad de atención, espacios físicos insuficientes en hospitales y centros de atención primaria, falta de medidas higiénico-sanitarias en las unidades de salud y escasa disponibilidad de medicamentos. Esta investigación recomendó al Estado de Nicaragua, delimitar de forma clara la responsabilidad del Ministerio de Salud en la atención y prestación de servicios médicos a las y los nicaragüenses; otorgar mayor asignación presupuestaria al área de salud e implementar medidas de control de su ejecución; así como, el cumplimiento de las normas constitucionales referentes a la gratuidad de la salud.

En el 2003, la PDDH participó en un curso modular sobre VIH/SIDA, Derechos Humanos y Desarrollo, financiado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) e impartido por la Fundación Nimehuatzin; capacitó a promotores voluntarios en Derechos Humanos y en el estudio de la Constitución Política. La Procuraduría Especial de la Mujer organizó una conferencia sobre mortalidad materna en celebración del Día Mundial de Acción por la Salud de la Mujer. También promovió la calidad del derecho a la salud por medio de mantas y otros medios publicitarios en las principales calles, avenidas y rotondas de la capital, a fin de divulgar los derechos violentados más sentidos de la población.

Cabe mencionar que en el 2005 se efectuaron talleres sobre la Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el SIDA. También, se coordinó con el Ministerio de Educación, Cultura y Deportes para que instituciones como la Red de Promotoría Voluntaria y Acción Médica Cristiana impartieran charlas sobre salud sexual y reproductiva en cinco centros escolares. A solicitud de la PDDH, la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONSIDA) aprobó la incorporación de la Institución en dicha comisión como ente fiscalizador y coadyuvante en la promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas que conviven con VIH/SIDA.

Entre otros logros se debe reconocer la incorporación de la PDDH en otros espacios de toma de decisiones que tutelan los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA: la Alianza Estratégica frente al VIH/SIDA y la Red Legal de Derechos Humanos y VIH/SIDA.

La PDDH participó en la elaboración de la metodología para la multiplicación del Taller sobre VIH/SIDA, así como aportes en el proceso, aun inconcluso, de elaboración de la Política Nacional sobre VIH/SIDA en el espacio de la Alianza Estratégica y la Red Legal.

Asimismo, participó en eventos nacionales referidos a temas de salud, tales como el lanzamiento efectuado por el Centro para la Educación y Prevención del SIDA

(CEPRESI) de la campaña «Democracia es Igualdad para Vivir, Diversidad para Convivir», que presentó los resultados del análisis situacional sobre la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA de los homosexuales y de la situación de sus Derechos Humanos; y en el II Encuentro Nacional de Validación de la Agenda de Salud Integral de las Mujeres, facilitado por el Movimiento Autónomo de Mujeres de Nicaragua y Sí Mujer. En este último se realizaron aportes al documento, orientados a mejorar la atención de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres.

Se presentó un documento sobre el respeto, la promoción la y protección de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, en un encuentro sostenido con organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema y promovido por la Alianza Estratégica.

A nivel internacional, la Procuraduría participó en el Congreso Centroamericano de Lucha contra el SIDA (CONCASIDA), celebrado en San Salvador en noviembre de 2005.

12. PANAMÁ

1. INTRODUCCIÓN. 2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 3. GARANTÍAS. 4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 4.1 Mujer. 4.2 Niñez y adolescencia. 5. PROBLEMAS PARTICULARES. 5.1 Situaciones de discapacidad. 5.2 Salud mental. 6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 7, de 5 de febrero de 1997, por la cual se crea la Defensoría del Pueblo, señala entre sus atribuciones la de «investigar los actos u omisiones de las autoridades y de los servidores públicos que impliquen violaciones a los derechos establecidos en el Título III de la Constitución Política de la República, los demás derechos constitucionales, así como los previstos en tratados, convenios y declaraciones internacionales, suscritos y ratificados por el Estado panameño». De igual forma señala que es obligación de la Defensoría velar por las quejas y situaciones que afecten los Derechos Humanos y promover, ante la autoridad respectiva, que se subsanen las condiciones que impidan a las personas el pleno ejercicio de sus derechos.

Para la Defensoría del Pueblo, preocupa especialmente en el tema de la salud que la disparidad del acceso de la población a los servicios de salud siga siendo significativa, especialmente entre el área rural y el área urbana, sobre todo cuando nuestra Carta Magna señala en su artículo 109 lo siguiente: «Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental, social».

2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

Entre las actuaciones de la Defensoría en materia de prevención y salud pública, destacan las siguientes:

a) El Informe elaborado sobre la creciente problemática de los residuos sólidos en la República de Panamá tuvo como objetivo proporcionar elementos analíticos para facilitar la toma de decisiones gubernamentales relacionadas con su manejo. El análisis posibilita el conocimiento de la realidad en cuanto al manejo y disposición final de los residuos, y da a conocer las recomendaciones de esta Defensoría en torno a la situación.

El inadecuado manejo y disposición final de los residuos sólidos, que en su mayoría son depositados dentro de áreas protegidas, manglares, playas y pantanos, entre otros, conlleva la generación de graves problemas ambientales tales como disminución de la calidad del agua debido a la contaminación de ríos y quebradas; contaminación del aire producto de la quema de desechos, y contaminación del suelo; por ende, se pone en riesgo la salud de la población, que se refleja a veces de una manera crónica y cuyos síntomas no observamos hasta que se ha producido un daño en muchas ocasiones irreversible. Es de grave preocupación la inadecuada gestión de los residuos sólidos, que se lleva a cabo en nuestro país desde hace ya varios años y durante los cuales las autoridades responsables no han ofrecido una solución duradera y satisfactoria, alegando la falta de equipos tales como camiones recolectores, así como de personal.

La Defensoría del Pueblo considera que entre algunas causas de la inadecuada gestión de los residuos sólidos están las siguientes: falta de una política nacional ambiental sobre el manejo de los residuos sólidos domésticos; escasez de presupuesto en la mayoría de los municipios del país, que permita llevar una gestión integral de los residuos sólidos, lo que implica falta de personal técnico en materia de desechos; equipos adecuados para el manejo y transporte de los residuos y lugares que cumplan con los requisitos mínimos para disponer de los residuos sólidos; previsión por parte del Estado de mantener reservas de terrenos para el futuro, que le permitan la construcción de rellenos; falta de transparencia en el debido proceso de asignación de concesiones para el manejo de los residuos, donde no se establecen claramente las responsabilidades de ambas partes; irregularidades en los pagos por los servicios de manejo, recolección y transporte por parte de la comunidad; falta de conocimiento y conciencia de la población sobre los problemas que se generan tras el inadecuado manejo de los desechos; falta de aplicación de las leyes (existen disposiciones que prohíben arrojar basura en las calles, aceras, playas, quebradas y otros); falta de una política de clasificación de residuos en los hogares, de manera que disminuya el volumen de residuos transportados y tratados por el Estado. No existe una institución, ente u oficina adscrita a un Ministerio o institución que pueda velar por el buen funcionamiento de los municipios en materia de residuos sólidos.

En virtud de lo anterior, la Defensoría del Pueblo considera que para determinar la construcción de un relleno sanitario en el área de la Cuenca del Canal, hay que tener en cuenta lo siguiente: las áreas que se destinen para un relleno sanitario deberán ubicarse a una distancia que garantice que las zonas de recarga de acuíferos o de fuentes de abastecimiento de agua potable estén libres de contaminación y que la profundidad del nivel de las aguas subterráneas garantice la conservación de los acuíferos existentes en la zona; un relleno sanitario debe estar ubicado a una distancia que no perjudique las zonas de inundación, pantanos, marismas, cuerpos de agua y zonas de drenaje natural; igualmente, el relleno sanitario no debe estar situado a una distancia menor de 500 metros de los núcleos poblacionales y con un fácil acceso por carretera o camino transitable en cualquier época del año; en ese mismo sentido, el relleno sanitario debe estar fuera de las áreas naturales protegidas o de los ecosistemas frágiles, así como de las servidumbres de paso de acueductos.

b) El informe especial sobre plaguicidas, donde la Institución indica que el uso indiscriminado de plaguicidas en la agricultura representa un grave peligro al ambiente y a la salud de las personas. Es por ello que la Defensoría, consciente del grave problema que reviste la utilización a gran escala y sin controles de plaguicidas para la salud, ha participado y colaborado activamente con las instituciones

competentes en el tema con miras a lograr mejoras a este problema. De igual forma, considera de suma importancia que se tomen las medidas de seguridad necesarias, además de que se implementen más programas de fiscalización e inspección, con el fin de que las compañías cumplan con todas las disposiciones al respecto. Sin embargo, esto no es suficiente, puesto que no podemos olvidar a los trabajadores que ya han visto afectada su salud por el abuso en la utilización de agroquímicos o por haberlos manejado sin los requisitos mínimos de seguridad. De allí que sea absolutamente necesario que el Gobierno panameño brinde efectiva y pronta solución a estas personas.

c) Informe sobre la calidad del agua para consumo humano en el complejo penitenciario la Joya y la Joyita. En este informe se verificó el colapso de los tanques sépticos existentes y el vertimiento directo de las aguas residuales al río Señora, que se realiza sin ningún tipo de tratamiento; las plantas de tratamientos de aguas residuales existentes no operan y muchas de ellas están dañadas y no cuentan con la suficiente capacidad para poder tratar el volumen de aguas residuales que se genera actualmente en los citados complejos; en el área existen suficientes terrenos que reúnen las condiciones necesarias para construir el sistema de tratamiento de aguas residuales mediante humedales artificiales.

d) Informe en el cual se solicita especial atención a los pacientes sobre radiados y sus familiares, y se dan otras recomendaciones, en donde la Defensoría del Pueblo aborda el hecho del accidente ocurrido en el Instituto Oncológico Nacional, en el que resultaron afectadas 28 personas que fueron tratadas con radiación de cobalto entre agosto de 2000 y febrero de 2001. El hecho de que las sobre-exposiciones de radiación fueran superiores en 50 al 100% del nivel de dosis de radioterapia recomendada y que todas fueran en el área pélvica, hace único este accidente de otros conocidos, según explican los expertos de la Organización Internacional de Energía Atómica. En virtud de este informe, el Defensor del Pueblo recomendó verificar si las instrucciones dadas en relación con la atención médica y logística a los pacientes afectados con el accidente y a sus familiares se están cumpliendo; asimismo, exhortó cumplir con las recomendaciones de la Organización Internacional de Energía Atómica y examinar la situación socioeconómica de los familiares, a fin de favorecer los necesarios soportes económicos a aquellos que lo requieran.

3. GARANTÍAS

La Defensoría ha atendido dos casos significativos de negligencia médica:

a) En primera instancia tenemos el caso de una persona que el 4 de febrero de 2002, sobre las 3 p.m., se personó en el Centro de Salud de Metetí, Provincia de Darién, a fin de que le brindaran los servicios médicos necesarios, toda vez que se encontraba con dolores de parto. Señaló el solicitante que desde la fecha supra citada hasta el día 7 de febrero estuvo interna en la mencionada clínica. A las 5:20 p.m. del 7 de febrero, la señora murió junto con el bebé. Asegura el médico que los atendió en el Centro de Salud de Metetí que la muerte de ambos se debió a que la señora era una paciente de alto riesgo. La Defensoría del Pueblo recomendó a las autoridades del Ministerio de Salud y del Consejo Técnico de Salud Pública que realizaran una investigación minuciosa del personal administrativo, médico y auxi-

liar de la Región de Salud de Metetí, Provincia de Darién, para determinar las responsabilidades, ello sin perjuicio de las acciones legales que correspondieran.

b) Otro caso peculiar fue el presentado el 3 de julio de 2001, en el que una niña de dos años de edad fue atendida de manera rutinaria en el Centro de Salud del Corregimiento de Lídice, Distrito de Capira, por una auxiliar, quien le suministró una vacuna de un medicamento denominado *Pentavalente*. Afirmó la fuente anónima que en la madrugada del día 4 de julio del presente año, la menor fue llevada al cuarto de urgencias del Centro de Salud del Distrito de Capira, donde fue atendida por un médico, toda vez que se quejaba constantemente, lloraba y estaba pálida. Posteriormente, el médico aseveró que el corazón de la menor se detuvo y se le aplicó un método de resucitación, la menor empezó a vomitar sangre y finalmente falleció. Aseguró que el médico que inicialmente atendió a la menor le diagnosticó una infección en la sangre; sin embargo, existen registros de que la menor era completamente saludable antes de la aplicación de la inyección.

La Defensoría del Pueblo acompañó a los peticionarios a no desistir con la querrela interpuesta por el supuesto delito contra la vida e integridad personal de su hija ante el Ministerio Público, a fin de que esta instancia investigue el aparente hecho punible y, en la eventualidad de que se confirme su existencia, se descubra y se juzgue a los autores y partícipes, basándose en una serie de elementos incongruentes descritos por parte de las autoridades del Ministerio de Salud, que no aclaran los hechos. Asimismo, se manifestó a los padres de la menor que, como de todo delito emana responsabilidad civil para las personas que resulten culpables del mismo, pueden incorporar al expediente penal los medios de pruebas que conduzcan a demostrar la naturaleza y cuantía de los daños morales y perjuicios derivados del delito, si éste se demostrase. En este sentido, las sugerencias las realizamos con fundamento en la Ley 31, de 29 de mayo de 1998, que establece la protección a las víctimas del delito.

4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

4.1 La Dirección de Protección de las Mujeres logró la atención de Ginecología a las privadas de libertad, y ello en coordinación con el MINSA, la Dirección del Centro Femenino y la Policía Nacional. Por otro lado, se firmó el convenio denominado de Cooperación con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), dentro de la Red Nacional contra la violencia dirigida a la mujer y la familia, y la alianza de organizaciones de mujeres pro convención, con el fin de abordar el tema de derechos sexuales y reproductivos.

4.2 El problema de la niñez trabajadora es un tema de gran preocupación social que demanda una política de Estado como parte de su responsabilidad constitucional, ya que un alto porcentaje de niñas y niños trabajadores no terminan su escolaridad obligatoria. La Defensoría del Pueblo, con la colaboración de la Oficina Internacional del Trabajo, elaboró un estudio de diagnóstico sobre la legislación en materia de trabajo infantil y adolescentes domésticos en Panamá. Del estudio se concluyó que es necesaria la adecuación de la normativa nacional con respecto a los convenios internacionales, para la correcta implementación de los compromisos internacionales adquiridos a través de la ratificación de los convenios en materia de Derechos Humanos, enfatizando en el tema de la salud.

5. PROBLEMAS PARTICULARES

5.1 Las personas con algún tipo de discapacidad, al igual que sus familias, enfrentan constantes problemas de discriminación, ocasionados generalmente por el desconocimiento casi general de las personas en torno a tan compleja temática, lo que a la postre les dificulta el ejercicio pleno de sus derechos y por ende su integración social. De ahí la imperiosa necesidad de generar nuevas políticas públicas que permitan una verdadera equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y que por tanto erradiquen definitivamente las recurrentes discriminaciones de que son víctimas las personas que tienen algún tipo de limitación física, sensorial o mental. Es por lo que la Defensoría del Pueblo mediante Resolución 23, de 22 de junio de 2004, crea la Oficina de la Delegada Especial para la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuyo objetivo fundamental es formular políticas y acciones concretas que permitan sensibilizar e informar a la sociedad acerca de lo que constituye una discapacidad y velar por el respeto de los derechos de las personas que la poseen, a fin de que las mismas puedan ejercer roles más activos dentro de su comunidad.

La Delegación ha realizado acciones en pro de los derechos, y en el caso del derecho a la salud ha trabajado con la sinergia multisectorial en la creación del Plan Estratégico Nacional para la Inclusión Social de las Personas con Discapacidad; ha realizado visitas a los establecimientos públicos y privados para verificar el cumplimiento de las normas de accesibilidad contempladas en la Ley 42 y su Decreto Reglamentario; y en la promoción de los derechos de personas con discapacidad.

5.2 En la actualidad, los centros hospitalarios que brindan atención psiquiátrica en Panamá, si bien cuentan con un financiamiento específico para atender el campo de la salud mental, el mismo no es suficiente debido al incremento de ciudadanos que requieren de este tipo de tratamientos, sin hablar de los elevadísimos costos de los medicamentos utilizados en este tipo de discapacidades.

Por otro lado, es evidente que pese a los esfuerzos de las autoridades médicas por tratar de implementar en nuestro medio los postulados de la Declaración de Caracas, que propone la reinserción social del paciente a su seno familiar y comunitario, hay ausencia de verdaderas políticas públicas dirigidas a resolver la sentida situación de aquellos pacientes cuyo agravado estado de cronicidad les imposibilita la integración social, sin soslayar aquellos casos de pacientes en situación de abandono por parte de familiares, que a la postre genera un incremento en los costos de las instituciones psiquiátricas, que bien podrían utilizarse para la adquisición de más insumos y/o contratación de nuevos especialistas, que optimicen el servicio en esta rama de la salud.

En este caso, la Defensoría del Pueblo ha recomendado: dotar a los centros primarios o periféricos (entiéndase centros de salud y policlínicas) de profesionales idóneos en el campo de la psiquiatría, a fin de que exista una atención inmediata de los casos, lo cual permitirá que un mayor número de personas pueda acceder al servicio, lo que a su vez disminuye el innecesario traslado de los pacientes a instituciones especializadas en salud mental; abastecer a las entidades hospitalarias de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las personas con discapacidad mental, aspecto éste de vital importancia, toda vez que en su mayoría los medicamentos utilizados para tratar los trastornos mentales son muy costosos; crear políticas públicas que permitan la creación de las Casas a Medio Camino para las personas

con discapacidad mental: con ello, tal cual planteamos en líneas anteriores, se elimina la estigmatización de las personas con este tipo de trastornos, además de abaratar los elevados costos que hoy día tienen que asumir las entidades especializadas en la atención psiquiátrica.

6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales de las personas que padecen SIDA no es sólo una obligación que se sustenta en principios humanitarios y en el acatamiento de normas jurídicas internacionales y nacionales, sino que es una buena práctica de salud pública porque, al prevenir la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas por el VIH, se hace posible el no ocultamiento del contagio, su tratamiento y la consecuente prevención de nuevas infecciones. Por esta razón, la Defensoría del Pueblo de la República de Panamá crea mediante Resolución 12, del 30 de mayo de 2003, la Oficina de la Delegada Especial para la Promoción y Protección de los Derechos de Personas con VIH/SIDA, cuyo objetivo es diseñar estrategias tendientes a informar, sensibilizar y educar a la ciudadanía en general, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, sobre este flagelo y sobre las repercusiones en los Derechos Humanos de las personas afectadas, a fin de disminuir y eliminar el estigma asociado a este virus y los prejuicios que provocan en las personas que los padecen.

La Oficina llevo a cabo un análisis de la legislación del VIH/SIDA en Panamá, así como un diagnóstico sobre el estado de vulneración de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, el cual reflejó una alta vulneración del derecho a la salud.

La Defensoría del Pueblo firmó un convenio con el Ministerio de Salud, cuyo objetivo principal fue concertar una alianza de cooperación en la prevención del virus de inmunodeficiencia humana y SIDA, así como para defender los derechos fundamentales afectados por esta problemática.

En cuanto a la protección del derecho a la salud, la Defensoría crea la Red de Asistencia Jurídica, Derechos Humanos y VIH/SIDA, cuyo objetivo es la asesoría técnico-jurídica como mecanismo para mitigar el estigma y la discriminación que afecta a las personas, que directa e indirectamente están vinculadas a la epidemia de VIH/SIDA.

Por último, la Institución participó como equipo coordinador del Plan Nacional de Acción para la Protección Integral de Huérfanos y Niños Vulnerables y sus Familias afectados por el VIH/SIDA.

13. PARAGUAY

En materia de protección de la salud, la Defensoría del Pueblo ha solicitado a las autoridades competentes, entre otras actuaciones: a) la adopción de medidas específicas que permitan a todos los habitantes de la República iguales posibilidades de acceso a los servicios de salud pública; b) la urgente recategorización salarial del personal de determinados hospitales regionales, no favorecido con la prevista para los trabajadores del Ministerio de Salud en el Presupuesto Nacional de 2006; c) la fumigación de Asunción y de sus ciudades vecinas, debido al alto número de enfermos de dengue; d) la adopción de medidas urgentes para solucionar el estado de abandono de los internos del Leprocomio Santa Isabel del distrito de Sapucaí; e) la creación en todos los asentamientos indígenas de un local sanitario. La Defensoría expresó al ministro de Salud Pública y Bienestar Social su predisposición de acompañamiento en la ejecución de las medidas solicitadas.

Más en concreto, la Defensoría solicitó una serie de medidas muy detalladas, destinadas a mejorar el equipamiento de un amplio número de hospitales del país.

Por último, el Defensor del Pueblo expresó al Presidente de la República su oposición al financiamiento, con recursos del IPS, del sector sojero, así como a la retirada de dichos fondos del Banco Central del Paraguay. A juicio de la Institución, el IPS debe adoptar una política de colocación de sus fondos, en la que se cumplan los requisitos de seguridad del retorno del capital colocado, rentabilidad y especialmente, una experiencia del banco o financiera de por lo menos 50 años en el mercado. En el caso de firmas extranjeras deberá acreditarse puntualmente la responsabilidad de la casa matriz. Los fondos del IPS existentes en el Banco Central del Paraguay a la fecha deben mantenerse en el mismo nivel. La colocación sin objetivos ni garantías previamente definidos en el sector privado dio lugar en el pasado a la especulación financiera y a la pérdida del capital depositado. El IPS registra, además, una desgraciada experiencia en el financiamiento de proyectos del sector privado. La Defensoría estima que debe analizarse la posibilidad de que el IPS financie obras públicas de los Gobiernos nacional, departamental y municipal, por intermedio del Banco Nacional de Fomento.

Las mismas recomendaciones ha hecho el Defensor del Pueblo al presidente del Instituto de Previsión Social, con relación al destino de los fondos de dicho Instituto. La Defensoría del Pueblo estima que el IPS debe tomar urgentes medidas para hacer cumplir la legislación de seguro social en todo el país, en virtud a la recomendación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la adopción de mecanismos para proteger a la población frente a los riesgos que representan la pobreza, la enfermedad y el envejecimiento. Una medida recomendada por la CEPAL, para enfrentar los mencionados riesgos, es mejorar la cobertura en materia de salud, pensiones y programas sociales.

14. PERÚ

1. INTRODUCCIÓN. 2. INSTITUCIONES. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: Medio ambiente. 4. DERECHOS. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Comunidades indígenas. 6.3 Personas privadas de libertad. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: Salud mental 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

Desde 1996, la Defensoría del Pueblo viene considerando la protección del derecho a la salud como eje transversal de la mayoría de sus áreas de trabajo. Desde la reformulación del Plan Estratégico Institucional 2004-2006, la Institución ha situado entre sus prioridades el impulso y la supervisión de políticas públicas en salud. En este marco, cabe destacar el proyecto Fortalecimiento Institucional de la Defensoría del Pueblo para la Protección de los Derechos Humanos en Salud, que se ejecutó entre el 2003 y el 2006 con el apoyo del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID). Este proyecto contribuyó en el fortalecimiento de las acciones de la Defensoría en la protección y promoción del derecho a la salud.

2. INSTITUCIONES

La Defensoría del Pueblo realizó un análisis de los planes de mediano plazo para la transferencia de competencias del sector salud a los Gobiernos Regionales y Locales durante el periodo 2005-2009, para lograr un impacto positivo en el ejercicio de los derechos de las personas (II.1 § 1.2). El documento se denomina «Plan de Mediano Plazo para la Transferencia de competencias del Sector Salud 2005-2009, una aproximación de derechos». Los resultados de este análisis fueron presentados y discutidos con funcionarios públicos y profesionales de organizaciones no gubernamentales vinculadas con el tema.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

Medio ambiente. A partir de la inquietud de muchos ciudadanos y ciudadanas sobre la falta de acceso al servicio de agua potable y/o de alcantarillado, así como de

la calidad del servicio, en 2005 la Defensoría del Pueblo elaboró el *Informe Defensorial n.º 94: Ciudadanos sin Agua, Análisis de un Derecho Voluntario*, con la finalidad de presentar el acceso a los servicios de agua potable y alcantarillado como un Derecho Humano, así como difundir la situación en el acceso a los servicios de saneamiento de poblaciones urbanas y evaluar los aspectos de la calidad del servicio, así como las barreras jurídicas, institucionales y económicas del sector saneamiento para la mejora del acceso y la calidad de los servicios. Entre las recomendaciones principales del Informe dirigidas a las distintas autoridades, se insta al Ministerio de Salud (MINSA) a que actualice la norma vigente de Calidad del Agua para Consumo humano, considerando las guías de la Organización Mundial de la Salud.

En el *Informe Defensorial n.º 103: El Proyecto Camisea y sus efectos en los derechos de las personas*, la Defensoría del Pueblo formuló recientemente una serie de recomendaciones para mejorar el cumplimiento de las obligaciones y compromisos del Estado y las empresas operadoras del proyecto del gas de Camisea (Lote 88), con relación a los impactos ambientales y sociales del proyecto en sus actuales y futuras fases (II.1 § 7.2).

Entre las conclusiones del informe se señala que el otorgamiento de concesiones para la explotación de recursos naturales representa un riesgo para la subsistencia de los pueblos y comunidades de las zonas por su incidencia en aspectos culturales y de salud. Las conclusiones afirman un incremento de enfermedades como sífilis, enfermedades respiratorias agudas y síndrome de influenza que en algunos casos han producido muertes en comunidades nativas y grupos de pueblos indígenas en situación de aislamiento o contacto inicial. Esta situación evidenció la inexistencia de estudios de línea de base en salud de comunidades y pueblos indígenas que permitan establecer si los impactos del Proyecto generan afectaciones a sus derechos.

Entre las recomendaciones que formula la Defensoría del Pueblo están el emitir normas específicas para la protección de los derechos de los pueblos indígenas en aislamiento y contacto inicial, considerando estudios de impacto ambiental que incluyan planes de contingencia para evitar en lo posible el contacto con dichos pueblos y garantizar la atención médica en caso de producirse daños al derecho fundamental a la salud. Para tal efecto se considera necesaria la elaboración de estudios de línea de base sobre la situación de salud en la zona por parte del MINSA.

También se recomienda se realice el diseño de mecanismos que permitan una efectiva reparación del daño ambiental puro, y que se precisen los alcances de la responsabilidad objetiva ambiental, para evitar futuras controversias que giren en relación a la definición e interpretación de «bien ambientalmente riesgoso o peligroso o del ejercicio de una actividad ambientalmente riesgosa o peligrosa».

Actualmente se viene preparando un informe sobre la calidad del aire en Lima Metropolitana y su afectación a la salud de las personas, que será presentado en septiembre de 2006. Asimismo se tiene previsto para el año 2007 presentar un informe sobre residuos sólidos y su tratamiento, con la finalidad de realizar una llamada de atención sobre el tema y su importancia para la salud.

4. DERECHOS

En el año 2003, la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión en 58 establecimientos de salud del MINSA para verificar las condiciones en las que se prestan los

servicios de emergencia y cómo se está garantizando el derecho a la salud de las personas. Asimismo realizó una supervisión en 49 establecimientos de salud de ESSALUD para verificar si se garantiza el derecho a la salud de quienes se encuentran afiliados al seguro a través del otorgamiento de turnos y citas para la atención médica. El *Informe Defensorial n.º 87: El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Supervisando establecimientos de salud*, demostró que la atención del derecho a la salud por parte de los establecimientos supervisados no se encontraba plenamente garantizada. Entre las principales recomendaciones presentadas por la Defensoría del Pueblo al poder Ejecutivo, al Congreso de la República, al MINSA, a los Gobiernos Regionales y a la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD, están:

- a) El incremento del presupuesto asignado al sector salud.
- b) La creación de tasas por atención de emergencia en los establecimientos de salud públicos, para que previa evaluación socioeconómica sea posible exonerar total o parcialmente al usuario.
- c) Asegurar que los recursos asignados garanticen el abastecimiento de medicamentos e insumos necesarios, la implementación de condiciones que faciliten la accesibilidad a las áreas de emergencia, supervisar y fiscalizar el cumplimiento de la atención médica en casos de emergencias y partos, y supervisar los estándares en los servicios.
- d) Recomendar a la Presidencia Ejecutiva de ESSALUD optimizar los procedimientos actuales para el otorgamiento de turnos y citas de atención, recogiendo las quejas efectuadas por los asegurados y aseguradas.
- e) Orientar a los ciudadanos y ciudadanas en el caso de que requieran presentar una queja o reclamo en las respectivas instancias administrativas de cada entidad ante una violación de sus derechos.
- f) Encargar a las Oficinas Defensoriales realizar una constante supervisión de los establecimientos de salud, campañas de difusión de los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud, y programar una supervisión a nivel nacional para evaluar el grado de atención a las recomendaciones efectuadas.

El 13 de marzo del 2006, y haciendo referencia a la recomendación emitida por la Defensoría del Pueblo, el MINSA aprobó el documento técnico «Lineamientos de Política Tarifaria en el Sector Salud» con la finalidad de establecer el marco de referencia regulatorio para la definición de tarifas de servicios de salud con criterios de equidad en el acceso a los servicios de salud (II.I § 4.1)¹.

En marzo de 2006, la Defensoría del Pueblo realizó una segunda supervisión nacional a la atención de los servicios de emergencia del MINSA y del acceso a citas o turnos de atención en ESSALUD, con la finalidad de verificar el cumplimiento e implementación de las recomendaciones emitidas en el informe anterior². Se supervisaron 155 establecimientos de salud, 86 del MINSA y 69 de ESSALUD. En cuanto a los resultados en los servicios de salud del MINSA, se reafirmó lo constatado en el informe del año 2003. En ESSALUD se encontró: mayor descontento con relación al horario para otorgar citas, no uniformidad en el horario de atención, quejas por el número de citas otorgadas por día, por restricciones en la obtención de citas, por problemas en entrega de resultados y por falta de entrega de medicinas. Asimismo, la mayoría de usuarios y usuarias encontró insatisfacción con la

¹ RM 246-2006/MINSA.

² DEFENSORÍA DEL PUEBLO DEL PERÚ. *El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Supervisando establecimientos de salud*. Serie Informes Defensoriales n.º. 87, Lima, 2005.

atención del personal administrativo, así como el desconocimiento de lugares de reclamo³.

Por este motivo, la Defensoría del Pueblo reiteró las recomendaciones y recordatorios elaborados en la RD 018-2004/DP y recomendó al MINSA y de manera similar a los Gobiernos Regionales:

a) Que de los recursos asignados al sector salud, se destinen los fondos que se requieran para garantizar el abastecimiento de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención, e implementar las condiciones para la accesibilidad a las áreas de emergencia.

b) Supervisar y fiscalizar periódicamente los establecimientos de salud, respecto de la obligación de éstos de dar atención médica en casos de emergencias y partos.

c) Realizar supervisiones a los establecimientos de salud.

d) Realizar actividades de capacitación del personal médico, técnico, auxiliar y administrativo de los establecimientos de salud, así como campañas de difusión respecto a los derechos y deberes de los usuarios y usuarias de los servicios de salud.

La Defensoría instó a los directores de los establecimientos de salud a que brinden atención médica inmediata a las personas en situación de emergencia, sin condicionarlas a ningún procedimiento o requisito que pueda vulnerar el derecho a la salud del usuario o usuaria del servicio. Asimismo instó a que cumplan con la Ley y efectúen la evaluación de la situación socio-económica previa al reembolso de los gastos derivados de la atención por emergencia, y que pongan en conocimiento del público, en algún lugar visible de la zona de atención por emergencia, el derecho a recibir atención inmediata (II.I § 4.1).

A la Directiva de ESSALUD, la Defensoría del Pueblo recomendó que optimicen los procedimientos para el otorgamiento de turnos y citas de atención (ampliación del número de cupos de atención diarios, que los horarios para el otorgamiento de turnos faciliten el acceso a los servicios, que se verifiquen que las citas programadas resulten oportunas, que se implementen mecanismos de información más eficientes, entre otros). También recomendó la implementación de mecanismos o procedimientos para que los asegurados y aseguradas puedan efectuar sus reclamos en caso de que lo requieran; así como brindar capacitación al personal administrativo sobre sus obligaciones legales, sobre los derechos y deberes de los asegurados y garantizar la provisión de medicamentos en los establecimientos de salud.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo instó a las autoridades de salud a adoptar los mecanismos necesarios para implementar los lineamientos de la política tarifaria en el sector salud, de acuerdo a lo establecido mediante RM 246-2006/MINSA.

Con anterioridad a la Ley 26790, los trabajadores y profesionales independientes estaban sujetos a regímenes especiales obligatorios de salud. Con la entrada en vigencia de esta Ley, éstos debían afiliarse al Seguro Social bajo la modalidad de asegurados potestativos⁴. El nuevo seguro potestativo generó una reacción negativa

³ Informe Defensorial n.º 105, *El Derecho a la Salud y a la Seguridad Social: Segunda Supervisión Nacional*.

⁴ Artículo 24 del Reglamento de ESSALUD aprobado por Decreto Supremo 009-97-SA. Para ello se estableció un período de tránsito mediante el cual los asegurados de regímenes especiales registrados bajo la modalidad de Continuación Facultativa, Facultativos Independientes, Amas de Casa y Chofer Profesional Independiente continuarían gozando de sus prestaciones por cinco años; vencido el plazo se acordarían nuevos contratos de afiliación en calidad de asegurados potestativos.

en parte de esta población asegurada por el costo del nuevo seguro, las limitaciones en los planes y la insuficiente información proporcionada por ESSALUD sobre el proceso para la nueva inscripción. Estas denuncias y quejas por esta parte de la población generó que la Defensoría elaborara el *Informe Defensorial n.º 93: Principales problemas detectados como consecuencia del cierre de los regímenes especiales y la creación del nuevo seguro potestativo en ESSALUD* (2005) (II.1 § 2.1), que comprende una serie de recomendaciones en relación a la implementación de mecanismos de información adecuada, oportuna y comprensible que incluya cobertura, costos, exclusiones, así como alcances de la inscripción al nuevo seguro potestativo, unificación de procedimientos de reinscripción, e inclusión como beneficiarios al Plan Protección Total a los concubinos y concubinas, hijos e hijas mayores de edad con incapacidad total y permanente para el trabajo.

Asimismo se recomendó a la ministra de Salud que revise el Plan Mínimo de atención de acuerdo a las necesidades de la población peruana. A las autoridades competentes se les recomendó la evaluación de alternativas para una reforma del sistema nacional de salud, orientada a lograr una integración de sus diversos componentes y separando las principales funciones.

5. GARANTÍAS

En el año 2003, la Defensoría del Pueblo conformó una Comisión de Alto Nivel⁵, creada con la finalidad de analizar la problemática de reclamos y derechos de los pacientes que resulten damnificados en establecimientos de salud públicos o privados, en el marco del debate sobre un proyecto de ley que buscaba la indemnización de pacientes por el daño causado en los casos de error, negligencia, impericia u omisión que causen lesiones, invalidez temporal y/o permanente y/o muerte. Esta indemnización se haría efectiva a través de la contratación obligatoria de un seguro por responsabilidad en el ejercicio profesional para quienes desempeñen actividades profesionales propias de la medicina.

Sobre el particular, la Defensoría del Pueblo emitió una opinión discrepante al Informe de la Comisión de Alto Nivel. La Institución recomendó la modificación del artículo 48 de la LGS para que la responsabilidad solidaria no fuera regulada de manera restrictiva entre los establecimientos de salud y el personal bajo relación de dependencia, sino entre los establecimientos y los que prestan servicios a través de contratos de diferente naturaleza como civil o laboral. De esta manera, la LGS ya no restringiría el alcance del artículo 1981 del CC (II.1 § 5.3).

Este también sería el caso de los servicios de salud privados, en donde por la misma razón el perjudicado se encontraría desprotegido, ya que no podría exigir un pago por el resarcimiento por el daño causado al establecimiento de salud, sino que tendría que dirigir su pretensión contra el profesional. Al respecto, la Defensoría del Pueblo sugirió la realización de un estudio profundo y técnicamente sustentado para determinar cuál es el mecanismo más eficaz para asegurar a las víctimas de un comprobado acto de negligencia ocasionado por un profesional de salud, un resarcimiento suficiente y oportuno.

⁵ Creada mediante Resolución Suprema 008-32003-SA.

En cuanto al seguro obligatorio, la Defensoría recomendó la creación de un mecanismo alternativo que fuera como un autoseguro o fondo público financiado de manera conjunta por los establecimientos de salud públicos y privados, y los profesionales de la salud, ya sean trabajadores dependientes o independientes, siempre que se establezca por ley que la responsabilidad pueda ser determinada a través de procedimientos no necesariamente jurisdiccionales. En cuanto al tema de los aportes, se sugirió que se deberían tomar en cuenta las diferencias entre los médicos del sector público y los del sector privado.

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

6.1 Tal como se documentó en el *II Informe sobre Derechos Humanos* publicado por la Federación Iberoamericana de Ombudsmen, la Defensoría del Pueblo ha elaborado diversos informes en relación a los derechos reproductivos⁶. Estos informes recogen investigaciones a partir de quejas presentadas y de intervenciones de oficio de la Defensoría, en relación a casos de mujeres esterilizadas sin el debido consentimiento, así como de supuestas irregularidades en la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria en el marco del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 (PNPF) del MINSA.

El primer *Informe Defensorial n.º 7: Anticoncepción quirúrgica voluntaria. I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, dio lugar a que el Defensor del Pueblo emitiera algunas recomendaciones, entre las cuales se encuentran el sustituir las campañas destinadas a la promoción de la ligadura de trompas y la vasectomía, por otras que aborden la planificación familiar de manera general, para garantizar el derecho de toda persona a elegir el método anticonceptivo de su preferencia; reformular las metas establecidas en los programas, por otras basadas en las estimaciones de la demanda; adoptar nuevas metas cuantitativas en términos de cobertura de información sobre los métodos de planificación familiar tanto para hombres como para mujeres, y establecer que la consejería previa a la anticoncepción quirúrgica voluntaria sea realizada en dos oportunidades distintas. Si bien el MINSA aceptó la mayoría de las recomendaciones formuladas por el Defensor del Pueblo, se continuaron recibiendo quejas con relación al PNPF.

El segundo *Informe Defensorial n.º 27: La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos. II. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, constató la continuación de problemas en la implementación del PNPF, tales como el acceso insuficiente a la información previa, inobservancia del periodo de reflexión y la no utilización del formato de consentimiento informado, por lo que el Defensor del Pueblo emitió nuevas recomendaciones al MINSA sobre la materia. Estas recomendaciones incluyeron la necesidad de aprobar un nuevo Manual de Normas de Planificación Familiar. Cabe señalar que el ministro de Salud incorporó estas recomendaciones en las nuevas Normas del Programa Nacional de Planificación Fa-

⁶ *Informe Defensorial n.º 7: Anticoncepción quirúrgica voluntaria. I. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo; Informe Defensorial n.º 27: La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos. II. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo. Informe Defensorial n.º 69: La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos. III. Casos investigados por la Defensoría del Pueblo.*

miliar aprobadas mediante RM 465-99-SA/DM y por RD 03-DP-2000. La Defensoría del Pueblo destacó los avances logrados en las normas de planificación familiar y encargó a la Defensora Especializada en los Derechos de la Mujer mantener un sistema de vigilancia y seguimiento especial de las quejas y denuncias sobre la afectación del derecho a la libre elección en el marco del PNPF.

En octubre de 2002, la Defensoría del Pueblo elaboró un *Informe Defensorial n.º 69*, en donde recogió 773 quejas recibidas entre junio de 1999 y septiembre de 2002. El informe registró la continuación de antiguos problemas, así como la aparición de otros de naturaleza distinta, tales como la falta de insumos anticonceptivos en los establecimientos de salud y cobros indebidos por conceptos de expedición de certificados de nacimiento, entre otros. Frente a estos problemas, el Defensor del Pueblo formuló nuevas recomendaciones al MINSA, a través de la RD 031-2002-DP. Cabe señalar que ante las recomendaciones formuladas, el MINSA aclaró que la expedición del certificado del nacido vivo es gratuita en todos los establecimientos de salud del país, ya sean públicos o privados, así como los que sean expedidos por los profesionales o personal de salud que hayan brindado la atención⁷.

La Defensoría del Pueblo elaboró un nuevo informe: *Informe Defensorial n.º 90: Supervisión a los servicios de planificación familiar IV*, a partir de 311 quejas registradas entre septiembre de 2002 y noviembre de 2004. La investigación constató una reducción considerable del número de usuarios y usuarias de todos los métodos anticonceptivos, especialmente los definitivos, con excepción de los naturales; la restricción y negativa en el acceso a métodos anticonceptivos definitivos y temporales; cobros indebidos por servicios de PF, como por expedición de certificados de nacimiento; desconocimiento de las Normas del Programa Nacional de PF; problemas en la calificación de Puntos de Entrega de Servicios (PES); registro irregular de las usuarias de métodos de planificación familiar, y restricción en el acceso al Sistema Integral de Salud (SIS).

Entre las recomendaciones formuladas por el Defensor del Pueblo mediante Resolución Defensorial 03-2005/DP, se encuentran:

- a) Adoptar las medidas necesarias para garantizar la distribución gratuita de los métodos anticonceptivos y verificar que los mismos lleguen a tiempo a los establecimientos de salud.
- b) Recordar a las Direcciones de Salud y a los establecimientos de salud de Nivel II y III, incluyendo a los hospitales de baja complejidad, que la recalificación de los establecimientos de salud que realizan intervenciones de ligadura de trompas se debe realizar cada dos años y en un plazo máximo de cinco semanas.
- c) Capacitar al personal de salud encargado de brindar los servicios de planificación familiar sobre los alcances de las Normas del Programa de Planificación Familiar para proporcionar una atención de calidad.
- d) Supervisar que el personal de los establecimientos de salud consignen diligentemente la información en los registros de atención a usuarios y usuarias de planificación familiar para llevar un registro adecuado y real sobre el uso de los insumos de planificación familiar.
- e) Difundir en todos los establecimientos de salud que la expedición del Certificado de Nacido vivo es gratuita y que de lo contrario se estaría cometiendo un delito.

⁷ RM 389-2004/MINSA.

f) Disponer que el SIS precise que basta la declaración jurada de la solicitante del Plan C de su condición de gestante, para dar por cumplido ese requisito.

g) Disponer que cese la exigencia de una evaluación de las mujeres que solicitan su afiliación al Plan C Gestantes del SIS, como requisito para la inscripción en el seguro.

h) Mantener en la Defensoría del Pueblo el Sistema de Supervisión del Respeto y Vigencia de los Derechos Reproductivos.

Para septiembre de 2006 se tiene previsto publicar un V Informe sobre los hallazgos de la supervisión de los servicios de salud por el período diciembre 2004 - julio 2006.

Debido a que el MINSA no cumplía en los protocolos de atención de los servicios brindados con lo dispuesto por la RM 399-2001-SA/DM, en relación a la distribución de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), aduciendo dudas en cuanto a los mecanismos de acción de la píldora y los efectos secundarios y peligros que este método podría presentar para la vida humana, el Comité Consultivo en Anticoncepción de Emergencia presentó en mayo de 2002 una queja ante la Defensoría del Pueblo.

La Defensoría del Pueblo elaboró un *Informe Defensorial n.º 78, sobre anticoncepción oral de emergencia*, aprobado mediante RD 040-2002/DP de 18 de diciembre, en donde en cumplimiento de la RM 399-2001-SA/DM recomendó al ministro de Salud la distribución de la AOE. La Defensoría del Pueblo estableció que la AOE actúa de manera similar a los anticonceptivos hormonales como las pastillas, que no se ha demostrado que el efecto que la AOE produce sobre el endometrio sea suficiente para impedir la implantación y que no tiene efectos abortivos dado que no afecta el embarazo después de haberse iniciado la implantación.

Asimismo, la negativa del MINSA de distribuir la píldora fue caracterizada por la Defensoría del Pueblo como discriminatoria, ya que en el mercado existen píldoras de anticoncepción de emergencia para venta bajo receta médica y por tanto las mujeres que cuentan con recursos económicos pueden acceder a ella. La restricción sólo afecta a las mujeres de escasos recursos que dependen del suministro gratuito de anticonceptivos que el Estado proporciona⁸.

Cabe citar en este apartado el *Informe Defensorial n.º 21: La violencia sexual: un problema de seguridad ciudadana. Las voces de las víctimas*. Esta investigación que se inició a partir de las quejas de las víctimas de violencia sexual sobre el trato recibido durante el reconocimiento médico a cargo del Instituto de Medicina Legal, generó recomendaciones por parte de la Defensoría del Pueblo a diversas autoridades para corregir las irregularidades detectadas. La respuesta de algunas de las autoridades fue la siguiente:

a) El Instituto de Medicina Legal dispuso a todas las Divisiones Médico Legales a nivel nacional que se permitiera la presencia de un familiar o acompañante durante el examen médico legal, el mismo que sería realizado por un médico legista y un auxiliar de enfermería durante el tiempo estrictamente necesario y prohibiendo el tránsito de personas no autorizadas mientras éste se llevase a cabo. Asimismo

⁸ Ante la inacción del Ministerio sobre el particular, y ante la existencia de un proceso ya existente sobre la materia en trámite, la Defensoría presentó un escrito de *amicus curiae* ante el 22.º Juzgado Especializado en lo Civil de Lima (Exp. 2004-4274-0-0100), en donde se expusieron las razones por las cuales se consideraba que la demanda debía declararse fundada. Hasta el momento de redactar este Informe, el proceso se encuentra pendiente de sentencia.

se dispuso que las preguntas que se hiciesen en el examen serían exclusivamente relacionadas con el examen.

b) El Congreso de la República aprobó la Ley 27115, que estableció la acción penal pública contra los delitos contra la libertad sexual, así como que el examen médico legal fuera practicado previo consentimiento de la víctima.

c) El Ministerio Público estableció la gratuidad del reconocimiento médico legal por parte del Instituto de Medicina Legal.

6.2 La Defensoría del Pueblo realizó una investigación para conocer mejor la realidad de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y de aquellos pueblos que tienen un contacto inicial, como consecuencia de diversas quejas de organizaciones indígenas e instituciones privadas que denunciaron violaciones de los derechos de estas organizaciones con relación a actividades económicas de extracción de recursos, de turismo y proselitismo en los territorios habitados por estos pueblos. Esta investigación fue plasmada en el *Informe Defensorial n.º 101: Pueblos indígenas en situación de aislamiento voluntario y contacto inicial*.

Entre las recomendaciones que la Defensoría del Pueblo presentó en relación al sector salud, se recomendó al MINSA la creación de una comisión especial con la finalidad de elaborar planes de contingencia para la atención de la salud de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y personas ajenas a ellos, que incluya atención de emergencias médicas y planes de apoyo alimentario para los casos en que los pueblos sean afectados por una epidemia. Asimismo se recomendó la elaboración de un plan de atención de salud para los miembros de los pueblos indígenas en contacto inicial, en coordinación con la Comisión Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos, en el que se deberá enfatizar la prevención de enfermedades a través de la educación de estos pueblos, acciones de vacunación, saneamiento y educación ambiental.

6.3 La Defensoría del Pueblo elaboró en el 2000 un informe sobre los Derechos Humanos de personas privadas de libertad, en donde se abordó el tema de salud de esta población. El *Informe Defensorial n.º 29: Derechos Humanos y Sistema Penitenciario: Supervisión de Derechos Humanos de Personas Privadas de Libertad - 1998-2000*, fue elaborado por la Defensoría del Pueblo sobre la base de visitas de supervisión a 46 establecimientos penitenciarios del país, realizadas entre enero de 1998 y junio del 2000. Entre los principales problemas identificados se constató, tal como se había señalado en el *Informe Defensorial n.º 11* de 1997, que las condiciones en las que están reclusas las personas privadas de libertad no han mejorado. En lo que respecta al derecho a la salud, la Defensoría emitió las siguientes recomendaciones:

a) Exhorta al ministro de Justicia a que en la política de despenalización conducida por éste se favorezca a los enfermos psiquiátricos o en grave estado de salud; así como los mayores de 65 años.

b) Solicita al ministro de Salud que cumpla con el Convenio Marco INPE-Ministerio de Salud y dicte las normas para que los hospitales del sector público brinden una adecuada atención a las personas privadas de libertad que serán transferidas para su atención especializada o de emergencia, e incluya a los internos en las campañas nacionales de salud.

c) Recomienda al presidente ejecutivo del Seguro Social que implemente un mecanismo de atención para las personas privadas de la libertad que tengan la condición de asegurados, y que promueva el acceso de internos a los servicios ESSALUD.

d) Recomienda al presidente del Instituto Nacional Penitenciario la coordinación con instituciones públicas y privadas para asegurar un complemento alimenticio para la población penal más vulnerable, como los enfermos de tuberculosis, las madres lactantes y/o gestantes, los niños, los que padecen del VIH/SIDA, y los internos psiquiátricos. Asimismo, que adopte medidas de emergencia para superar la grave problemática de salud, fortaleciendo los niveles de coordinación con el MINSA, ESSALUD y otras instituciones públicas y privadas, de manera que se amplíe la cobertura del servicio y mejore el abastecimiento de medicamentos.

7. PROBLEMAS PARTICULARES

Salud mental. Entre mayo y diciembre de 2004, la Defensoría del Pueblo realizó una supervisión en seis establecimientos de salud del MINSA y dos establecimientos del Seguro Social de Salud, con el fin de determinar la situación del derecho a la salud y de los derechos relacionados con éste, de las personas con enfermedades mentales que se encuentran internadas en establecimientos de salud mental: *Informe Defensorial n.º 102: Salud mental y derechos humanos: La situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental.*

Entre los principales problemas detectados se encuentran la falta de un órgano dentro del MINSA que supervise y oriente las políticas de salud mental, la falta de regulación del internamiento y la permanencia voluntaria e involuntaria de los pacientes psiquiátricos; la insuficiente información proporcionada a los pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento; la necesidad de promover el derecho a recibir un trato digno; el derecho a recibir atención médica y odontológica de calidad; el derecho a recibir un tratamiento lo menos restrictivo y alterador posible, y el derecho a la integridad personal, a la intimidad y a la privacidad de las comunicaciones.

La Defensoría del Pueblo emitió, entre otras, las siguientes recomendaciones dirigidas a diversas instituciones:

a) Al Congreso de la República: aprobar una ley para garantizar el derecho a la salud y los derechos vinculados con éste, de las personas con enfermedades mentales; modificar el artículo 610 del CC para establecer la revisión periódica de las sentencias que declaran la interdicción de una persona por motivos de enfermedad mental.

b) A la ministra de Salud: crear una unidad rectora en materia de salud mental; supervisar las condiciones de la atención y cómo se aplica el tratamiento; implementar el componente de salud mental en el SIS; garantizar la atención de las personas internadas en establecimientos de salud mental por otras dolencias en otras instituciones si lo requieren; elaborar y/o adecuar los formatos de consentimiento informado al tratamiento médico; disponer la elaboración o modificación de los protocolos de tratamiento de las enfermedades mentales, de los manuales de procedimiento de contención mecánica y de los manuales de procedimiento de la terapia electro-convulsiva para asegurar el respeto de los derechos de los pacientes y que pueda servir para establecer tratamientos individualizados.

c) Al presidente del Seguro Social de Salud: crear un órgano de dirección en materia de salud mental para supervisar la atención que se brinda en salud mental; respetar los derechos de las personas con enfermedades mentales; analizar y sistematizar la información con la que se cuenta sobre los servicios en salud mental, y es-

tablecer mecanismos necesarios en el primer nivel de atención para la atención de las personas con enfermedades mentales.

d) A los directores de los establecimientos de salud que presten servicios de salud mental: supervisar la calidad de los tratamientos brindados e implementar medidas de carácter preventivo (odontológico), así como la implementación de diversas medidas para mejorar la atención de los pacientes con enfermedades mentales desde un enfoque de sus Derechos Humanos.

e) Dentro de las recomendaciones, también se exhorta a los jueces especializados en lo penal que soliciten a los directores de los establecimientos de salud mental, los informes médicos periódicos a los que se refiere el Código Penal para poder evaluar la necesidad de mantener o no la medida de internación. A los jueces especializados en lo civil se les exhorta a fijar en las sentencias de interdicción, de una manera expresa y detallada, la duración y los aspectos afectados por tal medida.

Con relación a los problemas de salud mental debidos al conflicto armado interno, la Defensoría del Pueblo, además de la continua supervisión que realiza de los servicios de salud del Estado, en el caso de la provincia de Ayacucho (una de las más afectadas en este tema), ha desarrollado labores de supervisión específicas sobre la implementación del Programa de Salud Mental para los afectados por la violencia política tal como anunció el MINSA. Asimismo, las Oficinas Defensoriales han coordinado con algunos hospitales la atención a las víctimas de violencia política, así como charlas y talleres dirigidos al personal técnico y profesional del MINSA sobre la problemática de la población afectada por la violencia⁹.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

El Defensor del Pueblo dispuso una investigación orientada a esclarecer las causas de la infección de nueve personas y de la muerte de cinco de ellas, así como a evaluar la idoneidad y cumplimiento de las normas y procedimientos utilizados en la transfusión y recolección de sangre. La investigación concluyó con el *Informe Defensorial n.º 89: La infección de ocho pacientes con VIH por transfusión de sangre donada en el Instituto Especializado Materno Perinatal*.

Previo a la investigación, el MINSA comunicó a la Defensoría del Pueblo sobre la infección de un recién nacido con el virus del VIH/SIDA en el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP), a consecuencia de una transfusión de sangre de un donante que se encontraba en período de ventana¹⁰.

La investigación reveló las causas de la infección de nueve personas y de la muerte de cinco de ellas. Se determinó que el donante de la Unidad de Sangre n.º 902 portaba el virus del VIH. El Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre del IEMP dividió el contenido de dicha unidad de sangre en dos bolsas, una de las cuales fue utilizada en la transfusión de homoderivados para seis de los casos investigados en el IEMP. La otra bolsa fue remitida al Hospital de Emergencias Pediátricas y utilizada en los otros tres casos investigados. La investigación determinó que el fallecimiento de cuatro de las cinco personas no fue a causa de la transfusión de sangre recibida.

⁹ DEFENSORÍA DEL PUEBLO. *A dos años de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación*. Serie Informes Defensoriales n.º. 97, Lima 2005, pp. 260-261.

¹⁰ Oficio 3046-2004-DM-MINSA, 18 de noviembre del 2004.

Entre las recomendaciones más importantes formuladas en el informe, destacan las siguientes:

a) Que el Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre (PRONA-HEBAS) supervise la implementación de las Normas Técnicas del Sistema de Gestión de la Calidad del Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre, aprobadas mediante RM 614-2004/MINSA; que dicho programa realice evaluaciones periódicas sobre la aplicación y contenidos del «Formato de Selección del Postulante»; que se evalúe la posibilidad de crear un Banco de Datos del Donante de Sangre de alcance nacional; y que se elabore e implemente un plan de capacitación a nivel nacional, así como un instructivo que facilite la aplicación homogénea del «formato de selección del postulante».

b) Cumplir con el procedimiento para obtener el consentimiento informado para la transfusión de sangre.

c) Que el Instituto Nacional de Salud realice pruebas de tamizaje para VIH a todas las unidades de sangre cuyos hemoderivados fueron utilizados.

También se instó al Instituto Especializado de Salud del Niño a que gestione que los pacientes de los casos en los se les contagió de VIH mediante la transfusión de sangre infectada, reciban tratamiento antirretroviral, un seguimiento periódico y la rehabilitación que les permita un crecimiento y desarrollo tan saludable como sea posible, así como apoyo psicológico y profesional especializado a los pacientes infectados y a sus familiares.

15. PORTUGAL

1. INTRODUÇÃO. 2. SISTEMA DE SAÚDE: 2.1 Princípios, estrutura e meios. 2.2 Participação. 3. DIREITOS: 3.1 Direito à saúde. 3.2 Direito ao medicamento. 3.3 Outros direitos relacionados com a saúde. 4. REPARAÇÃO. 5. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 6. PROBLEMAS PARTICULARES. 6.1 Saúde mental. 6.2 Apoio social e sanitário. 6.3 Transplantes. 6.4 Doenças crónicas. 7. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA.

1. INTRODUÇÃO

O PJ é um órgão do Estado, constitucionalmente consagrado, desde 1976, no actual art.º 23.º da CRP, com uma abrangência material muito grande no leque das suas competências¹.

Eleito por maioria qualificada pela AR, é-lhe expressamente cometido pela CRP o recebimento de queixas em que sejam visadas quaisquer entidades públicas, por acções ou omissões, ilegais ou injustas, que às mesmas sejam imputáveis.

Para além dessa competência accionada pelo exercício do direito constitucional de queixa ao PJ, pode este, nos termos do seu Estatuto², oficiosamente iniciar as averiguações que entenda pertinentes.

Para além das recomendações aos órgãos responsáveis pela resolução dos problemas detectados, se for disso caso, pode o PJ suscitar junto do TC a apreciação, em sede da chamada fiscalização abstracta, da constitucionalidade de quaisquer normas³.

No caso de normas constitucionais que expressamente exijam a produção de normas legais que confirmem exequibilidade a uma sua dimensão preceptiva, pode o PJ suscitar junto do mesmo TC a fiscalização dessa omissão constitucional⁴.

A primeira decisão tomada pelo TC em sede de fiscalização da inconstitucionalidade por omissão foi em matéria que reflexamente interessa ao presente Relatório, tendo sido suscitada a verificação da omissão ilícita de mecanismos legais que con-

¹ Todavia, data de 1975, portanto antes da aprovação da CRP, a criação legal do PJ; cfr. DL 212/75, de 21 de Abril.

² Lei n.º 9/91, de 9 de Abril, alterada pela Lei n.º 30/96, de 30 de Agosto, e pela Lei n.º 52-A/2005, de 10 de Outubro. Cfr. <http://www.provedor-jus.pt/legislacao/estatutos.htm>.

³ Vid. art.ºs 281.º, n.ºs 1 e 2, d), com os efeitos previstos no art.º 282.º, tudo da CRP.

⁴ Vid. art.º 283.º da CRP. Sendo também competentes para tanto o Presidente da República e, em circunstâncias especiais, os presidentes dos parlamentos autonómicos, tem sido o PJ o único órgão a exercer esta competência. Em geral, a declaração solene da verificação da inconstitucionalidade tem provocado o suprimento da omissão em causa, o que também tem sucedido após a apresentação do pedido e antes da decisão judicial.

ferissem exequibilidade às garantias constitucionalmente estabelecidas em sede de protecção de dados pessoais⁵.

Numa solução de ausência de exclusividade do sistema público de saúde, ganha importância o alargamento que, em 1996, foi feito da competência do PJ, estendendo-a às relações entre privados, quando estiverem em causa direitos, liberdades e garantias, e no quadro de uma relação de domínio⁶.

Se, antes como depois dessa modificação normativa, as queixas reportadas a prestadores privados de saúde são essencialmente tratadas no quadro das entidades com poderes públicos⁷ que têm competências fiscalizadoras e sancionatórias, a alteração legislativa em causa permitiu já que o PJ, directamente, se relacionasse com entidades privadas, quer solicitando informações, quer dirigindo recomendações.

Tendo presente os aspectos técnicos tantas vezes presentes nas queixas recebidas, conta o PJ com a colaboração especializada de um assessor médico, desde 1993. Todavia, em primeira linha, no que toca às alegações de má prática, são os reclamantes sempre informados da possibilidade de participação dos factos à IGS e à ordem profissional competente, seguindo o caso concreto. São também informados da possibilidade, eventualmente existente, de participação ao Ministério Público, para efeitos penais, e de propositura de acção de indemnização, se necessário com recurso ao apoio judiciário⁸.

Embora, para além do que é legalmente vinculado, seja limitada a análise *a posteriori* dos aspectos técnicos da decisão da IGS ou da ordem profissional em causa, procede-se à mesma, pelo menos para efeitos de averiguação de incongruências na fundamentação ou erro manifesto ou grosseiro⁹.

Os dados respeitantes aos últimos anos indicam o recebimento de cerca de centena e meia de processos por ano, em matéria de saúde¹⁰, a que há que somar, em 2005, as cerca de três dezenas de queixas apresentadas sobre este assunto por reclusos.

2. SISTEMA DE SAÚDE

2.1 Ausente que está da conformação do direito de queixa qualquer hipotética exigência de interesse directo, pessoal e legítimo, tal leva a que, também por esta via, sejam apresentados problemas genéricos e estruturais, relacionados com a própria organização do SNS.

⁵ Vid. art.º 35.º, n.º 4, da CRP, e o Acórdão do TC n.º 182/89, que verificou a citada omissão, acessível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1989/03/05100.PDF#page=28>.

⁶ Vid. art.º 2.º, n.º 2, do Estatuto do PJ.

⁷ Assim se incluindo as ordens profissionais (Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros).

⁸ A decidir pela SS, com recurso aos critérios hoje fixados na Lei n.º 34/2004, de 29 de Julho, e na Portaria n.º 1085-A/2004, de 31 de Agosto, alterada pela Portaria n.º 288/2005, de 21 de Março. A respeito deste regime formulou o PJ a sua Recomendação n.º 2/B/2005 (cfr. http://www.provedorjus.pt/recomendetalhe.php?ID_recomendacoes=32).

⁹ Exemplo desse tipo de análise poderá ser encontrado no *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 492.

¹⁰ As queixas mais frequentes dizem respeito a atrasos na realização de consultas, exames ou intervenções cirúrgicas, falta de médico de família no centro de saúde respectivo, negligência médica, falta de resposta a reclamações, mau atendimento administrativo e condições específicas de inscrição e comparticipação pelos vários subsistemas, em especial pela ADSE.

Assim, já em 1978, foi recebida uma reclamação a propósito do funcionamento, num caso concreto, do sistema de emergência médica, accionado então a partir de chamada telefónica para o número de emergência nacional. Aproveitou-se a circunstância para inquirir sobre os mecanismos abstractos desse sistema.

Recollida a informação pertinente, verificou-se inexistir um sistema que acoresse a todas as emergências, estando aquele mecanismo reservado a ocorrências em locais públicos. Para ocorrências noutras locais, seria necessário o contacto com a corporação de bombeiros local.

Mostrando-se inconveniente esta solução por fragmentária, foi recomendada ao Governo a criação de um sistema unificado de emergência médica, sistema esse posteriormente criado¹¹.

Em 1997, na sequência de queixa apresentada por milhares de pessoas, a propósito da dificuldade de acesso a consultas e intervenções cirúrgicas nos hospitais do litoral norte do País (zona do Porto), foram realizadas visitas de inspecção a seis centros de saúde e quatro hospitais, com vista a determinar a articulação existente, os procedimentos no encaminhamento de doentes e a marcação de consultas, exames e cirurgias.

Reconheceu-se a razoabilidade das queixas, não sendo os atrasos maiores por se ter verificado pura e simples recusa de marcação para além de certo período. O PJ constatou a ausência total de critérios para avaliar o aproveitamento de recursos por parte dos serviços hospitalares como dos centros de saúde. A articulação, em geral, era inexistente.

Assim, o PJ recomendou a realização de auditorias técnicas aos serviços hospitalares e aos centros de saúde, para, face à sua efectiva capacidade de resposta, se obter mais eficaz rentabilização dos recursos, isto no quadro de um plano de articulação global entre os diferentes níveis do SNS. Mais recomendou a celebração de protocolos específicos entre os hospitais e os centros de saúde, obedecendo a admissão à consulta hospitalar às medidas de articulação preconizadas.

Recomendou também a informatização do processo de gestão de agenda e marcação de consultas, do mesmo modo se obtendo informação de grande valor gestonário.

A resposta foi globalmente favorável, tendo-se posteriormente realizado novas visitas de acompanhamento da situação¹².

Similar iniciativa foi realizada em finais de 2004, abrangendo vários hospitais e centros de saúde do litoral oeste do país, imediatamente a norte de Lisboa, com especial atenção à ausência de referenciação capaz na especialidade de urologia¹³.

Mais recentemente, foi suscitado um caso concreto em que determinada pessoa, vítima de situação clínica do foro oftalmológico que exigia cirurgia urgente, foi remetida de hospital para hospital, sem que fosse em tempo atalhado o problema. Para além das considerações que se possam fazer, em sede de responsabilidade pelos danos causados pela omissão de tratamento, entendeu o PJ tomar o caso concreto como paradigmático da descoordenação do sistema, na perspectiva do seu utilizador.

Nessa medida, sugeriu-se a adopção de regras claras a propósito dos procedimentos em caso de impossibilidade em tempo útil de tratamento no quadro do

¹¹ Relatório de 1978, publicado no DAR, II série, n.º 47, de 3 de Abril de 1979, p. 1076 (66).

¹² Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 1997, pp. 517 e 599.

¹³ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 435. Recentemente obteve-se notícia de estar em ulitimação a respectiva rede de referenciação.

SNS, dando-as a conhecer aos utentes em causa. Mais se sugeriu a definição de uma entidade que centralizasse informação sobre o acompanhamento clínico do utente nas várias instituições para onde seja eventualmente encaminhado, propondo-se para tal papel a primeira unidade hospitalar interveniente. Informou o MS estar o assunto em estudo.

2.2 Na já mencionada adopção da forma de sociedade anónima para certos hospitais, estabeleceu-se nos respectivos estatutos a existência de um conselho consultivo, órgão que estabeleceria a *ligação entre o Hospital e a comunidade que ele serve, competindo-lhe pronunciar-se e formular recomendações ao conselho de administração sobre a prestação do serviço de saúde à população*. Recebida queixa a respeito de um hospital por não instalar este órgão, apurou-se que tal omissão ocorria em todos os 31 hospitais nestas condições.

Muito embora, entretanto, fosse já anunciada a passagem desses hospitais de sociedades anónimas a entidades públicas empresariais, com necessária alteração do regime jurídico, entendeu o PJ fazer notar ao Ministro da Saúde a bondade de se salvaguardar a existência de órgãos deste cariz, por outro lado prontamente se colocando os mesmos em funcionamento em termos de se assegurar a necessária articulação entre o hospital e a população por ele servida. Esta posição foi pronta e favoravelmente acolhida¹⁴.

3. DIREITOS

3.1 A adopção, em 2002, de medidas de gestão empresarial de unidades de saúde, com a assunção de hospitais públicos da forma de sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, permitiu que surgissem notícias a respeito da alegada intenção de um deles em contratualizar os seus serviços com companhias seguradoras, assegurando um acesso privilegiado pelos segurados destas. O PJ, preventivamente, fez notar à entidade envolvida a necessidade de nunca ser ferido o princípio da igualdade de acesso de todos os utentes do SNS aos hospitais públicos, como previsto na própria lei que previa a adopção daquela forma de gestão¹⁵.

Por iniciativa própria, foi inquirido o MS a propósito da ausência de quaisquer normas que regulassem a actividade de execução de tatuagens e aplicação de *pier-cings*, inquirindo-se sobre a existência de projectos legislativos sobre este assunto. A resposta colhida deu conta de, até final de 2006, estar prevista a adopção de um texto legal que assegure a protecção de quem recorre a tais práticas.

3.2 Em 2003 foi apresentada queixa por um utente a quem o respectivo centro de saúde tinha recusado participar no pagamento de uma vacina alergológica dessensibilizante. Ouvida a entidade visada, argumentou a mesma não ter a vacina em causa sido prescrita por especialista.

Reconhecida pela DGS a não aplicação uniforme deste critério, foi recomendado que se assumisse posição sobre a questão, o que foi feito, mantendo-se a orien-

¹⁴ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2005, II volume, p. 1079.

¹⁵ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 427.

tação descrita, e que a mesma fosse divulgada no seio do SNS, o que também foi acatado¹⁶.

Como anteriormente descrito, a Lei n.º 2125, de 20 de Março de 1965, que contém o regime jurídico da actividade farmacêutica, dispõe na sua base II, n.º 1, que as farmácias só poderão funcionar mediante alvará só concedido a farmacêuticos ou a sociedades em nome colectivo ou por quotas, se todos os sócios forem farmacêuticos e enquanto o forem.

Em 1984, o PJ apresentou ao TC um pedido de fiscalização de constitucionalidade das regras legais pertinentes, por as considerar uma restrição injustificada da propriedade privada e da iniciativa económica, sem base material bastante. Na verdade, poder-se-ia considerar como proporcional e bastante à defesa da saúde pública semelhante exigência mas reportada à direcção técnica da farmácia.

Rejeitado esse pedido, pelo Acórdão n.º 76/85¹⁷, tirado com 3 votos de vencido, foi apresentado novo pedido pelo PJ em 1995¹⁸, mas com igual insucesso, através do Acórdão do TC n.º 187/2001¹⁹. Como se mencionou acima, a Autoridade da Concorrência fez recentemente uma recomendação ao Governo, em sentido concordante com a posição sempre defendida pelo PJ.

3.3 Na sequência de queixas apresentadas por utentes do SNS a quem tinham sido indevidamente cobradas despesas com cuidados de saúde prestados, detectou-se uma grande disparidade, entre os vários estabelecimentos do SNS, a respeito do recorte exacto do conceito de «terceiros responsáveis» pelo custeio da assistência, conforme estabelecido na Base XXXIII da LBS. As situações mais flagrantes respeitavam a casos de não identificação prévia do subsistema de saúde do beneficiário, de acidentes de viação ou outros, sempre que não existia um terceiro responsável, legal ou contratualmente, quando existia um terceiro apenas parcialmente responsável e, ainda, nas situações de responsabilidade própria do assistido. Nestes casos, era exigido ao utente o custo das intervenções.

Defendeu o PJ que a «gratuidade tendencial» dos cuidados prestados no âmbito do SNS, constitucionalmente estabelecida, só pode ser afastada «quando exista um subsistema de saúde ou entidade terceira (seguradoras, empregador ou autor de um facto criminalmente punível) responsável».

Reconheceu a Administração a bondade desta posição e emitiu uma circular para uniformização de critérios²⁰.

Para além dos cuidados prestados directamente ou por entidades convencionadas, o SNS comparticipa os seus utentes nas despesas efectuadas em alguns outros cuidados médicos e, especialmente, nas ajudas técnicas (próteses, armações, lentes, dispositivos de compensação, etc.). Sendo a tabela vigente reportada a 1976, fácil é verificar a desactualização da mesma²¹, o que o PJ fez notar ao MS. Mais propôs o PJ que, como alternativa a uma mera actualização genérica de valores, fosse antes concentrado o esforço financeiro naqueles apoios que se considerassem mais rele-

¹⁶ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2003, p. 478.

¹⁷ Vid. *Diário da República*, II série, de 8 de Junho de 1985.

¹⁸ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 1995, p. 249.

¹⁹ Vid. *Diário da República*, II série, de 26 de Junho de 2001.

²⁰ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2005, II volume, p. 1012.

²¹ Por vezes, com valor comparticipado muito inferior ao custo administrativo do pagamento, na ordem das dezenas de cêntimo.

vantes²². Apesar de uma resposta inicialmente positiva, a evolução verificada em 2005 não permite supor a resolução da questão a breve prazo.

A respeito de factores condicionantes da Saúde, é de referir a intervenção do PJ em 1993, fazendo notar ao Governo a bondade da modificação do regime jurídico sobre o Ruído. Apesar das respostas favoráveis, tardou tal iniciativa, tendo-se em 2000 tomado partido a respeito de um projecto então em apreciação²³. Um número significativo destas observações foi acolhido no Regulamento Geral do Ruído, aprovado pelo DL n.º 292/2000, de 14 de Novembro.

4. REPARAÇÃO

A propósito da infecção pelo VIH de vários utentes hemofílicos do SNS, por via da administração de sangue contaminado ou seus derivados, pertencente a certo lote, aplicado em 1986, entendeu o PJ que, desde que conhecidos os riscos de propagação do VIH por meio da transfusão de sangue e de produtos seus derivados, ainda que não exista rastreio totalmente eficaz, tem obrigações de especial cuidado, designadamente perante a menor dúvida que fosse levantada quanto à inocuidade do produto a administrar.

Em relação à prova do nexo de causalidade entre o dano e o evento, sustentou o PJ não se mostrar justo que os cidadãos atingidos no seu direito à vida, sofram ainda o ónus de provarem a nocividade do produto e o facto de a doença ter sido propagada por acção deste e não de outro qualquer meio comumente reconhecido como idóneo para a transmissão dos vírus causadores de SIDA.

Recomendou, assim, o PJ em 27 de Dezembro de 1993²⁴, ao Governo, que indemnizasse os lesados, bastando-se com a prova de terem recebido tratamento médico com o lote em causa e apresentando resultado positivo aos marcadores do VIH. Recomendou também que aqueles que, por qualquer motivo, tivessem sido contaminados pelas vítimas directas deviam ser igualmente indemnizadas.

Não sendo acatada esta recomendação, a solução seguida consistiu na criação de um tribunal arbitral.

Em 1998, e a propósito de outras situações concretas ocorridas muitos anos antes, uma das quais, envolvendo o VIH2, conduziu à contaminação de várias crianças transfundidas num hospital pediátrico, recomendou o PJ a criação de um regime legal apto a indemnizar vítimas de situações similares, em que, não existindo base para responsabilidade subjectiva ou objectiva, existissem motivos de solidariedade social que o justificassem, sem sucesso, todavia²⁵.

Em 1993 vários doentes sujeitos a hemodiálise no Hospital Distrital de Évora vieram a falecer, e outros agravaram o seu estado de saúde, por via de contaminação da rede camarária de água. O PJ dirigiu ao Governo uma recomendação no sentido de ser assumida a responsabilidade por parte do Estado, através do pagamento de indemnização estabelecida por mediação ou solução arbitral, assim como a pres-

²² Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 433.

²³ Vid. *O Provedor de Justiça Defensor do Ambiente*, 2000, pp. 227 e seguintes. Disponível em: <http://www.provedor-jus.pt/publicacoes.php>.

²⁴ *Relatório à Assembleia da República*, 1993, p. 147.

²⁵ *Relatório à Assembleia da República*, 1998, p. 494.

tação da necessária assistência social, psicológica ou outra, a doentes e seus familiares²⁶. Esta recomendação não foi acatada.

Recomendou também o PJ à Câmara Municipal de Évora a realização de inquérito disciplinar para averiguação das acções ou omissões ilícitas imputáveis aos seus funcionários, o que foi acatado²⁷.

Chama-se aqui também a atenção para o caso que ficou descrito no II Relatório da FIO, dedicado à Mulher²⁸, a propósito de lesões graves sofridas por uma utente durante o parto. Apesar da recomendação do PJ para o pagamento de uma indemnização, nada foi possível obter, mesmo após reiteração junto de sucessivos Governos.

5. SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS

A propósito de um caso concreto de recusa de tratamento a cidadão de um país africano, mas a residir legalmente em Portugal há 18 anos, com situação regularizada junto da Administração Fiscal e da Segurança Social, foi ouvido o Hospital em causa, alegando este não estar prevista a assistência, no âmbito do SNS, a cidadãos de países extra-comunitários, na ausência de acordo com Portugal.

O PJ interveio junto da DGS, primeiro, e posteriormente junto do Ministro da Saúde, tendo este reconhecido, através do Despacho n.º 25360/2001, de 12 de Dezembro, o acesso, em igualdade de circunstâncias com os portugueses, dos cidadãos estrangeiros, residentes em situação regular, ao SNS. Do mesmo modo, reconheceu-se o acesso aos estrangeiros em situação irregular, desde que permanecendo no País há mais de 90 dias, muito embora devendo estes, salvo situação social grave ou de risco para a saúde pública, arcar com os custos respectivos²⁹.

A assistência na saúde às pessoas privadas de liberdade, em prisão preventiva como em cumprimento de condenação, tem sido sempre uma das preocupações cimeiras nas análises que regularmente vem o PJ realizando da evolução do sistema prisional desde 1996.

Assim, nos Relatórios realizados a partir de visitas efectuadas a todos os estabelecimentos prisionais em 1996, 1998 e 2002³⁰, foi possível avaliar a assistência prestada em vários aspectos, produzindo várias dezenas de recomendações para melhoria da situação.

Embora se tenha preferido nunca tomar posição sobre a assunção ou não da responsabilidade directa do sector da saúde prisional pelo SNS, o PJ tem sempre defendido o maior envolvimento deste, não só por uma questão de princípio, já que os reclusos também são utentes do SNS, não sendo aliás estanque a realidade penitenciária, mas também por uma cabal racionalização de recursos. Todas as recomendações foram feitas à luz do princípio da igualdade de tratamento, incidindo em especial nas áreas mais problemáticas, como sejam as da toxicodependência e doenças infecciosas.

²⁶ *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 101.

²⁷ *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 119.

²⁸ P. 383.

²⁹ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2001, p. 391.

³⁰ Os respectivos relatórios estão disponíveis em: <http://www.provedor-jus.pt/relatoriosesp.php>.

Os resultados observados desde 1996 são positivos, designadamente em sede de infecciologia. Só muito recentemente foi obtida resposta positiva a uma recomendação sobre a análise da viabilidade de implementação de esquemas de troca de seringas, à semelhança do que se pratica noutros países, europeus e não só.

Uma percentagem significativa³¹ das queixas recebidas dos próprios reclusos assentam, de modo variável, na alegação de prestação deficiente do Estado, através da administração penitenciária ou não, para assegurar o seu direito à saúde. O acesso a consultas, dentro do sistema prisional, a cirurgias, em geral fora do mesmo, e questões ligadas ao (não) fornecimento de medicamentos constituem o grosso dessas queixas.

É também de notar a relativa frequência com que é detectada a falta de coordenação entre as estruturas dependentes do Ministério da Justiça e as do Ministério da Saúde, especialmente no que toca à integração de reclusos em programas de tratamento da toxicodependência.

6. PROBLEMAS PARTICULARES

6.1 Em 1982, foi iniciada a verificação do cumprimento da legislação em vigor por parte dos estabelecimentos de saúde mental, no internamento de doentes, designadamente contra a sua vontade. Foi relatada a dificuldade que o procedimento então previsto na Lei n.º 2118, de 3 de Abril de 1963, colocava na eficácia da medida, bem como as dúvidas de constitucionalidade de diversas normas, anteriores que eram à CRP e emitidas num ambiente muito diverso relativo a direitos, liberdades e garantias.

Recomendou o PJ à AR que fosse revista a lei, instituindo um regime análogo ao então já existente para os doentes de Hansen e tendo em conta as recomendações do CE³². Só muito tardiamente, 14 anos passados, foi aprovada uma nova lei de saúde mental, a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho.

6.2 Também no seio do subsistema de saúde próprio dos funcionários públicos, foram simultaneamente recebidas várias queixas em que se relatava atraso de dois e três anos na apreciação de requerimento para pagamento de apoios sociais devidos pela situação de saúde dos beneficiários, em termos de custeio de acompanhante e de complemento por situação de dependência. Exortado o membro do Governo competente, assumiu este o compromisso de, em período inferior a 30 dias, iniciar o pagamento em falta³³.

6.3 Em 1990, fez o PJ uma recomendação sobre a necessidade de modificação do regime jurídico então vigente sobre doação de órgãos e transplantes, constante do DL n.º 553/76, de 13 de Julho. Apontou o PJ vários aspectos a carecerem de urgente revisão ou regulamentação legal, entre os quais, a até então ausência de regras sobre colheita de órgãos e tecidos em pessoas vivas, o estabelecimento do princípio

³¹ Em 2005, quase 20%, para n=150.

³² Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 1984, Diário da Assembleia da República, II série, suplemento ao n.º 61, de 1 de Março de 1985, p. 2125 (78)

³³ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 465.

da gratuidade, as exigências de capacidade para doação, a ausência de critério de morte e a criação de mecanismos que permitissem a manifestação de vontade por qualquer pessoa quanto a doações *post-mortem*³⁴. Esta recomendação foi acatada com a publicação da Lei n.º 12/93, de 22 de Abril³⁵.

6.4 A intervenção do PJ fez-se também sentir a respeito de diversas queixas a propósito da não inclusão da doença de Crohn e da colite ulcerosa no rol de doenças crónicas, com direito à comparticipação total dos medicamentos e à isenção de taxas moderadoras. Ouvido o parecer técnico concordante da Ordem dos Médicos, foi instado o Governo a incluir estas duas patologias na lista de doenças crónicas, se necessário em medida legislativa avulsa dada a premência desta situação. Em geral, foi também reforçada a preocupação de que futuras revisões dos mecanismos de comparticipação ou de taxas moderadoras nunca colocasse em risco o acesso de todos os utentes aos cuidados clínicos e medicamentosos³⁶. O MS, através do Despacho n.º 15399/2004 (2.ª série), de 2 de Julho³⁷, acatou esta recomendação³⁸.

7. CONSIDERAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE O VIH/SIDA

Como consequência do recebimento de queixas a propósito de alegada contaminação por VIH através de transfusões, foi notada pelo PJ a dificuldade de prova dos factos, à partida pela ausência de regras especificamente destinadas à conservação dos respectivos registos. Nessa medida, recomendou o PJ que fosse legislativamente consagrada a obrigação de conservação ilimitada da informação respeitante à recolha e administração de sangue³⁹, o que foi acatado, por um período mínimo de 50 anos, pelo Decreto Regulamentar n.º 16/95, de 29 de Maio⁴⁰.

Em 1999, foi apresentada queixa a propósito da dispensa de serviço de cozinha de militar a quem tinha sido diagnosticada infecção por VIH, situação essa, aliás, que tinha também sido comunicada ao comandante da sua unidade. O PJ recomendou ao Chefe de Estado-Maior do Exército, em geral, que tais análises só fossem efectuadas com o consentimento informado do militar, em caso algum se revelando o resultado a entidade não médica e não sendo tomadas quaisquer medidas discriminatórias que se não conformem com o parecer de junta médica. Mais se recomendou a colocação do interessado em situação compatível com a sua condição de saúde. A recomendação foi acatada em 2000⁴¹.

Também como manifestação de discriminação dos portadores de VIH, mas não só, foi recebida uma queixa a respeito da exigência de análises para despiste de VIH, sífilis e hepatites B e C, para acesso a cursos de formação profissional, no âmbito do

³⁴ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 1990, Diário da Assembleia da República, II série, 2.º suplemento-C ao n.º 31, 18 de Maio de 1991, pg. 25 e segs. Também publicado em Raposo, Mário, *Uma perspectiva de actuação*, Provedoria de Justiça, 1991, p. 166.

³⁵ Vid. <http://dre.pt/pdfgratıs/1993/04/094A00.PDF#page=3>.

³⁶ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2003, pg. 465, e 2004, p. 426.

³⁷ Vid. <http://dre.pt/pdfgratıs2s/2004/07/2S179A0000S00.pdf#page=10>.

³⁸ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 438.

³⁹ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 175.

⁴⁰ Vid. <http://dre.pt/pdfgratıs/1995/05/124B00.PDF#page=6>.

⁴¹ Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 1999, II volume, p. 89.

Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Este, em sua defesa, alegou ter apenas sido solicitado tal para os candidatos a certas actividades.

O PJ consultou diversas entidades públicas ligadas com a matéria, incluindo a Ordem dos Médicos, essencialmente quanto à justificação substantiva do despiste face às actividades enunciadas. Todos os pareceres foram negativos quanto a essa justificação.

Fez-se notar este facto ao IEFP, bem como a circunstância de não parecer estar a ser cumprida a exigência do consentimento informado, prévio à colheita. As observações foram acolhidas, através de uniformização de procedimentos a nível nacional⁴².

Acessoriamente para prevenção de comportamentos discriminatórios, mas essencialmente pela dignidade dos doentes e pela reserva que merece a sua intimidade, tem tido o PJ também ocasião de intervir em casos em que tal sigilo estava comprometido.

Num desses casos, adicionalmente, ocorreu estar em causa conduta de um hospital privado, o que motivou que, pela primeira vez na história da instituição, tivesse sido dirigida uma recomendação a uma entidade privada, aliás acatada, invocando a então recente alteração introduzida pela Lei n.º 36/96 no art.º 2.º, n.º 2, do Estatuto do PJ. Assim, nas instalações desse hospital estava colocado em local visível por qualquer transeunte informação sensível, designadamente associando o nome de cada utente, a sua patologia ou a terapêutica instituída⁴³. Foi recomendada a alteração desta prática, o que foi aceite, assegurando-se o acesso reservado a quem, pelas suas funções clínicas, tivesse essa estrita necessidade⁴⁴.

Também em várias instituições de saúde públicas foram detectadas práticas administrativas erradas, como o chamamento nominal dos doentes para consultas claramente marcadas como sendo «de SIDA», assim permitindo aos demais utentes o conhecimento do estado de saúde do chamado, aliás identificado, ou a exigência feita aos doentes que realizavam certas análises ligadas com a infecção por VIH de manterem à vista um recipiente próprio, funcionando como marca potencialmente estigmatizante. Esta intervenção do PJ teve, em geral, bom acolhimento pelas instituições visadas⁴⁵.

⁴² Vid. *Relatório à Assembleia da República*, 2004, p. 444.

⁴³ Facilmente se percebendo, no caso dos antiretrovíricos, qual a patologia presumível.

⁴⁴ Vid. Recomendação 78/A/97, in *Relatório à Assembleia da República*, 1997.

⁴⁵ Vid. *A Provedoria de Justiça na salvaguarda dos Direitos do Homem*, 1999, p. 107.

16. PUERTO RICO

1. INTRODUCCIÓN. 2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 2.1 Condicionantes de la salud. 2.2 Política de salud pública. 3. DERECHOS: 3.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 3.2 Derecho al medicamento. 4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 4.1 Mujer. 4.2 Minorías. 5. PROBLEMAS PARTICULARES: 5.1 Salud mental. 5.2 Dependencia y atención socio-sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

Los casos trabajados correspondientes al año fiscal 2004-2005 están recopilados en materia de Derechos Humanos para un total de 21.227 casos nuevos, de los cuales 8.972 constituyeron reclamaciones de derechos, 7.489 fueron orientaciones sobre sus derechos y procedimientos administrativos, además de realizarse 4.766 coordinaciones con entidades fuera de la jurisdicción de la Oficina. Entre los derechos sociales reclamados, en el área de la salud se radicaron 249 querellas (2,8%), 198 orientaciones (2,6%) y 125 coordinaciones (2,6%).

2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

2.1 Residentes de un sector del pueblo de Las Piedras radicaron una reclamación por emanación de fuertes olores provenientes de la compañía procesadora de carnes aledaña a sus residencias, la cual disponía de los sobrantes de carne en los contenedores de basura, provocando fuertes olores y pestilencias, aparte de insectos y roedores. Esta situación violaba el derecho social del medio ambiente. Luego de la investigación correspondiente, el Programa de Salud Ambiental del Departamento de Salud (DS) ordenó remover el contenedor de basura y limpiar el área afectada (HUM-05-00732-082).

2.2 Un ciudadano alegaba que tenía problemas de adicción a drogas, así como problemas emocionales, y que se le había negado toda ayuda solicitada para recibir tratamiento. Indicó que solicitó voluntariamente ser ingresado en un hospital psiquiátrico y la ayuda le fue negada debido a que no tenía seguro médico, aunque era paciente de la Reforma de Salud del Gobierno. El investigador que atendió el caso se percató de que este ciudadano estaba en una condición de salud riesgosa para su vida, por lo que se procedió a solicitar servicios y ayuda de emergencia. Fue admitido inmediatamente en un hospital psiquiátrico, donde fue estabilizado. La falta de

premura en la intervención de las agencias gubernamentales correspondientes fue evidente, por lo que se realizaron señalamientos al DS y a la Oficina de la Procuradora del Paciente (AMN-05-02392-990).

3. DERECHOS

3.1 Una ciudadana reclamó igualdad en la obtención de servicios de salud. Describe sus reclamos en el marco de gran contención emocional, por la condición de salud de su hijo de 11 años, con un perfil médico que lo mantenía en cama desde su nacimiento. Además, la ciudadana estaba incapacitada y no contaba con la movilidad necesaria para solicitar los servicios públicos socio-económicos para los que cualificaba. Se requirió a las agencias prestadoras de los servicios que otorgaran un plan administrativo flexibilizado a las condiciones de salud de la ciudadana y sus hijos menores, con el propósito de que el poder público garantizara los derechos sociales a dicha familia. La flexibilización fue requerida al Departamento de la Vivienda, a la Administración de Desarrollo Socioeconómico de la Familia, al Hospital Pediátrico, al Departamento de Educación, al DS, a la Oficina de Asistencia Médica, a la Administración de Seguros de Salud y a la Oficina de la Procuradora de las Mujeres. Los servicios fueron otorgados y, en la mayoría de los casos, se obtuvieron las excepciones solicitadas a las agencias involucradas (IE-03-0329-080).

Otra ciudadana presentó una reclamación alegando que el Departamento de Educación, en violación a su derecho social de salud, no le había provisto a su hijo, quien cursa el tercer grado de escuela elemental, el servicio de una nutricionista, con el propósito de confeccionar una dieta especial por un padecimiento de gastritis crónica. Luego de la intervención del Procurador del Ciudadano, se le ofreció al estudiante el servicio solicitado y se le entregó al comedor escolar el patrón dietario correspondiente (ARE-04-00593-110).

3.2 Una ciudadana de edad avanzada y beneficiaria de la Reforma de Salud del Gobierno informó que la aseguradora denegó el pago de un medicamento necesario para su tratamiento de leucemia, a pesar de que la cubierta del plan estaba catalogada como catastrófica e incluye los beneficios de medicamentos, pruebas de diagnóstico y otros procedimientos relacionados sin necesidad de ser pre-autorizados. Luego de la intervención de la Oficina, se le autorizó y despachó el medicamento necesario para su tratamiento, el cual tenía un costo de 3.000 \$\$ mensuales.

4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

4.1 El Procurador del Ciudadano asumió jurisdicción ante la solicitud de una ciudadana víctima de violencia doméstica de parte de su esposo, que presentó un problema de manutención para sus dos hijos, uno de éstos con problemas de salud catastrófica y postrado en cama, además de la incapacidad física de la madre. Se solicitó la intervención de la Unidad de Orientación de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres y de la Policía de Puerto Rico. Se le facilitó a la ciudadana los canales para radicar una orden de protección en contra de su esposo y los trámites para

el cobro de la pensión alimentaria de los hijos. Además se activó al DS y al Departamento de la Familia para atender las necesidades socio-económicas y de salud que presentó la ciudadana sobre sus hijos (IE-03-0403-093).

4.2 El Procurador del Ciudadano asumió jurisdicción con el DS por entender que existía arbitrariedad de parte de éste, para certificar a una reclamante para recibir los beneficios del Plan de la Reforma de la Salud del Gobierno, por no tener claro su estatus de ciudadanía ante el Servicio de Inmigración y Naturalización Federal. La ciudadana estaba casada con un puertorriqueño, que se encontraba desempleado, y ella tenía 36 semanas de gestación, era médico-indigente, sin ayuda ni tratamiento médico para el momento del nacimiento de su hijo. Con la intervención del Procurador del Ciudadano se logró que se le brindaran los servicios médico-hospitalarios y post-parto a la ciudadana extranjera (HUM-03-0630-080).

5. PROBLEMAS PARTICULARES

5.1 Una ciudadana solicitó la orientación inicial de la Oficina del Procurador del Ciudadano para conocer las ayudas y/o programas disponibles para pacientes de salud mental y participantes de la Reforma de Salud. Se canalizó su petición de ayuda ante el DS y la ciudadana optó por solicitar la calificación de su hermano al Programa de Hogares Independientes, administrado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA). Posteriormente, la ciudadana indica que la institución hospitalaria que tenía admitido a su hermano procedería a darle de alta sin que éste estuviera estabilizado mentalmente, factor que implicaba la amenaza a la vida del paciente, de familiares y vecinos. Se intervino con la administración del hospital y se le requirió a la ASSMCA que asumiera jurisdicción para que se le garantizara el tratamiento y la asistencia médica adecuada. Luego de la intervención del Procurador del Ciudadano, fue iniciado un recurso legal a través de la trabajadora social del área conductual del hospital, para requerirle al tribunal un dictamen que logró la permanencia del paciente en el hospital, hasta tanto la ASSMCA asumió la jurisdicción del mismo. El paciente fue internado en un hospital psiquiátrico hasta que se logró su estabilización (IE-03-0196).

5.2 Se recibió reclamación solicitando la intervención a favor de un ciudadano de edad avanzada, quien alegadamente estaba expuesto a maltrato y peligro debido a que su familia no se ocupaba de él, dejándolo solo, sin alimento, y había sido víctima de actos vandálicos. La Oficina del Procurador reclamó al Departamento de la Familia (DF) a que adoptara medidas adecuadas y necesarias para la asistencia integral y preventiva de cualquier amenaza a la vida y salud de este ciudadano. A través de Emergencias Sociales del DF, se realizó un trámite administrativo acelerado, mediante el cual se logró trasladar al ciudadano a un hospital con el fin de recibir asistencia médica inmediata y para que se brindaran las alternativas para servicio de ama de llaves, así como gestiones con varios centros disponibles para el cuidado de personas de edad avanzada. Se contactó a los familiares del ciudadano y éstos asumieron su responsabilidad (AMN-05-02347-100).

17. VENEZUELA

1. INTRODUCCIÓN. 2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA. 3. DERECHOS: 3.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 3.2 Derecho al medicamento. 4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS. 4.1 Mujer. 4.2 Niñez y adolescencia. 4.3 Indígenas. 5. PROBLEMAS PARTICULARES: Situaciones de discapacidad. 6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

La Defensoría del Pueblo (DP) tiene como atribución constitucional la promoción, defensa y vigilancia de los Derechos Humanos, entre ellos, el Derecho Humano a la salud. La Defensoría del Pueblo creó la Defensoría Especial con Competencia Nacional en las Áreas de Salud y Seguridad Social. Esta dependencia tiene la misión de coordinar la función defensorial de promoción, defensa y vigilancia del derecho a la salud y a la seguridad social. En el marco de sus atribuciones, esta Defensoría Especial ha utilizado como mecanismo de control y seguimiento la investigación, la coordinación interinstitucional, la vigilancia permanente a través de las inspecciones a los centros de salud, la orientación y recomendación a los organismos gubernamentales y no gubernamentales, entre otras acciones. Como coordinación interinstitucional ha realizado, conjuntamente con otras instancias de la Defensoría del Pueblo, reuniones con los entes públicos en el área de la salud. A los mismos se les han presentado propuestas, observaciones y recomendaciones.

La Institución cuenta con un registro nacional de casos recibidos¹. Estas quejas y peticiones conducen a dos tipos de actuación ante el caso: se orienta al peticionario y se remite al órgano competente para conocer del caso; o bien, se abre un expediente y se activan mecanismos tales como la mediación y conciliación, las mesas de diálogo, o la actuación ante los órganos de administración de justicia.

Durante el período 2001-2005, la Defensoría ha recibido 2.574 peticiones o quejas en las cuales se identificaron situaciones y actuaciones que afectaron al derecho a la salud. La mayoría estaban relacionadas con la accesibilidad a los servicios, falta o insuficiencia de recursos, falta de atención adecuada y oportuna, cobros indebidos de servicios médicos gratuitos, y la negativa reiterada de brindar atención médica de emergencia a pacientes en diferentes hospitales. También se han recogido denuncias relacionadas con las fallas en las políticas de control de enfermedades emergentes, vinculadas fundamentalmente con el acceso a los servicios de prevención.

¹ Se consideran *casos* todas las denuncias, peticiones o consultas presentadas por los ciudadanos y ciudadanas en todas las Defensorías Delegadas Estadales a escala nacional.

Se han presentado asimismo, denuncias o reclamos vinculados a la ética médica, muchos de las cuales se relacionan con la ausencia de recursos pero también reflejan fallas en relación al principio de aceptabilidad. Las principales causas identificadas son: traslados injustificados, malos tratos y afectación de los derechos de los y las pacientes. Finalmente, se presentaron quejas relacionadas con la calidad del servicio prestado, como condiciones inadecuadas de atención, falta de atención adecuada y falta de atención oportuna.

Del total de casos atendidos, le correspondió a disponibilidad (cese de actividades o cierre injustificado del servicio, falta o insuficiencia de recursos, control de enfermedades emergentes) el 23,79%; a accesibilidad (denegación de servicios o recursos, denegación reiterada de atención médica de emergencia, solicitud indebida de cobros o recursos, derecho a petición y oportuna respuesta, falta de acceso a medicamentos o recursos) el 38,56%; a aceptabilidad (derechos de los pacientes, traslados injustificados, malos tratos) el 8,10%, y a calidad (condiciones inadecuadas de atención, falta de atención adecuada, falta de atención oportuna) el 29,54% del total.

Si bien el Ministerio de Salud y Desarrollo Social fue identificado en el 14,7% de los casos recibidos como el órgano vulnerador del derecho, distintos organismos adscritos a este Ministerio recibieron señalamientos: se señaló la responsabilidad de las autoridades y del personal hospitalario en el 45,2% de las denuncias, y de las autoridades y personal del IVSS en el 5,4% de las denuncias. También las gobernaciones fueron señaladas (4,7%), los tribunales de instancia (3,3%), las policías estatales (2,7%) y las alcaldías (2,5%). Los prestadores privados de salud fueron señalados en 1,7% de los casos. En cuanto a la distribución geográfica, la Sede Central, ubicada en Caracas, recibió la mayor cantidad de denuncias, representada con el 33,4% del total, seguido de los estados Miranda (8,6%), Zulia (5,9%), Sucre (4,9%) y Mérida (3,9%).

2. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

La Defensoría del Pueblo, a través de distintas dependencias, ha atendido una gran cantidad de casos que reflejan situaciones ambientales que afectan la salud de las comunidades y poblados aledaños. Este es el caso de la infiltración de 2.000 barriles de gasolina sin plomo que dejó sin agua potable a una comunidad de 250 habitantes en el año 2001. Frente a esta contingencia, la DP se hizo presente, solicitó la presencia del MARN, el Ministerio Público y Pdvsa e instó a que informaran de los resultados de las actuaciones y diligencias practicadas. A partir de obtener la información solicitada, se logró la conformación de una comisión permanente de todas las instituciones presentes para establecer y desarrollar mecanismos de seguimiento. Finalmente se acordó que Pdvsa se encargara de suministrar el servicio de agua a las comunidades afectadas por la inhabilitación de los cuatro pozos².

En materia de salud ambiental es importante destacar que la Defensoría del Pueblo cuenta con la Defensoría Especial con Competencia Nacional en Materia Ambiental, la cual, trabajando en coordinación con otras instancias de la Institución,

² Defensoría del Pueblo 31/01/2003, en la página web: <http://www.defensoria.gov.ve/detalle.asp?sec=160407&id=162&plantilla=1>.

ha atendido desde su creación diversas situaciones vinculadas con contaminación atmosférica de suelos y aguas, invasión e intervención en áreas protegidas, obstrucción de quebradas y desaparición de ecosistemas, entre otros asuntos, los cuales están en directa relación con los condicionantes que influyen en la salud de la población.

A través de la actividad de mediación y conciliación, mesas de diálogo y acciones judiciales, la Defensoría Especial en materia ambiental ha logrado acuerdos interinstitucionales para dar solución a situaciones que afectan la salud pública. Los casos asesorados relacionados con la contaminación atmosférica, de suelos y aguas en áreas naturales y urbanas, se vinculan principalmente con la degradación del ambiente (ríos, aire, bosques) ocasionada principalmente por la descarga de aguas servidas; el inadecuado manejo (recolección, transporte, transferencia, disposición, tratamiento) de residuos y desechos sólidos; la explotación minera, y los altos niveles de ruido producido por actividades comerciales, domésticas y sociales.

Como caso de especial atención durante el año 2005, se evaluó la práctica de la actividad minera en los estados Amazonas, Bolívar y Delta Amacuro, y los efectos que ésta ha causado en detrimento de la calidad de vida de las comunidades, el ambiente y los recursos que éste aporta. La Defensoría Especial fijó posición ante el MARN y formuló las respectivas recomendaciones. Asimismo, instó a los entes competentes para la reubicación de los mineros fuera de las tierras de las comunidades indígenas, a fin de mitigar el impacto sobre los ríos que proveen de agua a estas comunidades.

Otra de las acciones emprendidas durante el año 2005 fue la organización de mesas técnicas con las autoridades del Municipio Libertador y del Área Metropolitana de Caracas, para abordar la problemática actual de la basura en el Área Metropolitana de Caracas y la afectación de la calidad de vida de los ciudadanos. En este sentido, se solicitó información sobre las políticas a desarrollar para el manejo de residuos y desechos, y los planes operativos de manejo integral de residuos y desechos, entre otros. En total se celebraron siete mesas técnicas de trabajo, a las que asistieron representantes de organismos competentes en el área. Algunos de los temas abordados en las mismas fueron: obstrucción y sedimentación de los caños y canales del sector Agua Clara, ubicado en el estado Miranda; problemas ambientales del Distrito Capital, y avances en el saneamiento del Río Guaire.

3. DERECHOS

3.1 Durante los últimos años, el derecho a la salud se ha visto seriamente afectado por un conjunto de situaciones y momentos de crisis que han conllevado la paralización de algunos servicios de salud, e inclusive al llamado de paralización total del sistema de salud. Estas situaciones han sido generadas, en buena medida, por el contexto de conflictividad política nacional, ante la toma de partido de los gremios de la salud, los cuales han esgrimido como causantes de las acciones: la deficiencia de entrega de insumos y medicamentos, las deudas del Estado con los gremios de la salud, el deterioro de los centros de salud, entre otras.

En estas situaciones ha intervenido la Defensoría del Pueblo, generando mesas de diálogo y procesos de acuerdo y concertación que han traído resultados positivos en la solución gradual de la crisis. Los casos más relevantes son los siguientes:

a) *Caso Conflicto médico año 2002.* Durante el año 2002, diversos conflictos médicos, motivados esencialmente por causas político-partidistas, se tradujeron en interrupciones totales del sistema público nacional de salud. Representantes del MSDS y la Federación Médica Venezolana acordaron fijar como servicios médicos indispensables, es decir, que no se pueden paralizar, los servicios de: emergencias para adultos y niños, terapia intensiva, servicios quirúrgicos, salas de parto y control obstétrico para embarazos de alto riesgo, laboratorios, radiología, bancos de sangre, reportes de enfermedades infecto-contagiosas, atención de enfermos graves o en condiciones de urgencia, ambulatorios rurales y anestesiología.

En el contexto de dicho conflicto, y ante el llamado de poner en práctica la acción denominada hora 25, la Defensoría realizó más de 2.000 inspecciones a centros de atención médico asistencial dependientes del MSDS en el ámbito nacional, a fin de velar por la prestación de los servicios mínimos indispensables. También se introdujo una acción de amparo por violación del derecho a la salud, en virtud del cierre parcial de los servicios de atención médico asistencial en el estado Yaracuy.

En el estado Apure, la Defensoría del Pueblo inició un proceso de mediación para garantizar la suspensión del conflicto del gremio médico, durante la emergencia decretada por las inundaciones que se produjeron luego de fuertes precipitaciones, logrando así que se restituyera completamente la atención médica adecuada para la población.

b) *Caso Lock Out empresarial 2002-2003.* Continuando con la paralización de los servicios médicos en el sistema público de salud, que se había iniciado intermitentemente desde el mes de febrero, el 2 de diciembre de 2002 la Federación Médica Venezolana se sumó al *lock out* empresarial convocado por los sectores opositores al Gobierno Nacional, el cual buscaba la paralización total y absoluta de la actividad económica, comercial y financiera del país para exigir la renuncia del Presidente de la República.

Durante el desarrollo del *lock out* empresarial se produjeron múltiples vulneraciones a los Derechos Humanos, entre ellos al derecho a la salud, motivado al cierre parcial de los establecimientos de atención médica, ambulatorios y hospitales, con la postergación indefinida de las consultas externas y el incumplimiento de los Programas de Atención Médico Asistencial a las comunidades.

La DP realizó diversas inspecciones a los distintos centros de salud ubicados a nivel central, pudiendo constatar en los principales hospitales y centros asistenciales que permanecieron abiertos, deficiencias operativas para su funcionamiento, irregularidades en la dotación, ausencia laboral, entre otros. Los Distritos Sanitarios y los ambulatorios en buena medida variaron los horarios de atención al público. El Plan de acción desplegado por la DP se llevó a cabo por medio de 60 funcionarios permanentemente dedicados al seguimiento del paro, durante el tiempo que éste duró (aproximadamente dos meses). Estos funcionarios cumplieron labores de inspección, tramitación de denuncias, investigación de los hechos denunciados, intervenciones urgentes y acciones de mediación y conciliación.

También se evidenció la escasez de medicamentos en algunos locales farmacéuticos. Realizadas las inspecciones a las droguerías y distribuidores de medicamentos, en conjunto con la Dirección de Drogas y Medicamentos del MSDS, se logró articular una reunión con los integrantes de la red de distribución de medicamentos (laboratorios, droguerías y farmacias, autoridades del MSDS, incluido el Coordinador del Programa de SEFAR-SUMED), logrando así la suscripción de los acuerdos con miras a garantizar el suministro de los medicamentos a nivel nacional, cooperando

con canales interinstitucionales para el suministro de gasolina para los transportistas y apoyo de seguridad.

La Superintendencia de Seguros y Reaseguros solicitó apoyo a la Defensoría del Pueblo con el objeto de realizar inspecciones a las diez primeras empresas en el ramo, con el fin de instar a la restitución de los servicios a los clientes.

Las acciones, llamados y exhortos permanentes de la Defensoría del Pueblo durante el *lock out* empresarial se realizaron siempre bajo la premisa de que no podían bajo ningún concepto ser paralizados o interrumpidos los servicios mínimos indispensables, como los Servicios de Emergencia de Adultos, Servicios de Especialidades Médicas, Servicio de Emergencia Pediátrica, Terapia Intensiva, Servicios Quirúrgicos, Sala de Parto, Servicio de Obstetricia, Laboratorios, Servicio de Radiología, Banco de Sangre, Cadena Epidemiológica, Servicio de Farmacia, Servicio de Diálisis y Servicio de Anestesiología.

c) *Crisis hospitalaria en el Distrito Metropolitano de Caracas en el año 2004.* Desde mediados del año 2004, la situación de crisis presupuestaria de la Alcaldía del Distrito Metropolitano de Caracas (Alcaldía Mayor de Caracas) afectó el suministro de medicamentos e insumos médico quirúrgicos a los 17 hospitales dependientes de ella, y por ende, el servicio que en ellos se ofrece, vulnerando el derecho a la salud de los pacientes residentes en el Área Metropolitana de Caracas y los provenientes de otras ciudades del país. A partir de esta situación se presentó una fuerte diatriba entre la AMC, los Ministerios de Salud y Desarrollo Social (MSDS), de Finanzas (MF) y del Interior y Justicia (MIJ), responsabilizándose mutuamente de ser los causantes de la situación.

Ante la crisis surgida, la Defensoría del Pueblo convocó a una mesa de diálogo con el objeto de que las partes se sentaran a dialogar sobre la crisis hospitalaria en los hospitales de la red del Área Metropolitana, para solventar el problema en la prestación del servicio público de salud. Se realizaron tres sesiones entre el 4 y el 18 de octubre del 2004, con la participación de diversos representantes de dichos organismos, bajo la coordinación de la Defensoría del Pueblo.

Entre los acuerdos alcanzados en la primera sesión figuran el compromiso del MSDS de ejecutar, de forma inmediata y bajo la supervisión de la Defensoría del Pueblo, un plan de dotación controlada a los hospitales dependientes de la Alcaldía Metropolitana, de insumos, material médico-quirúrgico y medicamentos en la cantidad equivalente al consumo promedio mensual de cada centro de la red hospitalaria, con base en listados de necesidades que presentaría la Alcaldía; el acuerdo por parte de la Alcaldía y el Ministerio de Interior y Justicia, de efectuar las gestiones pertinentes para que recursos por el orden de Bs. 2.500 millones correspondientes a intereses generados por fideicomisos constituidos con recursos de la Ley de Asignaciones Económicas Especiales (LAEE), no ejecutados por la Alcaldía, fuesen orientados a la adjudicación de medicamentos e insumos destinados a la red hospitalaria dependiente de esta Alcaldía; el compromiso de la Alcaldía de presentar nuevos proyectos relacionados con el sector salud ante el MIJ, así como de ejecutarlos de inmediato una vez aprobados y transferidos los recursos correspondientes, y el del MIJ de revisar e imprimir celeridad a los proyectos presentados por el Gobierno Metropolitano, y a los consignados con anterioridad; la conformación de mesas técnicas interinstitucionales para mantener el diálogo entre las partes, a fin de determinar las necesidades y buscar soluciones a corto, mediano y largo plazo, a la situación hospitalaria del área metropolitana de Caracas.

El Defensor del Pueblo exhortó al Contralor General de la República a designar un funcionario con facultades especialísimas y de manera permanente, para que solicitase la rendición de cuentas al MSDS y a la ADMC. Asimismo, exhortó a los alcaldes de los municipios Sucre, Baruta, Chacao y El Hatillo, a cancelar las deudas que mantenían con el Gobierno Metropolitano, realizando los aportes a la Hacienda Pública Metropolitana del 10% del Situado Constitucional y del 10% de los ingresos propios correspondientes al período 2000-2003, los cuales ascendían a la suma de Bs. 56.711.384.360,27.

En la segunda sesión, las partes informaron que el Plan de dotación de insumos se estaba ejecutando. Se hizo una evaluación y se acordó continuar con su implementación y optimizar el sistema de entrega de los productos. El MIJ autorizó a la ADMC la utilización de Bs. 2.506 millones generados por los fideicomisos constituidos con recursos provenientes de la LAEE, expresando la Alcaldía que se encontraba realizando los trámites para presentar los proyectos que le permitirían acceder a esa cantidad de dinero. Adicionalmente, el MIJ informó que seis proyectos se encontraban en cuenta para ser presentados al ministro para su aprobación y posterior certificación, dos estaban pendientes por recaudos y tres aprobados.

Durante la tercera mesa de diálogo, la Alcaldía informó que la Comisión de Finanzas del Cabildo Metropolitano aprobó el informe para el crédito adicional por los recursos provenientes de la LAEE para el área de salud. Por su parte, el MSDS se comprometió a dotar con insumos por el orden de Bs. 1.400 millones a la red de hospitales de la Alcaldía, con base en los listados de prioridad elaborados por las comisiones técnicas, y a adquirir en los próximos días, por un monto de Bs. 1.100 millones, los rubros de medicamentos y material médico quirúrgico que no mantiene actualmente en sus inventarios. Por último, el MIJ certificó el proyecto para efectuar la rehabilitación de siete ambulatorios del Gobierno Metropolitano por un monto de Bs. 375.719.929,47, mientras que estaba a la espera de certificación el proyecto de adquisición del parque automotor del Banco Municipal de Sangre.

Para el momento de esta tercera reunión, la situación de crisis que presentaban los centros hospitalarios metropolitanos se encontraba en plena superación. La Defensoría continúa haciendo el seguimiento de los acuerdos pendientes en este caso a los fines de velar por su cumplimiento.

d) *Otros conflictos que afectan el derecho a la asistencia sanitaria.* La Defensoría ha mediado en conflictos en centros de salud que han amenazado con vulnerar el derecho de los y las pacientes a recibir la asistencia sanitaria adecuada. Ejemplo de ello fue el acompañamiento realizado a la comunidad, pacientes y usuarios del Hospital «José Gregorio Hernández» del IVSS en La Pastora (Caracas) en la lucha contra el cierre del mismo, concertando y conciliando para la resolución del conflicto entre la sucesión, dueña de la sede donde funciona y el IVSS.

3.2 Durante el año 2004, la Defensoría del Pueblo convocó a los representantes de los diversos programas de suministros de medicamentos del MSDS y del IVSS, a la celebración de una serie de mesas de diálogo como respuesta a las múltiples denuncias que la Institución había recibido con relación a la escasez de medicamentos especializados para las personas que viven con enfermedades de alto costo y alto riesgo.

Los antecedentes de la crisis de suministro de medicamentos para las enfermedades de alto costo y riesgo en el IVSS se remontan al año 2001, cuando comenza-

ron a acumularse deudas con los laboratorios farmacéuticos. Con la convocatoria a las mesas de diálogo, la Defensoría perseguía:

- a) promover la elaboración de un censo nacional de pacientes con enfermedades de alto costo y alto riesgo;
- b) impulsar la optimización del gasto público en salud mediante la integración de los programas de suministro de medicamentos especializados para las enfermedades de alto costo y alto riesgo;
- c) promover las compras programadas semestrales de medicamentos para enfermedades de alto costo y alto riesgo por parte del Estado venezolano;
- d) la recuperación, por parte del MSDS, de la rectoría en el diseño y ejecución de políticas públicas relacionadas con el área de la salud; y
- e) establecer información económica-financiera sobre los costos reales de la deuda con la industria químico-farmacéutica por parte del Estado venezolano.

El largo proceso desarrollado a partir de las mesas de diálogo ha contribuido a la realización de las primeras reuniones entre la Dirección General de Salud Poblacional del MSDS y la Dirección General de Salud del IVSS, con las cuales se persigue la integración de los programas de ambos organismos y la conformación del Sistema Público Nacional de Salud. Asimismo, las autoridades de los programas de suministro de medicamentos especializados para las enfermedades de alto costo y alto riesgo han levantado información para diseñar y poner en marcha una base de datos fidedigna sobre sus beneficiarios, con la que se han realizado algunas comparaciones que han permitido detectar duplicidad en los registros sobre las que se aplicaron correcciones; a la vez que se ha iniciado la elaboración de registros sobre la demanda de medicamentos, con los cuales se espera hacer una planificación más acertada acerca de los requerimientos de medicamentos semestrales de estos grupos vulnerables. Las exhortaciones hechas por la Defensoría del Pueblo durante la realización de las reuniones y las mesas de diálogo, lograron que el MSDS iniciara las acciones para retomar la rectoría en aquellos programas de suministro de medicamentos en los que había delegado su responsabilidad.

4. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS

Durante los cinco años de existencia de la Defensoría del Pueblo, las actuaciones en materia de salud de grupos específicos han sido abordadas desde la actuación de las Defensorías Delegadas Estadales, con la asesoría de las Defensorías Especiales con competencia nacional, las cuales brindan el apoyo técnico para la unificación de criterios y normas para la atención de casos. Asimismo, las Defensorías Especiales han desarrollado una labor de promoción y difusión en las materias de su competencia, y una ardua labor de vigilancia a través de inspecciones a las instituciones prestadoras de atención médico-sanitaria, y de defensa a través de mesas de diálogo, atención de casos emblemáticos y acciones judiciales.

4.1 Es así como la Defensoría Especial con Competencia Nacional en el Área de Derechos de la Mujer ha realizado diversos eventos para promocionar los derechos de las mujeres; entre ellos, el derecho a la salud sexual y reproductiva, el registro para el control sanitario de las trabajadoras sexuales y de las mujeres que viven con VIH/SIDA, entre otros. Durante el año 2005 participó activamente en las mesas de

diálogo «Derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva», con el Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer), la Sociedad Médica de la Maternidad Concepción Palacios, los Bomberos Metropolitanos y la organización no gubernamental Ambar.

4.2 Por su parte, en materia de niños, niñas y adolescentes, la Defensoría del Pueblo introdujo durante el año 2001 un escrito de tercería ante el Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas³, por la violación del derecho a la vida y a la salud de los niños y niñas con cardiopatía congénita atendidos en el Hospital JM de los Ríos. La principal causa detectada era la falta de presupuesto que impedía la reparación y mantenimiento de equipos y la dotación de medicamentos necesarios para el diagnóstico preventivo, los tratamientos terapéuticos y las intervenciones quirúrgicas. Debido a esta situación, la población infantil se veía sometida a largas esperas que ponían en riesgo su vida.

A lo largo de más de 21 mesas de diálogo, en las que participaron representantes de diversas instancias de la Defensoría del Pueblo y de los organismos involucrados, además de las organizaciones no gubernamentales actuantes, se logró que el MSDS destinara recursos financieros a los servicios de cardiología y cirugía cardiovascular del Hospital JM de Los Ríos. Asimismo, se entregó a la Fundación Patronato del referido hospital la cantidad de 399.500.000,00 Bs., que fueron destinados para cubrir los gastos de 86 bandejas quirúrgicas y consecuentemente las intervenciones correspondientes. Por su parte, la Alcaldía Mayor de Caracas invirtió Bs. 3.707.987.987 para solventar la problemática planteada en el Servicio de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. El 7 de diciembre de 2004, la Sala IV del Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente de la Circunscripción Judicial del Área Metropolitana de Caracas dio por terminada la causa.

En el año 2004, la Defensoría del Pueblo interpuso una Acción de protección en la Sala de Juicio del Tribunal del Niño y del Adolescente del Estado Yaracuy, en contra del Instituto Autónomo Prosalud, por la paralización en forma arbitraria de los servicios de asistencia, situación violatoria del derecho a la salud y a la vida de niños, niñas y adolescentes. Ante este hecho, la sala dictó providencias cautelares y ordenó la restitución del servicio primario de salud, y se ordenó evitar nuevas paralizaciones⁴.

En el año 2005, la Defensoría del Pueblo, a través de la Defensoría Especial con Competencia Nacional en el Área de Niños, Niñas y Adolescentes, participó en la convocatoria realizada por el Consejo Metropolitano de Derechos del Niño, Niña y Adolescente, para la conformación de una mesa técnica con el objeto de formular políticas públicas de prevención y atención del embarazo en niñas y adolescentes. La Defensoría realizó aportes basados en la legislación nacional y los instrumentos internacionales relacionados con el tema. Asimismo, elevó consideraciones en cuanto a la incorporación del concepto de género, creación de un sistema de información, monitoreo y evaluación de políticas en esta área, creación de un observatorio como órgano asesor, técnico y de apoyo científico, entre otras. Dentro de

³ La Defensoría del Pueblo se sumó a la acción de protección ante la Sala IV de Juicio del Tribunal de Protección del Niño y el Adolescente del Área Metropolitana de Caracas, intentada por las organizaciones no gubernamentales Cecodap, Accsi y Provea, contra la Alcaldía Metropolitana y la Gobernación del Distrito Capital (la anterior).

⁴ Tribunal de Protección de Niños y Adolescentes. Estado Yaracuy. Sentencia del 08.07.04. Exp. 4466-04.

esa misma línea de acción, se realizó el evento Estado, Familia y Sociedad comprometidos por la Prevención y Atención del Embarazo en la Niñez y la Adolescencia, con la finalidad de compartir y evaluar los avances, fortalezas y debilidades de los programas y retos que plantea el tema.

Entre los meses de mayo y diciembre del 2004, murieron en el estado Apure, sector Chaparralito, 47 niños indígenas menores de cinco años, por presentar cuadros de morbilidad asociados a estados avanzados de desnutrición. A solicitud del MP, la Defensoría formó parte de una comisión que llevo a cabo la verificación y estudio de las causas que originaron las muertes. El 6 de septiembre, el Consejo Nacional de Derechos del Niño y el Adolescente, el Cuerpo de Investigaciones Científicas, Penales y Criminalísticas y la Defensoría del Pueblo realizaron una evaluación de la salud de los habitantes y las comunidades afectadas, y solicitaron la exhumación de los cadáveres para determinar las causas de la muerte. Se dirigió comunicación a la Coordinación de Salud del MS, solicitando información sobre las acciones emprendidas. Igualmente, se instó a la Fuerza Armada Nacional para solicitar apoyo de traslado de las comisiones de salud. A través de los esfuerzos de la Institución, la coordinación de Salud Indígena del MS realizó tres visitas al sector afectado con el fin de evaluar el estado nutricional de la población. Se logró que se suministraran medicamentos para anemias, diarrea y afecciones de la piel; se hicieron jornadas de desparasitación a los niños menores de diez años; se supervisó el cumplimiento del esquema de vacunación para esta población, y se verificó el establecimiento de un punto de control epidemiológico.

4.3 En materia de pueblos indígenas, la Defensoría Especial con Competencia Nacional en el Área de Protección de los Pueblos Indígenas coordinó durante el año 2005 acciones con la Dirección General de Atención al Ciudadano y con la Coordinación de Salud Intercultural para Pueblos Indígenas del MS, para atender la ausencia de personal médico en cinco ambulatorios del Alto Orinoco y para alcanzar la reactivación del Plan de Salud para el Pueblo Yanomami. Asimismo, trabajó con la Defensoría Delegada del estado Zulia para estudiar el caso de las concesiones carboníferas dadas por el Ministerio de Energía y Minas en tierras indígenas de la Sierra de Perijá. Durante el período también se brindó asesoría al MS sobre la problemática de salud que enfrenta el pueblo Warao.

5. PROBLEMAS PARTICULARES

Situaciones de discapacidad. La Institución, a través de la Defensoría Especial con Competencia Nacional en el Área de Personas con Discapacidad, ha realizado diversas actividades de promoción, defensa y vigilancia del derecho a la salud de esta población, entre ellas la revisión y el asesoramiento acerca de un número importante de normativas sobre el área en el ámbito nacional y estatal; la capacitación a diversas instituciones públicas y privadas; el establecimiento de contactos con organismos para la obtención de prótesis o implantes; y el envío de exhortos a la dirección del Programa de Atención en Salud para las Personas con Discapacidad del MSDS, para garantizar la existencia de adaptaciones, construcciones y mecanismos que brinden accesibilidad a personas con discapacidad en los Centros de Diagnóstico Integral y las Salas de Rehabilitación Integrales del Ministerio.

Asimismo, se han atendido casos específicos de denegación de atención médica a personas con discapacidad, alegando falta de insumos, no disponibilidad de quirófanos y, más recientemente, en razón de ser portadores de VIH/SIDA, realizando lo concerniente para restituir la situación jurídica infringida⁵. En lo que se refiere a la labor de defensa, se han formulado observaciones y recomendaciones sobre distintos instrumentos legales y proyectos, tales como la Ley Orgánica para la Participación y Atención Integral a las Personas con Discapacidad; el Proyecto de Ley para la Atención Integral a las Personas con Discapacidad o Necesidades Especiales en el Estado Bolívar; el Proyecto de modificación de la Ordenanza sobre la creación del Servicio Autónomo de Atención a las Personas con Discapacidad del Municipio Los Salias del Estado Miranda, entre otros.

6. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

En enero del año 2003, la Defensoría del Pueblo, a través de la Dirección General de Servicios Jurídicos, emitió una opinión jurídica sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos. La DP considera que el Estado Venezolano deber de estar atento y vigilante ante las prácticas que violenten el derecho de igualdad y no discriminación, e impulsar la creación de normas que reafirmen y desarrollen los principios ampliamente consagrados y reconocidos en la Carta Fundamental, para lo cual se podría imitar el ejemplo de otros países en la región que cuentan con instrumentos de rango legal para la protección y realización de los derechos de las personas afectadas de cualquier manera con el VIH/SIDA.

En este sentido, los derechos más vulnerados y violados de las personas que viven con VIH/SIDA son: el derecho a la igualdad y no discriminación; el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la integridad física, psíquica y moral, el derecho a la intimidad de la vida privada, el derecho al trabajo y el derecho a la educación. Respecto de los exámenes médicos a las personas que padecen VIH/SIDA, las normativas internacionales y nacionales protegen la dignidad de la persona humana, estableciendo restricciones en la detección, la confidencialidad y la exigibilidad del libre consentimiento expreso.

Por medio de las recomendaciones que emanan de este documento realizado por la Defensoría del Pueblo, se insta a que el Estado venezolano esté atento y vigilante ante las prácticas que violenten el derecho a la igualdad y la no discriminación. Al mismo se exhorta a la Asamblea Nacional para que impulse la creación de normas a fin de emular a otros países de la región que cuentan con instrumentos legales de protección para las personas con VIH/SIDA. Respecto de las garantías del acceso al medicamento que brinda el Estado venezolano, debe optimizar las alternativas tendientes a abaratar los costos de los medicamentos retrovirales a través de los medicamentos denominados genéricos.

Asimismo, en virtud de ser un problema de salud pública, se hace evidente la necesidad de brindar un apoyo estratégico a las personas que viven con VIH/SIDA, a sus familiares y a las ONG de Derechos Humanos que trabajan en la materia, para tratar de vencer la discriminación, la exclusión, la desinformación, bregar

⁵ DP. Defensoría Delegada Especial del Pueblo con Competencia Nacional en el Área de Discapacitados. Comunicación DP/DECNNAD/0070-06, de fecha 07 de abril de 2006.

por la capacitación de los funcionarios públicos y la población en general sobre VIH/SIDA.

Por lo tanto, concluye la nota emitida por la DP, ninguna persona en condición o enfermedad es objeto de tal discriminación como las personas que viven con VIH (PVVIH) o sufren de SIDA, no sólo por la violación del concepto de dignidad humana, sino por la violación de los derechos civiles, sociales, económicos y culturales. El avance científico en esta materia ha sido utilizado para afianzar la exclusión y la inequidad, acrecentando la diferencia entre los seropositivos y los no seropositivos. Es necesario no sólo garantizar la accesibilidad al derecho a la salud y a la prestación del servicio de atención médico-asistencial e integral a las personas que viven con VIH o sufren de SIDA, sino realizar programas comunicacionales estratégicos que permitan un conocimiento por parte del Estado y de sus funcionarios, y de la población en general, de esta enfermedad estigmatizada, vinculada innecesariamente al aspecto moral⁶.

⁶ Defensoría del Pueblo. En la página web:
<http://www.defensoria.gov.ve/detalle.asp?sec=160407&id=154&plantilla=1>.

18. SÍNTESIS*

1. INTRODUCCIÓN. 2. SISTEMA SANITARIO: 2.1 Principios, estructura y medios. 2.2 Participación. 3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA: 3.1 Condicionantes de la salud. 3.2 Política de salud pública. 4. DERECHOS: 4.1 Derecho a la asistencia sanitaria. 4.2 Derecho al medicamento. 4.3 Otros derechos relacionados con la salud. 5. GARANTÍAS. 6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS: 6.1 Mujer. 6.2 Niñez y adolescencia. 6.3 Indígenas. 7. PROBLEMAS PARTICULARES: 7.1 Situaciones de discapacidad. 7.2 Personas mayores. 8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA.

1. INTRODUCCIÓN

Todos los miembros de la FIO han prestado en los últimos años importante atención, con diversos grados de intensidad, a la protección de la salud. Desde el punto de vista cuantitativo, esta temática ocupa un porcentaje significativo del trabajo de nuestras Instituciones; desde el cualitativo, ninguna discute que la protección de la salud es, ante todo, uno de los más importantes derechos del sistema internacional y constitucional, cuya garantía ha de ser prioridad absoluta de los poderes públicos. Sin embargo, con la excepción de Venezuela (que cuenta con una Defensoría Especial con Competencia Nacional en las Áreas de Salud y Seguridad Social), no se han creado órganos especializados en la materia con rango de Defensoría delegada o adjunta. Ello se debe, seguramente, a un cierto carácter transversal de esta problemática, tal y como pone de manifiesto, por ejemplo, la exposición realizada por la Defensoría de Perú.

Todo el elenco de actuaciones posibles en manos de las Defensorías ha sido utilizado a favor del derecho a la protección de la salud, bien por iniciativa de cada Institución, bien en respuesta a denuncias de los afectados. Así, sin ánimo de ser exhaustivos, podemos citar:

- a) La información, general o particular, sobre el contenido y garantías del derecho a la protección de la salud.
- b) El seguimiento de la actuación de las Administraciones sanitarias o con competencias en la materia, acompañado en muchos casos de exhortaciones de hacer.
- c) La transacción y la mediación en conflictos con la Administración, las entidades aseguradoras y los profesionales sanitarios.

* Esta síntesis se basa exclusivamente en las contribuciones nacionales que figuran en los apartados precedentes de este capítulo. La referencia a la actuación de determinadas Defensorías se realiza a título meramente ejemplificativo. El hecho de que, en relación a cada una de las materias tratadas, no se mencione a otras Defensorías, no implica, en modo alguno, que éstas no hayan intervenido activamente en las referidas materias.

d) La presentación de recursos en sede jurisdiccional, especialmente en los casos en los cuales la desatención a la salud causó daños relevantes, siendo por ello constitutiva de responsabilidad civil o penal.

e) Las recomendaciones de reformas normativas o de políticas públicas, precedidas normalmente de estudios e investigaciones sobre la situación de la salud en el país.

f) La participación en órganos, públicos o semipúblicos, consultivos o ejecutivos, relacionados con la protección de la salud, así como la cooperación con instituciones de la sociedad civil implicadas en la materia.

g) La animación de debates y las campañas de capacitación, sensibilización, información y promoción del derecho a la protección de la salud, en especial en materia preventiva y, singularmente, en relación con el VIH/SIDA.

La mayor parte de las quejas concretas atendidas por las Defensorías en materia de salud no representan casos aislados, sino que derivan de problemas estructurales del sector, cuya responsabilidad última corresponde al Estado respectivo¹. De ahí el especial interés de los documentos elaborados por las Defensorías de balance general y propuesta de alternativas, bien para el sector de la salud en su conjunto, bien para algún problema particular del mismo.

Elevándose sobre el día a día de la resolución de quejas concretas de ciudadanos concretos, la elaboración de estos documentos supone un alto en el camino para reflexionar, valorar y proponer², y ello con un cierto grado de detalle, que va más allá de las propuestas, obviamente más sintéticas, contenidas en los informes generales anuales. Sirven a la garantía objetiva del derecho a la protección de la salud, seguramente más útil a largo plazo que la garantía subjetiva, por cuanto se enfrenta de forma más directa a las causas últimas de los problemas, siempre con pretensiones de modificar la realidad existente³.

Por ejemplo, encontramos relevantes análisis y propuestas generales sobre el marco jurídico e institucional de la protección de la salud en Colombia y en Perú. En el primer caso, la Defensoría publicó un amplio estudio de evaluación de los servicios que brindan las empresas promotoras de salud, que concluía diseñando toda una política pública para el sector; no es de extrañar que la Institución fuera invitada por el Parlamento en la reforma del marco jurídico de la salud en Colombia, en la que llegó a desempeñar un papel muy activo.

Por su parte, la Defensoría de Perú elaboró un estudio algo más modesto pero de alcance similar; nuevamente, no se quedó en el balance negativo del sector sanitario sino que incluyó recomendaciones concretas a los poderes públicos. En otro importante documento, la Institución peruana realizó aportaciones sobre la incidencia del proceso de descentralización en el sector sanitario⁴.

¹ Como apuntábamos en la Introducción de este *Informe*, la FIO no se pronuncia sobre la naturaleza pública o privada de los servicios sanitarios, cuestión esta no resuelta por el Derecho internacional y constitucional de los Derechos Humanos, pero sí destaca el necesario control público del sector. Es decir, si el Estado renuncia a establecer de forma directa un sistema sanitario estrictamente público, al menos debe encargarse de asegurar que en el país existe un sistema sanitario que otorgue garantía suficiente (obviamente, en condiciones de igualdad) al derecho a la protección de la salud.

² Reiteramos aquí lo dicho en el *Informe* del año anterior, sobre la conveniencia de contar en esta tarea con otras instituciones, dedicadas con carácter permanente a la investigación.

³ Por estos motivos, el seguimiento de la actuación *concreta* de las Administraciones públicas, a fin de lograr una satisfacción a favor de un particular también concreto, es seguramente menos frecuente que en otros ámbitos.

⁴ Aprovechamos para destacar que el punto de vista de las Defensorías debería ser tenido en cuenta en todo proceso descentralizador, pues éste tiene consecuencias importantes sobre los Derechos

A otros análisis y recomendaciones, generales o particulares, de las Defensorías sobre el sistema sanitario del país respectivo, nos referiremos brevemente en el apartado siguiente.

Como se comprueba fácilmente con la lectura de los apartados anteriores de este capítulo, el problema más acuciante en relación con la salud es, sin lugar a dudas, la falta de medios materiales y personales suficientes para atender las necesidades de los ciudadanos, lo que da lugar a la vulneración permanente por parte de los Estados, especialmente en los países más pobres de América latina, del derecho al «más alto nivel posible de salud física y mental», reconocido con el máximo rango internacional y constitucional. Partiendo de esta constatación, es lógico que pretendan reducirse los supuestos de atención de las enfermedades y que todos los miembros de la FIO vengan a insistir, de una u otra forma, en la necesidad de aumentar y mejorar las políticas preventivas, destacándose así, de nuevo, la importancia de las garantías objetivas de este derecho; resulta significativo que seguramente se haya producido un mayor número de actuaciones en este campo (y en concreto en los sectores de la seguridad e higiene en el trabajo, el medio ambiente y la política de vacunaciones) que en la asistencia sanitaria estrictamente considerada.

Por otra parte, como es natural, un alto porcentaje de las actuaciones se centró en los problemas de salud de los colectivos más vulnerables de la población (inmigrantes, mujeres, niños y adolescentes, reclusos y comunidades indígenas), objeto prioritario de la actuación de las Defensorías, como hemos tenido oportunidad de analizar en los Informes de años anteriores⁵. No es casual que en la selección de los problemas particulares relacionados con la salud, realizada por las propias Defensorías, se encuentren, en primer lugar, los problemas de las personas mayores y de las situaciones de dependencia, dos de los colectivos donde las necesidades de protección, en este y en otros ámbitos, resultan más acuciantes.

Según venimos señalando, de la actuación de las Defensorías se deduce con total claridad que la vulneración casi sistemática del derecho, especialmente en América latina, deriva de importantes omisiones por parte de los poderes públicos, especialmente del Ejecutivo, el cual resulta ser, como es conocido, el principal objeto de control de estas Instituciones. Sin embargo, también aquí⁶ la vocación de las Defensorías a favor de los Derechos Humanos no se detiene ante supuestas barreras competenciales⁷: así, son analizados también (con obvias modulaciones cuando de exhortaciones o recomendaciones se trata, pues como regla general nuestras Instituciones, directamente, sólo pueden dirigirse a los poderes públicos) casos de vulneración del derecho por parte de particulares; este es el caso, por ejemplo, de las reclamaciones contra médicos (sin importar su adscripción a la sanidad pública o privada), con frecuencia atendidas también por las Defensorías, con soluciones diversas, como veremos.

Humanos, no sólo sobre la eficacia de las Administraciones públicas. Nos consta que la Defensoría de Bolivia está ya trabajando en este sentido, en el marco del proceso constituyente en marcha.

⁵ También en relación con el derecho a la protección de la salud: *I Informe sobre Derechos Humanos: Migraciones*, Dykinson, Madrid, 2003, esp. p. 408; *II Informe sobre Derechos Humanos: Derechos de la Mujer*, Trama, Madrid, 2004, esp. pp. 400-401; *III Informe sobre Derechos Humanos: Niñez y adolescencia*, Trama, Madrid, 2005, esp. p. 510.

⁶ Para un importante precedente, vid. p. ej., *III Informe...*, cit., esp. p. 501.

⁷ Decimos supuestas, pues consideramos que la intensidad del principio de vinculación positiva de la Administración al bloque de la legalidad es mucho menor en nuestras Instituciones, dado que éstas, como regla general, no pueden dictar resoluciones coactivas.

2. SISTEMA SANITARIO

2.1 Los miembros de la FIO consideran que el análisis riguroso, fundadamente crítico, del sistema sanitario imperante en la práctica del país respectivo, resulta imprescindible para construir una alternativa razonable (en esto se resume, a la larga, el amplio y variado conjunto de actuaciones que realizan) que redunde en beneficio de la protección de la salud de los ciudadanos. Si las propuestas parten de datos contrastados y se construyen sobre bases serias, antes o después serán aceptadas por los poderes públicos con responsabilidad, directa o indirecta, en la materia. Por ello, de un modo u otro, nuestras Instituciones, en solitario o en colaboración con otras, han llevado a cabo los estudios necesarios para fundar sólidamente la propuesta de una nueva política pública en el sector salud. Las negativas consecuencias sobre el sistema de Derechos Humanos de una eventual liberalización o privatización de los servicios sanitarios son advertidas con frecuencia.

Junto a los ya citados estudios y recomendaciones publicados por las Defensorías de Colombia y Perú, cabe mencionar especialmente los acometidos por sus homólogos centroamericanos, en cuyos países las carencias del sistema sanitario son más graves. Así, la Defensoría de Costa Rica realizó un análisis crítico del creciente deterioro del servicio sanitario, así como de la eventual solución de la compra de servicios al sector privado, manifestando su opinión al respecto.

En El Salvador se concluyó que las graves carencias del sistema sanitario implican la «infracción a la obligación estatal de cumplir el derecho a la salud de la población salvadoreña», se identificaron las necesidades más urgentes y llegó a formularse la primera Censura Pública de la Institución, señalando a la Dirección General del Instituto Salvadoreño del Seguro Social por contravenir sus obligaciones constitucionales de garantizar el derecho a la salud. También la Procuraduría salvadoreña analizó con especial detalle, y de forma muy crítica, los proyectos de privatización del sector así como las consecuencias para el sector sanitario de la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y la República Dominicana.

En Honduras, la Comisión denunció la vulneración sistemática del derecho, en especial por el «escaso y difícil acceso a los servicios de salud en el área rural, constante número de enfermedades prevenibles, falta de medicamentos y malas condiciones de infraestructura sanitaria», manifestando asimismo su preocupación por el Tratado de Libre Comercio. Como es habitual, la Institución no se limitó a la denuncia pública de la situación sino que incluyó una serie de recomendaciones al Estado hondureño, enfatizando la necesidad de llegar a un amplio consenso nacional, con participación de la sociedad civil.

Por último, en Nicaragua la Procuraduría, tras numerosas visitas a establecimientos sanitarios, denunció las importantes limitaciones del sistema sanitario, dada la insuficiencia de recursos humanos y materiales para satisfacer la creciente demanda de la población respecto a los servicios de salud, recomendando finalmente al Estado nicaragüense cumplir con la gratuidad de los servicios sanitarios, delimitar de forma clara la responsabilidad del Ministerio de Salud, otorgar mayor asignación presupuestaria al área de salud e implementar medidas adecuadas para el control de la ejecución del gasto sanitario.

Paralelamente, otras Defensorías se han centrado más bien en aspectos concretos del sistema sanitario, advirtiendo, por ejemplo, en Paraguay, de los riesgos de desmantelamiento del servicio público de la salud por la anunciada transferencia de recursos

del Instituto de Previsión Social a sectores no sanitarios, o denunciando en Venezuela que la alta conflictividad de los hospitales públicos, que derivó en interrupciones importantes del servicio, afectó de modo significativo al derecho a la protección de la salud, problema este que preocupó también de manera especial en Nicaragua.

También en Europa, donde se reconoce el alto nivel de los sistemas sanitarios de los respectivos países, las Defensorías han puesto de manifiesto la persistencia de algunos puntos críticos. Así, en España y en Portugal, las Instituciones respectivas denunciaron distintos problemas de organización y funcionamiento de los servicios sanitarios (por ejemplo, en relación con los servicios de urgencia o con las llamadas listas de espera) y propusieron algunas medidas para superarlos, muchas de las cuales fueron tomadas en consideración por los poderes públicos competentes.

2.2 La escasa participación ciudadana en la toma de decisiones en materia de salud, expuesta en los distintos apartados del precedente capítulo II de este *Informe*, es justamente criticada por varias Defensorías. Por ejemplo, la Defensoría de Costa Rica, tras considerar la importancia del tema, concluye que debe reconocerse como derecho la participación en el sector, como una forma más de garantizar que los servicios sanitarios se brindan con calidad, oportunidad y eficiencia. Por su parte, la Comisión de Honduras considera que sólo con la participación e implicación de la sociedad civil podrá acometerse con éxito el necesario proceso de reforma del sistema sanitario. Ambas opiniones creemos que pueden ser compartidas por el resto de los miembros de la FIO. En Portugal, el Proveedor ha destacado que los órganos participativos legalmente previstos han de establecerse en todos los hospitales, con independencia de la forma jurídica que adopten.

Por otra parte, tal y como ya apuntábamos al relacionar las actuaciones en materia de salud llevadas a cabo por las Defensorías, no pocas de estas Instituciones han formado parte de órganos, públicos o semipúblicos, consultivos o ejecutivos, relacionados con la protección de la salud y cooperado con instituciones de la sociedad civil implicadas en la materia. Un buen ejemplo es la Mesa Permanente sobre el Derecho Humano a la Salud en El Salvador, nueva muestra de que va consolidándose en Iberoamérica un modelo de Defensoría que, lejos de mantenerse aislada de la sociedad (con el pretexto, todavía recurrente, de preservar su independencia), media activamente entre ésta y el Estado.

3. PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA

3.1 Los condicionantes de la salud han sido objeto de constante preocupación para todos los miembros de la FIO. Además de la pobreza, cuyo tratamiento en profundidad excede del objeto de este *Informe*, las Defensorías han trabajado, sobre todo, en las áreas laboral, ambiental y de consumo. A título de ejemplo citamos a continuación algunas actuaciones significativas en cada una de ellas:

a) *Seguridad e higiene laboral.* La influencia de las condiciones laborales en la salud de los trabajadores fue considerada con especial atención en sectores concretos de El Salvador y Honduras. En el primer caso se partió del análisis de la industria maquilera, constatándose la existencia de graves problemas de seguridad e higiene en la misma y recomendándose la inmediata promulgación de una normativa al respecto, la cual debía incluir, al menos, un sistema sancionador adecuado. En Hon-

duros la Comisión, además de investigar el sector de la industria maquilera, analizó la problemática de los buzos misquitos, estableciendo en ambos supuestos recomendaciones a los poderes públicos, y ello teniendo por norte la prevención de daños a la salud de los trabajadores.

b) *Medio ambiente.* La contaminación ambiental tiene consecuencias perjudiciales para la salud humana y así ha sido denunciado por la práctica totalidad de los miembros de la FIO, en relación con problemas tan variados como los residuos industriales y urbanos (Nicaragua y Venezuela), la sobreexplotación de los recursos naturales (Perú y Honduras), con especial atención a las explotaciones mineras (Honduras y Venezuela), el uso de plaguicidas en la agricultura (Panamá) o las radiaciones ionizantes (España y Panamá). No obstante, el problema más recurrente en este ámbito, dada su más directa incidencia sobre la salud, es el de la calidad del agua, que implicó actuaciones relevantes, sobre todo, por parte de las Defensorías de El Salvador (que en relación con una estación de reciclaje de desechos sólidos pero con recomendaciones trasladables a otros ámbitos, señaló la necesidad de soluciones novedosas no contaminantes), Honduras (criticando las deficiencias de la Ley de Aguas), Panamá (en relación con los establecimientos penitenciarios) o Perú (reivindicando la consideración del consumo de agua potable como derecho humano).

c) *Consumo.* Las Defensorías de Argentina y El Salvador han puesto de manifiesto la importancia del control del consumo para la prevención de enfermedades en casos concretos relacionados, respectivamente, con la fabricación de pan y la elaboración de alcohol destinado al consumo humano.

3.2 El seguimiento por las Defensorías de las políticas de salud pública (y en especial la actuación de los poderes públicos ante enfermedades epidémicas o contagiosas) comienza a resultar significativo, en la línea de superar las limitaciones propias del subjetivismo característico de otras garantías de los Derechos Humanos, como las judiciales. Por ejemplo, se analizaron las actuaciones públicas ante el virus Ébola y la fiebre hemorrágica en Argentina, ante el dengue en El Salvador o ante la hepatitis C en España. En este país, la actuación de la Defensoría en materia de enfermedades contagiosas ha tenido un alcance más general, incluyendo recomendaciones de reforma legislativa al respecto.

El problema del tabaquismo ha preocupado especialmente a las Defensorías de Argentina y España. En el primer caso se recomendó la prohibición de fumar en determinados centros; en el segundo, la Institución formuló un amplio número de recomendaciones a los poderes públicos, lo que motivó reformas normativas importantes.

4. DERECHOS

4.1 El número de quejas concretas resueltas por las Defensorías en relación con la asistencia brindada por el sistema sanitario público es relevante, pero no constituye la parte más significativa de su actuación en la materia; ello trae causa, como decíamos anteriormente, de la relativa inutilidad de este tipo de actuaciones: si buena parte de los problemas son estructurales, parece más operativo concentrar antes los esfuerzos en proponer reformas generales del sistema sanitario, que en resolver casos particulares.

No obstante, como es obvio, las Defensorías parten en sus análisis generales del seguimiento de casos particulares y, en todo caso, están obligadas a dar respuesta a las quejas concretas de los ciudadanos que se dirigen a la Institución. La experiencia al respecto de las Defensorías de Argentina, Costa Rica, España y Perú puede ser tomada como muestra de los métodos de trabajo de nuestras Instituciones. Veamos con algún detalle, ordenadas de menor a mayor grado de generalidad, cómo se ha procedido en los países recién citados:

a) En Argentina, distintos enfermos de cáncer, por un lado, y de esclerosis múltiple, por otro, a quienes se habían negado determinadas prestaciones, requirieron la intervención de la Defensoría, quien finalmente logró que la Administración sanitaria las otorgara. Aunque no hay constancia de la emisión de recomendaciones generales al respecto por parte de la Institución, es de esperar que la Administración actúe igualmente en casos semejantes en el futuro.

b) Como en el caso anterior, pero con mayor alcance cuantitativo, la Defensoría de España tomó nota de quejas recurrentes sobre prestaciones no cubiertas o cubiertas insuficientemente por el sistema sanitario público, en ámbitos como la salud mental, la reproducción humana asistida, los cuidados paliativos, el daño cerebral, la cirugía de reasignación de sexo, el síndrome de fatiga crónica, la epidermolisis bullosa o la fibromialgia, realizando seguidamente recomendaciones generales, de distinto signo, sobre la atención a cada una de dichas enfermedades.

c) En Perú, la Defensoría fue quien tomó la iniciativa de supervisar personalmente la asistencia sanitaria prestada en un total de 58 establecimientos de salud, tras lo cual presentó un amplio número de recomendaciones generales, aplicables a la asistencia sanitaria en general, publicando al respecto un Informe que, por implicar ya un análisis del conjunto del sistema sanitario peruano, fue citado en el segundo apartado de esta Síntesis.

d) En una dirección similar a la anterior, la Defensoría de Costa Rica, pese a no exponer de forma detallada, en el apartado correspondiente de este capítulo, la atención prestada por la Institución a las quejas recibidas en materia de asistencia sanitaria, hace mención a un amplio catálogo de recomendaciones para la mejor garantía de este componente esencial del derecho a la protección de la salud, siendo evidente que tales recomendaciones derivan de su previa experiencia en la resolución de las quejas correspondientes.

4.2 La prestación de medicamentos adecuados y suficientes en caso de enfermedad ha sido considerada por las Defensorías un elemento indisoluble del derecho a la protección de la salud. Nuestras Instituciones denuncian carencias al respecto y proponen actuaciones de los poderes públicos en relación con problemas como la adulteración de medicamentos (Argentina), su deficiente calidad (Costa Rica) y, sobre todo, la escasez o el desabastecimiento, asunto este especialmente denunciado en Argentina y Venezuela pero que se produce, al menos, en todos los países donde se ha criticado el deficiente funcionamiento del sistema sanitario público (§ 2.1). Seguramente sea la Defensoría de España el miembro de la FIO que ha procedido a un análisis más sistemático de los problemas de dispensación, financiación y control de medicamentos. Resulta relevante señalar que esta Institución ha obtenido logros significativos en ámbitos importantes, como los medicamentos que exigen receta médica, el síndrome de Reye, las bombas de insulina o las enfermedades crónicas.

4.3 Los derechos no estrictamente prestacionales de ámbito sanitario y que la doctrina suele incluir en el contenido del derecho a la protección de la salud apenas han sido abordados por las Defensorías, con la importante salvedad de la española, que de forma permanente ha insistido, especialmente antes de la aprobación de la Ley de autonomía del paciente, en la necesidad de que los poderes públicos respeten y protejan derechos tales como el consentimiento, la información o la intimidad en el ámbito sanitario. No obstante, cabe citar también algunas actuaciones puntuales de las Defensorías de Costa Rica y Nicaragua a favor del derecho a la información de los pacientes (en relación, respectivamente, con los servicios de urgencia y con las negligencias médicas), que en el amplio sentido del término, podría ser incluido entre las prestaciones que debe otorgar toda Administración sanitaria respetuosa de los Derechos Humanos.

5. GARANTÍAS

La problemática derivada del derecho a la protección de la salud es compleja y variada y en muchos casos las Defensorías toman nota de las carencias (legales o materiales) de la propia Institución para abordarla y recomiendan la creación o mejora de otras garantías de este derecho, compatibles desde luego con la otorgada por las propias Defensorías. Pese a que, como regla general, nuestras Instituciones carecen de competencias de control sobre el Poder Judicial, la cuestión de la justiciabilidad es tan importante que, de forma indirecta, algunas se han pronunciado sobre ella, como lo demuestran los casos de Colombia (estudio monográfico sobre la tutela judicial en salud⁸) y El Salvador (críticas a la no justiciabilidad, en la práctica, del derecho a la protección de la salud⁹).

En todo caso, la implantación de procedimientos internos de control y garantía, dirigidos normalmente a evitar el recurso a la siempre costosa y lenta vía judicial, ha sido recomendada en Colombia (donde se propone la creación de un Defensor del paciente) y España (donde se apuesta por el establecimiento de Comisiones de calidad en los centros hospitalarios).

Un tipo de supuestos frecuentemente abordado por los miembros de la FIO es el de las reclamaciones de pacientes por negligencia o mala praxis médica. Se trata de un tema muy delicado, que en la mayor parte de los casos debe resolverse por vía judicial, por cuanto sólo en la misma puede lograrse una condena civil (indemnización) o penal. En muchos de estos casos, las Defensorías recomiendan al ciudadano la vía más adecuada a seguir o interponen ellas mismas, de oficio, las acciones oportunas. Ahora bien, las Defensorías son conscientes, también aquí, de las dificultades de residenciar en los tribunales este tipo de problemas y proponen medidas para evitar el recurso a esta vía, medidas que resultan ser de muy variado signo pero que comparten una acentuada vocación preventiva.

⁸ Nótese que la Defensoría no actuó aquí como una Defensoría típica, sino más bien como centro de investigación.

⁹ El Informe correspondiente deja caer algunas críticas a los jueces y tribunales hondureños. Téngase en cuenta que en este tema existe también, y ante todo, responsabilidad del Poder Legislativo, por cuanto la deficiente justiciabilidad depende, en gran medida, de un deficiente diseño de la legislación procesal.

Así por ejemplo, nuestras Instituciones han recomendado la intervención en estos casos del colegio de médicos respectivo (Andorra), la adopción por quien corresponda de la doctrina según la cual la prestación del consentimiento informado no exonera al médico de responsabilidad (Costa Rica), la implantación de un cuerpo de peritos independientes que contribuya a reducir el corporativismo en las reclamaciones por negligencia (El Salvador), un control específico de las llamadas medicinas alternativas (España), la determinación de indicadores para medir la seguridad en la asistencia, a fin de objetivar los supuestos de negligencia o mala praxis (España) o la reforma de la normativa vigente en materia de responsabilidad civil sanitaria (Perú).

6. SALUD DE GRUPOS ESPECÍFICOS¹⁰

6.1 En materia de salud persisten discriminaciones por razón de sexo legalmente consagradas. La Defensoría de Bolivia logró que el Tribunal Constitucional anulara una norma que permitía la discriminación contra la mujer en el goce de determinados servicios médicos. Sin llegar a la presentación de recursos judiciales, la Defensoría de Costa Rica propuso a la Administración la exención del pago de servicios médicos a las mujeres sin capacidad de hacerle frente.

Entre las aportaciones generales a la problemática de la salud de la mujer destacamos el Programa Especial de Derechos de la Mujer de la Comisión de Honduras, que incluye actuaciones importantes en materia de salud, así como el Informe especial de la Procuraduría de El Salvador, que puso énfasis en la necesaria puesta en marcha de una política de salud desde una perspectiva de género, con especial atención a la prevención y tratamiento de las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Este último es, sin duda, el tema prioritario para buena parte de nuestras Instituciones. Así, se tramitó un número significativo de quejas por la escasa cobertura de los servicios de reproducción asistida (España) y por la mala o insuficiente atención médica y sociosanitaria en los servicios de ginecología en general (Argentina, Perú) o en el embarazo y parto (Bolivia, España, Portugal) en particular. Con carácter más general, las Defensorías de Bolivia y Venezuela realizaron un seguimiento especial de la atención a la salud en el ámbito de la prostitución y la de Costa Rica realizó aportaciones importantes al problema de las esterilizaciones. Por su parte, la Defensoría de Perú publicó un relevante estudio sobre planificación familiar, tema esta abordado también por la Defensoría de España. Paralelamente a la tramitación de quejas por vulneración del derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer, algunas Defensorías, como las de Nicaragua o Venezuela han llevado a cabo campañas de información y difusión en este ámbito.

En relación con la violencia de género, la Defensoría de Argentina criticó el marco normativo existente, proponiendo diversas reformas, que indirectamente redundan en beneficio de la salud de la mujer. En Bolivia la Defensoría vigiló el cumplimiento de la normativa aplicable, con especial atención a los problemas sanitarios implicados, y en Perú se tramitaron quejas por trato médico inadecuado a víctimas de violencia sexual.

¹⁰ En el análisis de los dos primeros grupos hemos tomado nota de las consideraciones de los dos Informes anteriores de la FIO. En cuanto a la salud de los reclusos, problema abordado por distintas Defensorías (especialmente Bolivia, Costa Rica, Nicaragua y Perú), queda fuera de esta Síntesis, pues será abordado con mayor detalle en el próximo Informe, que versará sobre el sistema penitenciario y se publicará en 2007.

6.2 Los derechos de los niños y adolescentes con problemas de salud han preocupado a casi todos los miembros de la FIO, normalmente en relación con algún grupo concreto, como los concebidos y menores de un año (Argentina, Bolivia) o las niñas (Costa Rica), o con alguna enfermedad específica, como la desnutrición (Argentina, El Salvador, Venezuela), la cardiopatía (Venezuela), el VIH/SIDA (México, Panamá) o la drogadicción (Costa Rica). Con un alcance más general, la Defensoría de España ha insistido en la necesidad de ampliar el conjunto de prestaciones sanitarias propias de los menores de edad, especialmente en el área de Pediatría (prolongación de la asistencia pediátrica hasta los 14 años y mayor dotación de pediatras en determinadas zonas). En cuanto a la prevención, hay actuaciones relevantes en materia de juguetes potencialmente nocivos (Argentina) y de seguridad e higiene laboral de menores de edad (Bolivia, Panamá). En este último país se aprobaron recomendaciones importantes en la materia, que ponían el énfasis en la mejor garantía del derecho a la protección de la salud de los niños trabajadores.

En cuanto a los derechos de libertad y dignidad asociados a la salud de los niños y adolescentes, las Defensorías de Costa Rica y España han trabajado, respectivamente, sobre los derechos a la información y al trato digno de los pacientes terminales y, más ampliamente, sobre la información, consentimiento e intimidad de los niños y adolescentes hospitalizados.

Sin perjuicio de lo que después se dirá (§ 7.1), en este apartado podemos incluir también la problemática especial de los niños que padecen algún tipo de discapacidad, física o psíquica, tema que ha preocupado especialmente a las Defensorías de Argentina (actuación en un caso de denegación de acceso a la Universidad), Bolivia (participación de la Defensoría en la elaboración del Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades) y España (recomendaciones sobre salud mental).

6.3 El derecho a la protección de la salud es vulnerado con frecuencia en las comunidades indígenas, lo que motiva la intervención de las Defensorías de los países afectados, siempre en la línea de exhortar a los poderes públicos competentes a la puesta en práctica de actuaciones dirigidas específicamente a estas personas. Así, cabe citar actuaciones relevantes en la materia por parte de las Defensorías de Bolivia (exigencia de cumplimiento de Convenio 169 de la OIT), Costa Rica (establecimiento de programas públicos específicos para atender las necesidades de las comunidades indígenas, respetando sus peculiaridades y apoyando su participación), Perú (elaboración de planes de atención, en especial a favor de las comunidades en situación de aislamiento) y Venezuela (apoyo de la Institución en programas específicos a favor de los residentes en el Alto Orinoco y en la Sierra de Perijá y de las comunidades Yanomami y Warao).

7. PROBLEMAS PARTICULARES¹¹

7.1 En general, la problemática de la discapacidad física o mental, que casi siempre excede lo estrictamente sanitario, ha motivado actuaciones importantes de los miembros de la FIO, sobre todo, en Bolivia, Honduras, Panamá y Venezuela.

¹¹ Se seleccionan los dos temas que con mayor frecuencia han preocupado a las Defensorías y que no cabe encuadrar en el resto de los apartados.

En Bolivia se prestó apoyo a los poderes Legislativo y Ejecutivo en la formulación de políticas públicas en la materia, cuyas líneas maestras no fueron cuestionadas por la Institución. En Honduras se elaboró un estudio monográfico sobre el tema, que cabe considerar esencial para el tratamiento futuro del problema en el país. En Panamá se colaboró en la formulación de políticas pero sin descuidarse el seguimiento permanente de la puesta en práctica de las mismas por los órganos competentes, denunciándose en caso necesario las vulneraciones detectadas del derecho a la protección de la salud de las personas en situación de discapacidad. Seguramente es la Defensoría de Venezuela el miembro de la FIO que ha abordado las situaciones de discapacidad con mayor amplitud y sistemática: las actuaciones de la Institución incluyeron el asesoramiento en la revisión de la normativa aplicable, la capacitación a instituciones públicas o privadas, las exhortaciones de hacer en numerosos casos concretos (especialmente ante la insuficiencia de prestaciones) o la elaboración de recomendaciones generales dirigidas a los poderes públicos, destinadas a lograr en el futuro una mejor garantía de los derechos implicados. Partiendo de la constatación de que muchos problemas derivan de la falta de información, varias Defensorías y especialmente las dos últimas citadas, emprendieron campañas de promoción y difusión de los derechos de las personas afectadas por algún tipo de discapacidad.

La problemática de la salud mental ha preocupado de forma especial a otras Defensorías, y especial a las de Argentina, Costa Rica, España, Panamá, Perú y Portugal. En Argentina se detectó que el trato a los enfermos internados era distinto según el lugar de internamiento, lo que motivo recomendaciones de intercambio de comunicación y coordinación administrativa, en garantía del principio de igualdad en la protección de la salud. En la inspección a la Colonia Montes de Oca se detectaron vulneraciones tan graves a la salud de los internos, que la Institución presentó la denuncia correspondiente. Tras el análisis de casos concretos, la Defensoría de Costa Rica realizó recomendaciones en dos ámbitos principales: por un lado, el apoyo a los familiares de las personas con problemas de salud mental (llegó a proponerse la creación de redes comunitarias de apoyo), a fin de romper la inercia tradicional al internamiento de por vida; por otro, las ayudas económicas a los familiares de enfermos de parálisis cerebral profunda.

Las Defensorías de España, Panamá, Perú y Portugal han llevado a cabo estudios rigurosos sobre la situación de la salud mental en sus respectivos países, lo que ha conducido a recomendaciones generales de gran importancia, que creemos trasladables, *mutatis mutandis*, al conjunto de los miembros de la FIO. Las cuatro Instituciones vienen a coincidir en sus exigencias de una mayor atención, legislativa y administrativa, a las personas internadas en centros de salud mental, clarificando el estatuto jurídico de las mismas, mejorando su atención e intensificando la vigilancia de dichos centros.

7.2 El derecho a la protección de la salud de las personas mayores es, sin duda, un eje transversal de todas las actuaciones de los miembros de la FIO en el ámbito sanitario. Sin embargo, algunas Defensorías se han pronunciado de forma específica sobre este colectivo. Por ejemplo, en Argentina se realizó un amplio seguimiento de las actuaciones del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, constatándose un déficit importante en las prestaciones otorgadas, lo que motivó exhortaciones de la Institución en casos de dispensación tardía de medicamentos, recorte de prestaciones, irregularidades en el tratamiento de historias clí-

nicas y malas condiciones de los hogares de ancianos, entre otros. De forma similar, la Defensoría de Bolivia analizó de forma sistemática la aplicación de la legislación aplicable y se pronunció, entre otras cuestiones, sobre la frecuente vulneración del derecho a la gratuidad del seguro médico de vejez.

En Honduras, la Comisión realizó una investigación que concluyó denunciando el incumplimiento del derecho de acceso de las personas de edad avanzada a un servicio integral de salud, pero seguramente sea su homóloga de El Salvador la Institución que ha realizado el estudio más completo sobre los problemas de salud de este colectivo. Este importante Informe concluyó con un amplio elenco de recomendaciones, que en síntesis demandaban a los poderes públicos salvadoreños políticas públicas específicas a favor de este colectivo.

8. ESPECIAL CONSIDERACIÓN DEL VIH/SIDA

La problemática del VIH/SIDA ha preocupado a todos los miembros de la FIO, que han desplegado un amplio número de actuaciones en la materia; cuantitativamente la experiencia de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México quizás sea la más relevante.

Entre las actuaciones desarrolladas por nuestras Instituciones, ordenadas sistemáticamente, pueden destacarse las siguientes:

a) Análisis crítico del marco normativo vigente, que fue realizado con carácter global por las Defensorías de El Salvador (que llegó a denunciar la misma lógica de la ley, incompatible, a su juicio, con la propia de los Derechos Humanos), Panamá (centrándose más en la aplicación de la ley que en su contenido) y Venezuela (en cuyo caso se recomendó la promulgación de una ley específica, en la línea del Derecho comparado).

b) La recomendación a los poderes públicos de intensificar las políticas preventivas ha sido muy frecuente, siendo quizás de destacar al respecto los casos de Argentina y Costa Rica. Las propias Defensorías han realizado por sí mismas las campañas preventivas (sobre todo, información general sobre las formas de contagio) que demandan al Ejecutivo, como sucedió, por ejemplo, en Costa Rica, Nicaragua y México. En estos dos últimos países la celebración de cursos de capacitación y promoción fue especialmente intensa.

En un orden bien distinto de consideraciones, cabe encuadrar también entre las recomendaciones sobre política preventiva las formuladas por las Defensorías de Perú y Portugal en materia de transfusiones, en ambos casos en el sentido de intensificación de los controles y otorgamiento de indemnizaciones en los supuestos de contagio.

c) Análisis del cumplimiento del derecho a la protección de la salud de los enfermos de SIDA, en sus vertientes de asistencia sanitaria, acceso a medicamentos eficaces y derechos al consentimiento informado y a la intimidad. Buena parte de nuestras Instituciones han recomendado a sus respectivas Administraciones una asistencia sanitaria más completa y de mayor calidad (la española logró, ya en 1993, que buena parte de sus recomendaciones fueran atendidas) a estos enfermos, pero quizás el grueso de las exhortaciones guarde relación con el acceso a medicamentos cada vez más costosos, problema especialmente denunciado en Argentina, El Salvador o Nicaragua. En cuanto al derecho de los enfermos de SIDA a la confiden-

cialidad, en España un amplio estudio sobre el tema concluyó que no existían graves problemas al respecto. Por su parte, en Argentina, Portugal y Nicaragua se constató la violación de los derechos al consentimiento informado o a la confidencialidad, si bien sólo en casos muy localizados.

d) Los colectivos que han merecido atención particular de las Defensorías son los niños y adolescentes y los reclusos, que han dado lugar a recomendaciones, respectivamente, por parte de las Defensorías de México (recomendación general sobre el tema, con incidencia especial en el ámbito educativo) y Argentina (recomendación de estudio y tratamiento en una serie de centros penitenciarios). Nuevamente, nuestras Instituciones destacan la necesidad de políticas públicas específicas a favor de colectivos con necesidades también específicas.

e) La complejidad de la problemática del VIH/SIDA lleva a las Defensorías a constatar la necesidad de abordarla mediante amplios consensos nacionales, con la participación del mayor número posible de los sectores implicados. Aplicándose a sí mismas esta tesis, alguna de nuestras Instituciones ha formado parte directamente de redes sobre la materia, destacando al respecto la experiencia de El Salvador (Red Regional de Derechos Humanos y VIH/SIDA - Capítulo El Salvador) y Panamá (Convenio con el Ministerio de Salud, creación de la Red de Asistencia Jurídica, Derechos Humanos y VIH/SIDA y coordinación del Plan Nacional de Acción para la Protección Integral de Huérfanos y Niños Vulnerables y sus Familias Afectados por el VIH/SIDA).

IV. RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS

En la consecución de los objetivos fijados en el artículo 7 de su Estatuto, a la vista de las numerosas y meritorias aportaciones de los organismos nacionales que la componen y teniendo en cuenta la experiencia y sugerencia de los mismos, la Federación Iberoamericana de Ombudsmán recomienda, en materia de protección de la salud, a los Estados iberoamericanos y a los Poderes que los conforman, en aquellos casos que no hayan adoptado medidas equivalentes:

POLÍTICAS PÚBLICAS Y APOYO A LAS DEFENSORÍAS

1. Ratificar los tratados internacionales de reconocimiento del derecho a la protección de la salud; entre ellas los Convenios 155, 161, 166, 167, 176, 183 y 184 de la Organización Internacional del Trabajo y, en Latinoamérica, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (*Protocolo de San Salvador*) y la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

2. Cumplir con las obligaciones derivadas del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en la interpretación dada a este precepto por la Observación General núm. 14, sobre *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) y, en general, de las normas internacionales de reconocimiento del derecho a la protección de la salud, especialmente mediante el envío de los Informes requeridos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y otros Comités internacionales y el seguimiento de las recomendaciones dirigidas por todos ellos al Estado respectivo. Establecer grupos de trabajo e indicadores para medir el grado de cumplimiento de dichas recomendaciones y proponer mecanismos de implementación de las mismas. En un plazo razonable, prontamente definido, adecuar el ordenamiento interno a dichas normas internacionales y establecer mecanismos para su plena aplicación y efectividad en el país, involucrando en esta tarea a la sociedad civil.

3. Promover los estudios y encuestas necesarios para profundizar en el conocimiento de la situación de la protección de la salud en el país, con la finalidad primordial de favorecer la toma de decisiones en la materia. Fijar indicadores de calidad del sistema sanitario, teniendo fundamentalmente en cuenta los párrafos 43, 57 y 58 de

la citada Observación General núm. 14, el Sistema de Evaluación Común para los Países y, en general, los documentos aprobados por la Organización Mundial de la Salud y, en Latinoamérica, por la Organización Panamericana de la Salud. Garantizar, en los términos de la Recomendación 25 de este *Informe*, el acceso público (incluyendo la creación y actualización de páginas *web* y otras formas de comunicación que permitan una amplia y fácil recepción) a la información esencial disponible, para facilitar y promover la participación, el debate y el control públicos en el sector sanitario.

4. Realizar, con la ayuda del organismo miembro de la FIO que corresponda, un diagnóstico de la normativa nacional sobre el derecho a la protección de la salud, modificando con urgencia las disposiciones claramente vulneradoras del mismo, por acción o por omisión. A la vista de la consideración de la salud como derecho humano, y en especial de los párrafos 12 y 56 de la citada Observación General núm. 14, actualizar y completar la normativa aplicable en materia de protección de la salud, procurando refundirla en un texto único y coherente con el resto del ordenamiento jurídico del país.

5. Establecer normativa y materialmente un Sistema Nacional de Salud unificado y de naturaleza pública o, en su defecto, bajo control público, que tenga por finalidad última el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de todos los habitantes del país, desde la consideración de la salud como derecho humano. En los Estados políticamente descentralizados, garantizar la coordinación y cohesión del conjunto del sistema para preservar la eficacia en la gestión y la equidad territorial. Mantener el criterio de que la protección de la salud es básicamente responsabilidad del Estado; cuando estén en marcha o se planeen procesos de liberalización o privatización del sector sanitario, considerar sus potenciales consecuencias sobre el nivel de salud existente en el país y establecer los mecanismos correctores necesarios para garantizar, en todo caso, el igual disfrute del derecho a la protección de la salud y la coordinación y cohesión del conjunto del sistema.

6. Establecer normativa y materialmente un sistema sostenible de financiación del Sistema Nacional de Salud, con garantías de estabilidad y permanencia, fundado básicamente en los presupuestos generales del Estado (o, en su defecto, en fórmulas de financiación de probada utilidad para el logro de dicha estabilidad y permanencia) y que resulte adecuado al cumplimiento del mandato, contenido en el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de mejora progresiva del nivel de salud existente en el país. Presentar las distintas partidas del gasto sanitario de forma clara y sistemática, para facilitar su conocimiento y control públicos y su utilización en las tablas comparativas internacionales. Establecer mecanismos eficientes de supervisión del gasto sanitario, incluyendo auditorías externas y sanciones eficaces para los supuestos de desviación del gasto.

7. Solicitar, los países en desarrollo, a los países desarrollados, la cooperación internacional en materia de salud que estos últimos estén en condiciones de aportar. Una vez recibidos los fondos externos, velar, mediante los mecanismos de información y coordinación necesarios, por su eficiente utilización y su adecuada integración en el Sistema Nacional de Salud. Considerar prioritariamente, los países desarrollados, en su política de cooperación internacional, las necesidades de protección a la salud de los países en desarrollo, de conformidad con el párrafo 38 de

la citada Observación General núm. 14. Apoyar y fomentar la cooperación entre países en desarrollo, muchos de ellos con significativos avances y logros en salud.

8. Fortalecer los recursos humanos al servicio del Sistema Nacional de Salud. Establecer una política de incentivos de desarrollo profesional y económicos, en especial en aras de evitar la fuga de profesionales sanitarios al sector privado o a países más desarrollados, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el Plan de Acción de la Organización Mundial de la Salud para el decenio 2006-2015, en sus referencias a la crisis mundial del personal sanitario. Establecer programas de capacitación y actualización permanente de los profesionales sanitarios, con miras a mejorar la atención integral del paciente, en las áreas de prevención, educación, tratamiento y rehabilitación, con especial atención al fortalecimiento de la primera de ellas. Acordar con las Universidades y otros centros educativos los perfiles de los futuros profesionales, a fin de adecuar anticipadamente la oferta a la demanda. Velar por la calidad de la educación, universitaria y no universitaria, de los futuros profesionales del sector sanitario.

9. Establecer normativa y materialmente un sistema público, permanente y sistemático, de supervisión y control de todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios del país, públicos o privados, especialmente de sus servicios de urgencia, partos, cuidado del embarazo y atención a niños y niñas y a pacientes con vulnerabilidades y discapacidades especiales. Prever y aplicar sanciones eficaces en los casos de vulneración de las obligaciones legalmente impuestas.

10. Establecer normativa y materialmente órganos y procedimientos que garanticen la participación de los ciudadanos, directamente o por medio de representantes, en la toma de las decisiones esenciales de política sanitaria, en los niveles local, regional y nacional.

11. Elaborar, de forma complementaria a la normativa vigente, un plan nacional de acción (inclusivo de programas y medidas) para garantizar y promover el derecho a la protección de la salud (con especial atención a los grupos más desfavorecidos), comprometiendo a todos los Poderes del Estado en su cumplimiento. En su redacción, contar con adecuada asistencia técnica y con la participación de todos los sectores públicos y privados implicados, y especialmente del organismo miembro de la FIO que corresponda, de las organizaciones no gubernamentales de defensa de los Derechos Humanos en general y del derecho a la protección de la salud en particular, y de los organismos internacionales especializados. En la elaboración del plan tener especialmente en cuenta los Objetivos 4, 5 y 6, de Desarrollo del Milenio, los documentos citados en las Recomendaciones 1 y 2 de este Informe y, en general, los aprobados por la Organización Mundial de la Salud y, en Latinoamérica, por la Organización Panamericana de la Salud. Prever mecanismos periódicos de evaluación de la aplicación del plan, teniendo en cuenta las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública.

12. Apoyar, de conformidad con la Observación General núm. 10, sobre *La función de las instituciones nacionales de derechos humanos en la protección de los derechos económicos, sociales y culturales*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los esfuerzos que viene realizando el organismo miembro de la FIO en el país respectivo para garantizar el derecho a la protección de la salud, adoptando las recomendaciones que formule en la materia y reforzando sus medios materiales y personales.

PREVENCIÓN Y SALUD PÚBLICA¹

13. Realizar, mediante los estudios y encuestas aludidos en la Recomendación 3 de este *Informe*, un diagnóstico (actualizaciones, revisiones o nuevas evaluaciones) de las causas principales de las enfermedades evitables y controlables de mayor gravedad o prevalencia en el país, y en general de las epidémicas, endémicas y profesionales, analizando necesariamente los problemas de la alimentación, el agua potable y el saneamiento, las condiciones de habitabilidad, la seguridad e higiene laboral y la contaminación ambiental. Apoyar los estudios sobre conductas, comportamientos y factores de riesgo, como el consumo de alcohol o la violencia. Diseñar políticas públicas eficaces en cada uno de tales ámbitos, como parte esencial del plan de acción nacional al que se alude en la Recomendación 11 de este *Informe*. Garantizar la responsabilidad sanitaria multisectorial, de forma tal que la protección de la salud sea tenida en cuenta en la formulación de políticas no sanitarias.

14. Empezar, como parte esencial de las políticas citadas en la Recomendación anterior, planes, programas y proyectos de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y daños a la salud sostenidos en el tiempo y dotados de los medios necesarios, teniendo en cuenta las Cartas de Ottawa y Bangkok sobre Promoción de la Salud y los documentos de la Organización Mundial de la Salud y, en Latinoamérica, de la Organización Mundial de la Salud, sobre prevención de la violencia, promoción de la seguridad vial, espacios libres de tabaco, dietas saludables, sexo seguro, maternidad sin riesgos y actividad física. Empezar campañas de información pública, en colaboración con los medios de comunicación e involucrando a la sociedad civil, sobre las causas principales de las enfermedades evitables y controlables de mayor gravedad o prevalencia en el país, y en general de las enfermedades epidémicas, endémicas y profesionales, recomendando a la población en general y a los grupos vulnerables en especial las medidas a adoptar para prevenirlas y, en general, la adopción de hábitos de vida saludables, creando asimismo conciencia sobre la importancia de un diagnóstico temprano. Incluir el contenido esencial de las campañas antes citadas en los planes de estudios de la enseñanza básica.

15. Establecer normativa y materialmente el mecanismo necesario para hacer frente a las emergencias de salud pública y a los problemas de salud en situaciones de emergencia, incluyendo los desastres naturales, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el Reglamento Sanitario Internacional de 23 de mayo de 2005 y, en general, los documentos aprobados sobre la materia por la Organización Mundial de la Salud y, en Latinoamérica, por la Organización Panamericana de la Salud. Colaborar, los países desarrollados, en las emergencias de relevancia internacional que tengan lugar en los países en desarrollo, involucrando en esta tarea a las organizaciones de la sociedad civil de ambos grupos de países, garantizando la coordinación y eficacia en el uso de los recursos. Estimular la cooperación entre países en desarrollo para la atención de desastres y emergencias de salud pública.

¹ Téngase en cuenta que queda fuera del presente *Informe* un análisis en profundidad de los llamados condicionantes de la salud (pobreza, alimentación, agua potable, seguridad e higiene laboral y contaminación ambiental, entre otros), todos ellos susceptibles, por sí solos, de ser abordados en futuros Informes de la FIO; de ahí lo sintético de la referencia que realizamos a esta problemática, cuya trascendencia para la salud es evidente.

16. Garantizar normativa y materialmente la dispensación de las vacunas esenciales para las enfermedades prevenibles en el país respectivo, teniendo en cuenta al respecto las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y apoyándose, en Latinoamérica, en el Fondo Rotatorio para la Compra de Vacunas creado por la Organización Panamericana de la Salud. En caso necesario, garantizar, los países desarrollados a los países en desarrollo, mediante donaciones y fórmulas similares, el suministro de vacunas esenciales, teniendo en cuenta, fundamentalmente, el Programa Visión y Estrategia Mundial de la Inmunización de la Organización Mundial de la Salud - UNICEF para el período 2006-2015.

DERECHOS Y GARANTÍAS

17. Reconocer por ley el derecho a la protección de la salud, determinando con claridad su contenido mínimo o derivado de las obligaciones internacionales y constitucionales del Estado. Establecer normativamente los mecanismos necesarios para hacer efectivo el principio de progresividad o ampliación paulatina de dicho contenido mínimo, con referencia especial a la promoción de la salud y estilos de vida saludables, a la prevención de riesgos y a la mejoría de los servicios clínicos y de rehabilitación, a los cuidados paliativos y a la conexión entre salud y atención a la dependencia y sus necesidades sociales. Establecer expresamente la exigibilidad del contenido mínimo del derecho a la protección de la salud ante los Tribunales de Justicia, facilitando a los mismos la imposición de remedios eficaces, y entre ellos la condena a la Administración a realizar las actuaciones positivas necesarias para restablecer el derecho vulnerado.

18. Garantizar el acceso a los Tribunales de Justicia, como legitimados activos, interesados u otras figuras procesales, al organismo miembro de la FIO que corresponda y a las organizaciones no gubernamentales de defensa de los Derechos Humanos en general y del derecho a la protección de la salud en particular, en especial para la defensa de los derechos e intereses colectivos asociados a la salud. Apoyar y promover la constitución y las actividades de organizaciones de la sociedad civil que contribuyan a reforzar la efectividad y exigibilidad del derecho a la protección de la salud, especialmente en sus componentes colectivos.

19. Incluir, en el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud la asistencia sanitaria ante la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, siempre y cuando existan técnicas, tecnologías o procedimientos de probada efectividad para su tratamiento y curación, disponibles en el Estado respectivo; en caso de no existir, realizar el esfuerzo necesario para conseguirlos en las condiciones más favorables.

20. Incluir, en el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud, la información y la educación sobre los peligros evitables para la salud individual y la asistencia necesaria para prevenir dichos riesgos, así como la inmunización contra las enfermedades infecciosas prevenibles, incluyendo las vacunas de segunda generación y los nuevos esquemas vigentes.

21. Garantizar la continuidad de los servicios sanitarios esenciales en caso de conflicto (incluyendo el conflicto laboral), con particular atención a los grupos vul-

nerables, con el fin de que el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud resulte asegurado en todo momento.

22. Garantizar la igualdad en el disfrute del derecho a la protección de la salud sin discriminación alguna. En especial, asegurar el disfrute del derecho a todos los habitantes del país, con independencia de su nacionalidad, estatuto migratorio, sexo u orientación sexual, creencia religiosa, situación económica o lugar de residencia. Empezar las acciones oportunas, administrativas y, en su caso, legales, para la consecución del principio de equidad, corrigiendo las disparidades sustanciales en la protección de la salud entre las distintas partes del territorio del país. Establecer planes especiales de atención sanitaria en zonas rurales o aisladas, así como un sistema de transporte sanitario que garantice el cumplimiento del contenido mínimo del derecho a la protección de la salud con independencia del lugar de residencia del paciente.

23. Garantizar el acceso a la asistencia sanitaria básica, de forma tal que resulte asequible a todos los residentes en el país, con independencia de su nivel económico. Eliminar las fórmulas disuasorias del ejercicio del derecho, y en especial, de conformidad con la doctrina de la Organización Mundial de la Salud, evitar las ocasiones en que las personas, especialmente las de menos recursos, se vean obligadas a hacer grandes desembolsos de su propio bolsillo en el punto de servicio o con posterioridad, en este caso para la adquisición de medicamentos o la provisión de servicios quirúrgicos o de hospitalización.

24. Establecer por ley los requisitos mínimos de calidad de la asistencia sanitaria, al menos en sus componentes de seguridad y comodidad, así como los mecanismos que aseguren una asistencia sanitaria sin demoras que puedan comprometer el nivel de salud y bienestar del paciente. Establecer normativamente los mecanismos necesarios para hacer efectivo el principio de progresividad o ampliación paulatina de la calidad y celeridad de la asistencia sanitaria.

25. Reconocer por ley, con garantías eficaces, el derecho a la información en materia sanitaria, incluyendo en su contenido, en general, el acceso a los datos disponibles del Sistema Nacional de Salud y, en relación a cada paciente en particular, su diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento (y, en su caso, de sus riesgos asociados), así como el informe escrito de alta médica.

26. Reconocer por ley, con garantías eficaces, el derecho al consentimiento informado en materia sanitaria (con especial atención a los grupos vulnerables), salvo en los casos de falta de madurez suficiente, urgencia vital o peligro para la salud pública. Garantizar especialmente el consentimiento informado y la seguridad en los ensayos clínicos.

27. Reconocer por ley, con garantías eficaces, los derechos a la intimidad y a la protección de datos en el ámbito sanitario, con especial atención a niños, niñas o mujeres en situación de vulnerabilidad. Garantizar especialmente la confidencialidad de las historias clínicas y de los registros del SIDA. Establecer e imponer sanciones eficaces contra quienes violen los derechos a la intimidad y a la protección de datos en el ámbito sanitario.

28. Establecer e imponer sanciones administrativas, y en su caso, penales, para los atentados contra la salud pública y para las vulneraciones más graves del derecho a la protección de la salud.

29. Establecer mecanismos de garantía del derecho a la protección de la salud previos a la vía judicial. Al menos, prever un sistema rápido de reclamación y satisfacción dentro del cada centro, servicio o establecimiento sanitario.

30. Establecer mecanismos de reparación integral, previos a la vía judicial, al menos para los casos en los cuales la vulneración del derecho a la protección de la salud haya generado daños concretos e individualizados a las personas.

31. Empezar campañas de información pública, en colaboración con los medios de comunicación, sobre el alcance y garantías del derecho a la protección de la salud, en su más amplio sentido, con especial atención a los miembros de grupos vulnerables. Establecer programas de capacitación de los funcionarios con responsabilidades en materia de salud y, en particular del personal sanitario, sobre el respeto y protección de este derecho.

MEDICAMENTOS

32. Reconocer por ley que la prestación de los medicamentos esenciales o necesarios para promover, conservar o restablecer la salud individual forma parte del contenido mínimo del derecho a la protección de la salud. Establecer, como parte esencial del plan nacional de acción citado en la Recomendación 11 de este *Informe*, mecanismos adecuados para garantizar el suministro permanente de medicamentos esenciales a todos los habitantes del país.

33. Garantizar la igualdad en la prestación de medicamentos, sin discriminación alguna. En especial, asegurar dicha prestación a todos los habitantes del país, con independencia de su nacionalidad, estatuto migratorio, sexo u orientación sexual, creencia religiosa, situación económica o lugar de residencia. Empezar las acciones oportunas, administrativas y, en su caso, legales, para la equidad territorial en materia de medicamentos, evitando la existencia de disparidades sustanciales en su prestación entre las distintas partes del territorio del país.

34. Garantizar el acceso a los medicamentos esenciales o necesarios para promover, conservar o restablecer la salud individual, de forma tal que resulten asequibles a todos los residentes en el país, con independencia de su nivel económico o de la naturaleza de su enfermedad. Apoyar la comercialización de medicamentos genéricos, si ello contribuye a reducir el precio a abonar, en su caso, por el usuario final. Hacer uso de los mecanismos de flexibilidad consagrados en la Declaración de Doha sobre Salud Pública y en el Acuerdo sobre los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), a favor de los países en desarrollo.

35. Garantizar por ley la comercialización de medicamentos seguros, eficaces y de adecuada calidad. Establecer normativa y materialmente un sistema público,

permanente y sistemático, de supervisión y control de la fabricación y comercialización de toda clase de medicamentos. En especial, intensificar la lucha contra los medicamentos falsificados o de calidad insuficiente, teniendo en cuenta, fundamentalmente, la Farmacopea Internacional de la Organización Mundial de la Salud de 19 de marzo de 2003, y cumplir con las buenas prácticas internacionales en materia de ensayos clínicos. Establecer y aplicar sanciones eficaces para los supuestos de incumplimiento de las obligaciones legales en materia de medicamentos.

36. Perseguir y castigar (con sanciones administrativas y, en su caso, penales) la exportación de medicamentos peligrosos o no liberados para su uso por las autoridades sanitarias. Restringir la venta de medicamentos sin fórmula médica, de cara a evitar riesgos para la salud y el consumo abusivo. No imponer embargos injustificados que restrinjan el comercio internacional de medicamentos. En situaciones de necesidad, garantizar, los países desarrollados a los países en desarrollo, mediante donaciones y fórmulas similares, el suministro de medicamentos esenciales.

GRUPOS VULNERABLES

37. Identificar, mediante las encuestas y estudios citados en la Recomendación 3 de este *Informe* y los precedentes de grupos e instituciones académicas de prestigio, los grupos vulnerables o con necesidades específicas en materia de salud en el país. Establecer normativa y materialmente los mecanismos adecuados para atender las necesidades especiales y garantizar el respeto a las particularidades, inclusive las culturales, de los miembros de estos grupos, teniendo en cuenta, entre otros documentos, el Convenio núm. 169 de la Organización Internacional del Trabajo y, en Latinoamérica, el Plan Regional 2007-2011, incluido en el Informe sobre la Salud de las Comunidades Indígenas en las Américas, de la Organización Panamericana de la Salud.

SALUD DE LA MUJER

38. De conformidad con la Recomendación 2, adoptada por la FIO en su *II Informe sobre Derechos Humanos: Derechos de la Mujer*, y con los párrafos 20 y 21 de la citada Observación General núm. 14, incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas relacionadas con la salud (y, más en concreto, en el plan de acción nacional citado en la Recomendación 11 de este *Informe*, con asignación presupuestaria suficiente), garantizando especialmente el acceso no discriminatorio de la mujer a la asistencia sanitaria y a los medicamentos. Incluir expresamente en el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud la asistencia sanitaria prenatal y postnatal y la asistencia integral en los casos de violencia de género.

39. Cumplir con las Recomendaciones 14 a 20, sobre maternidad y derechos sexuales y reproductivos, contenidas en el *II Informe sobre Derechos Humanos: Derechos de la Mujer*, adoptado por la FIO en 2004.

SALUD DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

40. De conformidad con la Recomendación 46, adoptada por la FIO en su *III Informe sobre Derechos Humanos: Niñez y adolescencia*, establecer un plan urgente para erradicar (o, al menos, reducir a los niveles propios de los países más desarrollados) la mortinatalidad y la mortalidad infantil, implantando los programas sanitarios y de alimentación y vacunación apropiados, y garantizando la igualdad en el acceso de la niñez y adolescencia a todos ellos. En general, establecer una política preventiva en el ámbito de la salud de la niñez y adolescencia, dirigida especialmente contra la malnutrición, las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, el sarampión, la tuberculosis, la malaria, la hepatitis, la salud laboral y la violencia. Aprobar planes y programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades basados en evidencias científicas, que incluyan, entre otras acciones, campañas públicas de difusión de los conocimientos actuales sobre las mismas.

41. De conformidad con la Recomendaciones 47 y 48, adoptadas por la FIO en su *III Informe sobre Derechos Humanos: Niñez y adolescencia*, garantizar el acceso sin discriminación de niños, niñas y adolescentes a la asistencia sanitaria y al medicamento, teniendo en cuenta sus necesidades especiales, a la intimidad y al consentimiento informado, según su edad y madurez y, en particular, sus derechos sexuales y reproductivos.

SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

42. Incorporar la atención especial a las personas mayores en las políticas públicas relacionadas con la salud (y, más en concreto, en el plan nacional de acción citado en la Recomendación 11 de este *Informe*, con asignación presupuestaria suficiente), garantizando especialmente su acceso no discriminatorio y de igual calidad a la asistencia sanitaria y al medicamento.

43. Establecer normativamente los mecanismos necesarios para hacer efectivo el principio de progresividad o ampliación paulatina del contenido mínimo del derecho a la protección a la salud de las personas mayores, caminando hacia una atención continuada e integral en la que esté presente la valoración de la dependencia y sus necesidades sociales, todo ello conforme a las técnicas, tecnologías o procedimientos más avanzados, a la vista de los párrafos 34 y 35 de la Observación General núm. 6, sobre *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores*, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

SALUD Y DISCAPACIDAD²

44. Incorporar la atención especial a las situaciones de discapacidad física y mental en las políticas públicas relacionadas con la salud (y, más en concreto, en el

² El problema de la discapacidad, física o mental, excede de lo estrictamente sanitario y por su importancia intrínseca bien podría dar lugar a un nuevo Informe de la FIO. Aquí se alude esencialmente a los aspectos sanitarios de la cuestión.

plan nacional de acción citado en la Recomendación 11 de este *Informe*, con asignación presupuestaria suficiente), garantizando especialmente el acceso no discriminatorio y de igual calidad de las personas en estas situaciones (y en especial de los pertenecientes a grupos vulnerables) a la asistencia sanitaria y al medicamento, incluyendo la psicoterapia y los psicofármacos.

45. Asegurar especialmente la asistencia sanitaria en los centros de atención a las personas en situación de discapacidad. En relación con estos centros, cuidar del cumplimiento de la Recomendación 9 de este *Informe*.

46. Establecer por ley un estatuto jurídico del paciente internado en los centros citados en la Recomendación anterior, garantizando especialmente sus derechos a la intimidad, a la protección de datos y al consentimiento informado, en este caso si sus circunstancias personales lo permiten. Imponer el internamiento obligatorio de los enfermos mentales en los casos estrictamente necesarios, a determinar mediante un procedimiento adecuado, de naturaleza judicial o sujeto al control judicial, y revisable periódicamente. Apoyar a las familias y a las organizaciones de la sociedad civil en el cuidado de estos pacientes.

47. Establecer normativamente los mecanismos necesarios para hacer efectivo el principio de progresividad o ampliación paulatina del contenido mínimo del derecho a la protección de la salud en las situaciones de discapacidad física y mental, con tendencia a la atención integral, especialmente en los ámbitos de rehabilitación y de conexión con la atención a la dependencia y sus necesidades sociales, conforme a las técnicas, tecnologías o procedimientos más avanzados. Cuidar especialmente del cumplimiento de la Recomendación 8 de este *Informe*, a fin de disponer de personal suficiente, especializado en el tratamiento de pacientes en situación de discapacidad física o mental.

VIH/SIDA

48. Realizar, mediante los estudios y encuestas aludidos en la Recomendación 3 de este *Informe*, un diagnóstico (actualizaciones, revisiones o nuevas evaluaciones) de los mecanismos de transmisión del VIH y de la prevalencia del VIH y del SIDA en el país. Como parte esencial del plan de acción nacional al que se alude en la Recomendación 11 de este *Informe*, revisar y, en su caso, rediseñar una política pública de carácter preventivo sobre la enfermedad. Entre las medidas a adoptar, establecer mecanismos de control de las transfusiones de sangre. Emprender campañas de información pública, en colaboración con los medios de comunicación e involucrando a la sociedad civil, sobre los mecanismos de transmisión, recomendando a la población en general y a los grupos de riesgo en especial las medidas a adoptar para evitarlas (incluyendo, en todo caso, el uso de preservativos), creando conciencia sobre la importancia de un diagnóstico temprano y recomendando la realización de pruebas de detección a las personas con prácticas de riesgo.

49. Incluir en el contenido mínimo del derecho a la protección de la salud el tratamiento de los infectados y de las enfermedades oportunistas concomitantes,

así como el acceso a los medicamentos necesarios para dicho tratamiento, con el apoyo, en su caso, de la cooperación internacional. Establecer normativamente los mecanismos necesarios para hacer efectivo el principio de progresividad o ampliación paulatina de la atención a los pacientes con esta enfermedad, con referencia especial a la rehabilitación y a la conexión de la salud con las situaciones de dependencia y sus necesidades sociales. Poner todos los medios necesarios para la adquisición de antirretrovirales y la disminución de su coste.

50. Establecer programas especiales de apoyo (incluyendo apoyo psicológico) a las personas infectadas por el VIH, a los enfermos de SIDA y a sus familias, en especial para facilitar su reinserción social y laboral, y luchar contra las prácticas discriminatorias. En especial, emprender campañas educativas y de información pública dirigidas a prevenir la discriminación a los portadores de VIH y enfermos de SIDA. Realizar tales campañas, al menos, en los centros educativos.

La PROCURADURÍA PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE EL SALVADOR nos hace llegar, según lo advertido en la nota 12 que se incluye en la Introducción, las matizaciones siguientes:

«a) *La implementación de procesos de liberalización o privatización del sector sanitario*, al no quedar tales procesos sujetos al previo conocimiento, debate y concertación con la población y sectores interesados, especialmente cuando resulten previsibles efectos negativos sobre el derecho humano a la salud, tal como se dispone en el numeral 35 de la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

»b) *La garantía de la participación ciudadana, directamente o por medio de representantes*, al no concebirse ésta en la más amplia acepción que disponen los numerales 8, 11, 17 y 43.f de la referida Observación General núm. 14, además de la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), mismas que establecen que la población tiene derecho y obligación de participar en la planificación, organización, implementación y control de las políticas y servicios de salud, y no únicamente en la toma de decisiones en torno a las mismas.

»c) *La elaboración de un plan nacional de acción para garantizar y promover el derecho a la protección de la salud*, al limitar los alcances establecidos en la referida Observación General núm. 14 (numerales 36 y 43.f), respecto a que el Estado cuenta, más bien, con una Política Nacional de Salud y que, en el caso de El Salvador, ha sido dispuesto expresamente en esos mismos términos en el artículo 65 de su Constitución de la República.

»d) *La garantía del acceso a la asistencia sanitaria básica, asequible con independencia del nivel económico de la población*, pero en la que no se recomienda especial protección de los grupos socialmente desfavorecidos y empobrecidos, respecto a pagos directos que efectivamente atentan contra la accesibilidad y la equidad en la atención sanitaria, como claramente se establece en el numeral 12.b de la referida Observación General núm. 14».

COLABORADORES

Antonio Aguilar Martínez (antonioaguilar@pddh.gob.sv) es Procurador Adjunto para la Defensa de los Derechos Humanos de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador. Dirigió la redacción de los apartados sobre El Salvador de los capítulos II y III, en la que colaboró **Nancy Leticia Orellana Calderón**, Técnica de la Procuraduría Adjunta de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Argentina Artavia Medrano (aartavia@dhr.go.cr) es Jefa de la Unidad de Asuntos Internacionales de la Defensoría de los Habitantes de Costa Rica. Redactó los apartados sobre Costa Rica de los capítulos II y III.

Fernando Benito Anguita (fernando.benito@defensordelpueblo.es) es Asesor de Sanidad del Defensor del Pueblo de España. Redactó el apartado sobre España del capítulo II.

Mónica Teresita del Cerro Rabolini (mdelcerro@defensor.gov.ar) es Asesora de Sanidad de la Defensoría del Pueblo de la Nación Argentina. Redactó los apartados sobre Argentina de los capítulos II y III.

Maite Cisneros (mcisneros@defensoriadelpueblo.gob.pa) es Delegada para la Promoción y Protección de los Derechos de Personas con VIH de la Defensoría del Pueblo de Panamá. Redactó los apartados sobre Panamá de los capítulos II y III.

Guillermo Escobar Roca (guillermo.escobar@uah.es) es Profesor Titular de Derecho Constitucional de la Universidad de Alcalá, España, y Coordinador Académico del Programa Regional de Apoyo a las Defensorías del Pueblo en Iberoamérica. Diseñó la estructura del Informe y el plan de trabajo, coordinó y revisó todas las contribuciones y redactó la Introducción, el apartado sobre España del capítulo II, la Síntesis del capítulo III y la versión preliminar del capítulo IV. Contó con la colaboración de **María José Amorín Calzada**, Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y de **Irene Vázquez Serrano**, Master en Protección de Derechos Humanos.

Verónica Guerrero Rodríguez (vguerrero@defensoria.gob.ve) es Jefa de la Unidad de Análisis de la Defensoría del Pueblo de Venezuela. Redactó los apartados sobre Venezuela de los capítulos II y III.

Linda Hernández Vargas (lindaher@coqui.net) es Investigadora Principal de la Oficina del Procurador de los Derechos Humanos de Puerto Rico. Redactó los apartados sobre Puerto Rico de los capítulos II y III.

Gabriela Justiniano de Reyes (gjustiniano@defensor.gov.bo) es Delegada Adjunta de Programas y Actuaciones Especiales de la Defensoría del Pueblo de Bolivia. Redactó los apartados sobre Bolivia de los capítulos II y III.

Ligia Magdalena Martínez Ocampo (ligia.martinez@procuraduriaddhh.gob.ni) es Responsable de Planificación y **Álvaro Enrique Osorio Ocampo** (Alvarolpc79@yahoo.es), Responsable del Departamento de Fiscalización, ambos en la Procuraduría de Derechos Humanos de Nicaragua. Redactaron los apartados sobre Nicaragua de los capítulos II y III.

Darío de Jesús Mejía Villegas (damejia@defensoria.org.co) es Secretario General y Delegado para la Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo de Colombia. Redactó los apartados sobre Colombia de los capítulos II y III.

Fiorella Melzi Tauro (fmelzi@defensoria.gob.pe) es Asesora de la Adjuntía para la Administración Estatal de la Defensoría del Pueblo de Perú. Redactó los apartados sobre Perú de los capítulos II y III.

Raquel Mitjans Amarilla (analisisinformes@defensoriadelpueblo.gov.py) es Jefa del Departamento de Análisis e Informes de la Defensoría del Pueblo de Paraguay. Redactó los apartados sobre Paraguay de los capítulos II y III.

Javier Moctezuma Barragán (jmoctezuma@cndh.org.mx) y **Consuelo Olvera Treviño** (colvera@cndh.org.mx) son, respectivamente, Secretario Ejecutivo y Directora de Análisis y Divulgación de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México. Redactaron los apartados sobre México de los capítulos II y III.

Diogo Nunes dos Santos (diogo.santos@provedor-jus.pt) es Asesor del Proveedor de Justicia de Portugal. Redactó los apartados sobre Portugal de los capítulos II y III.

Ana Salado Osuna (salado@us.es) es Profesora Titular de Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales de la Universidad de Sevilla, España. Redactó el capítulo I.

Miguel Ángel Sánchez Vicente (masvicente@yahoo.es) es consultor de Derechos Humanos. Redactó la Síntesis del capítulo II.

Rosa Sarabia Rebolledo (raonadordelciutada@andorra.ad) es Adjunta del *Raonador del Ciutadà* del Principado de Andorra. Redactó los apartados sobre Andorra de los capítulos II y III.

Manuel Antonio Sierra Marcos (Msierra@us.ci.org) es consultor del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos de Honduras. Con la colaboración de José Ochoa y Lombardo Ardón, redactó los apartados sobre Honduras de los capítulos II y III.

Pablo Werner Ramírez (pwerner@pdh.org.gt) es Delegado para la Promoción y Protección de los Derechos de Personas con VIH de la Procuraduría de Derechos Humanos de Guatemala. Redactó los apartados sobre Guatemala de los capítulos II y III.

MIEMBROS DE LA FIO

NACIONALES

ARGENTINA

Defensor del Pueblo de la Nación Argentina

Eduardo René Mondino

Suichapa 365, C1008AAG, Capital Federal de Buenos Aires, Argentina

Tel: (5411) 4819-1601 / 4819-1602 / 4819-1603

Fax: (5411) 4819-1581

E-mail: defensor@defensor.gov.ar

Página web: www.defensor.gov.ar

BOLIVIA

Defensor del Pueblo

Waldo Albarracín Sánchez

Calle Colombia 440, zona San Pedro. La Paz

Tel: (5912) 2490033 / 2490044/ Interno 501 despacho

Fax: (5912) 2113538

Casilla de correo: 791, La Paz, Bolivia

E-mail: delpueblo@defensor.gov.bo

Página web: www.defensor.gov.bo

COLOMBIA

Defensor del Pueblo de la República de Colombia

Volmar Antonio Pérez Ortiz

Calle 55 n° 10-32/46. Santa Fe de Bogotá

Tel: (571) 314-7300 Ext. 2315 despacho

Fax: (571) 314-4000 Ext. 2246

E-mail: asuntosdefensor@defensoria.org.co

vaperez@defensoria.org.com

Página web: www.defensoria.org.co

COSTA RICA

Defensoría de los Habitantes de la República de Costa Rica

Lisbeth Quesada Tristán

Barrio México, 450 metros norte de la Torre Mercedes Benz, Paseo Colón

Apdo. postal 686-1005 Barrio México. San José

Tel: (506) 258-8585

Fax: (506) 248-2371
E-mail: dhr@dhr.go.cr
Página web: www.dhr.go.cr

ECUADOR

Defensor del Pueblo de la República de Ecuador

Claudio Mueckay

Av. de la Prensa n° 54-97 y Jorge Piedra. Quito. Ecuador
Tel: (593.2) 330 45 63 (directo Defensor)
(593.2) 330 11 12 – 330 11 15 Centralita /330 18 42 (Ext. 301, 302, 303 ó 305)
Fax: 330 11 12, ext 307 y 402
E-mail: contacto@defensordelpueblo.gov.ec; defensor@defensordelpueblo.ec
Página web: www.defensordelpueblo.gov.ec

EL SALVADOR

Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos

Beatrice Alamani de Carrillo

5ª Calle Poniente y 9ª Avenida Norte
Edificio AMSA n° 535. San Salvador
Tel: (503) 2222-0011
Fax: (503) 2222-0655
E-mail: soniaguandique@yahoo.com.mx
Página web: www.pddh.gob.sv

ESPAÑA

Defensor del Pueblo de España

Enrique Múgica Herzog

Eduardo Dato 31. (28010) Madrid
Tel: (3491) 432-7900
Fax: (3491) 308-1158
E-mail: defensor@defensordelpueblo.es
Página web: www.defensordelpueblo.es

GUATEMALA

Procurador de los Derechos Humanos de Guatemala

Sergio Fernando Morales Alvarado

12 avenida 12-72, Zona 1. Guatemala
Tel: (502) 230-08 74 / 230-0877 / 230-0878 / 230-0817
Fax: (502) 2238-1734
E-mail: opdhg@intelnet.net.gt
asosa@pdh.org.gt

HONDURAS

Comisionado Nacional de los Derechos Humanos de Honduras

Ramón Custodio López

Colonia Florencia, blvd. Suyapa, contiguo a Multidata
(2936) Tegucigalpa
Tel: (504) 231- 0204
Fax: (504) 235-7697
E-mail: custodiolopez@conadeh.hn
Página web: www.conadeh.hn

MÉXICO

Comisión Nacional de Derechos Humanos

José Luis Soberanes Fernández

Periférico Sur 3469 esq. Luis Cabrera, 5º piso.

Col. San Jerónimo Lídice

Delegación Magdalena Contreras.

(10200) México D.F.

Tel: (5255) 568-18168 / 513-50594 / 513-50593 / 513-50598

Fax: (5255) 513-50595

E-mail : correo@cndh.org.mx

Página web: www.cndh.org.mx

NICARAGUA

Procurador para la Defensa de los Derechos Humanos de Nicaragua

Omar Cabezas Lacayo

Avenida Monumental de la Central de Bomberos, una cuadra abajo

(frente al Restaurante Rincón Español)

Managua 369

Tel: (505) 266-3257 / 266-3258 / 268-2789

Fax: (505) 266-8972

E-mail: pddh@procuraduria.gob.ni

PANAMÁ

Defensora del Pueblo

Mónica Pérez

Av. Nicanor de Obarrio (calle 50)

Edificio Don Camilo. Ciudad Panamá

Tel: (507) 214-9837/ 214-9838

Fax: (507) 214-9839

E-mail: defensora@defensoriadelpueblo.gob.pa

Página web: www.defensoriadelpueblo.gob.pa

PARAGUAY

Defensor del Pueblo de la República del Paraguay

Manuel María Páez Monges

Ygatimi y Juan E. O'Leary. Edificio Robledo. Asunción

Tel: (595) (21) 452-602

Fax: (595) (21) 452 602 al 605

E-mail: defensoria@uninet.com.py

defensor@defensoriadelpueblo.gov.py

Página web: www.defensordelpueblo.gov.py

PERÚ

Defensora del Pueblo de Perú

Beatriz Merino Lucero

Jr. Ucayali 388. Lima 1

Tel: (511) 426-7800

Fax: (511) 426-7889

E-mail: defensora@defensoria.gob.pe

Página web: www.defensoria.gob.pe

PORTUGAL**Provedor de Justiça***Henrique Nascimento Rodrigues*

Provedoria de Justiça, Rua do pau de Bandeira 9. Lisboa

Tel: (351) 21 392-6632

Fax: (351) 21 396-1243

E-mail: provedor@provedor-jus.pt

Página web: www.provedor-jus.pt

PRINCIPADO DE ANDORRA**Raonador del Ciutada del Principado de Andorra***Pere Canturri Muntanya*

Principar d'Andorra, c. Prat de la Creu, 8-2n. Andorra La Vella

Tel: (376) 825-585

Fax: (376) 825-557

E-mail: raonadordelciutada@andorra.ad

PUERTO RICO**Procurador del Ciudadano del Estado Libre y Asociado de Puerto Rico***Carlos J. López Nieves*

P.O. Box 41088, Estación Minillas (00940) San Juan de Puerto Rico

1088 Puerto Rico

Tel: (787) 724 7373

Fax: (787) 724 7386

E-mail: ombudsmn@caribe.net

VENEZUELA**Defensor del Pueblo***Germán Mundarain*

Av. México, Plaza Morelos. Edificio Defensoría del Pueblo, piso 8. Caracas

Tel: (58212) 578-3795 / 575-5103 Despacho

Fax: (58212) 575-4467

E-mail: germanmundarain@cantv.net; gmundarain@defensoria.gov.ve

Página web: www.defensoria.gob.ve

ARGENTINA**Defensorías del Pueblo Provinciales****BUENOS AIRES****Defensora del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires***Alicia Beatriz Pierini*

Venezuela 842, 1095 Capital Federal

Tel: (005411) 4338-4900 Interno: 7502/7506

Fax: (005411) 4338-4900

E-mail: apierini@defensoria.org.ar; institucionales@defensoria.org.ar

Web: www.defensoria.org.ar

CHUBUT

Defensor del Pueblo de la Provincia de Chubut

Ricardo Azparren

Mariano Moreno 345 (9103) Rawson

Tel: (00542965) 483659

Fax: 484848

E-mail: defpueblo@legischubut.gov.ar

CÓRDOBA

Defensora del Pueblo de la Provincia de Córdoba

Yesica Valentín (Defensora Adjunta)

Tucumán 25, piso 9° (5000) Córdoba

Tel: (0054351) 4342060/2061

Fax: 4239816, 4342060 al 62

E-mail: hectormariano.filippi@cba.gov.ar

FORMOSA

Defensor del Pueblo de la Provincia de Formosa

José Leonardo Gialluca

Padre Patiño 831 (3600) Formosa

Telefax: (03717) 436379

E-mail: lgialluca@arnet.com.ar

depuefor@arnet.com.ar

Página web: www.adpra.org.ar/es/defensorias/formosa/index.htm

JUJUY

Defensor del Pueblo de la Provincia de Jujuy

Victor Galarza

La Madrid 146. Departamento Manuel Belgrano

4600 San Salvador de Jujuy

Telefax: (0054388) 4226795 / 4237151 / 4237186

Celular del Defensor: 156868723

Fax: 0388 423 71 64

E-mail: defdelpueblo@arnet.com.ar

RÍO NEGRO

Defensoría del Pueblo de la Provincia de Río Negro

Nilda Nervi de Bellosó

25 de mayo 565. Viedma (8500) Río Negro

Tel: (00542920) 422168

Fax: (00542920) 422045

E-mail: nnervi@defensoriadelpueblo.rionegro.gov.ar

SAN JUAN

Defensor del Pueblo de la Provincia de San Juan

Julio César Orihuela

Rivadavia 362 - Este San Juan (5400) San Juan

Tel: (0054264) 4226163

Fax: 4211992

E-mail: defensoria.pueblo@interredes.com.ar

SAN LUIS**Defensor del Pueblo de la Provincia de San Luis***Héctor Daniel Toranzo*

Palacio Legislativo. Hilario Ascasubi y Ruta pcial. 19

(5700) San Luis

Tel: (00542652) 457392, 456111, 456112

Fax: (00542652) 457393

E-mail: dpueblo@sanluis.gov.ar

Página web: www.sanluis.gov.ar/defensoria/defensoria.htm**SANTA FE****Defensor del Pueblo de la Provincia de Santa Fe***Carlos Bermúdez*

Pasaje Álvarez 1516 (2000) Rosario

Tel: (0054341) 4721108, 4721112

Fax: 4721113

E-mail: def_s_fe@citynet.net.ar

Página web: www.defensorsantafe.gov.ar**SANTIAGO DEL ESTERO****Defensor del Pueblo de la Provincia de Santiago del Estero***Darío Alejandro Alarcón*

Independencia 258

4200 Santiago del Estero

Tel: (0054385) 4225758

Fax: 4212030

E-mail: defensorsantiago@arnet.com.ar**TUCUMÁN****Defensor del Pueblo de la Provincia de Tucumán***Jorge Alberto García Mena*

San Martín 358, 3º piso. San Miguel de Tucumán

4000 Tucumán

Telefax:(0054 381) 4220860/62 – Central telefónica

Privada Defensor del Pueblo: 0054 381 4221281

Celular Personal Defensor: 0054 381 155014059

E-mail: defensoria@tucuman.gov.ar, Jorgegm_25@yahoo.com.areduardoraimondo@yahoo.com.ar**MÉXICO**
Oficinas Estatales**AGUASCALIENTES****Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Aguascalientes***Omar Williams López Ovalle*

Maderero 447, Zona Centro

(20000) Ciudad Aguascalientes, Ags.

Tel: (52-4499) 915230 / 168778 / 9151532

Fax: (524499) 9151472

E-mail: guidolopez@yahoo.com.mx

BAJA CALIFORNIA NORTE

Procurador de Derechos Humanos y Protección Ciudadana de Baja California

Ismael Chacón Güereña

Paseo Centenario 10310, Edificio Cazar Local 704

Col. Zona Río (22320) Ciudad Tijuana, B.C.

Tel: (521664) 9732373 / 9732374

Fax: (521664) 9732375

E-mail: pdhbcal@telnor.net

BAJA CALIFORNIA SUR

Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Baja California Sur

Erendida Real Castro

Av. 5 de mayo 715, esq. Valentín Gómez Farias.

Col. Centro (23000)

Telefax: (5261212) 32332 / 52923

E-mail: cedhbcs2003@yahoo.com.mx

CAMPECHE

Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Campeche

Sra. María Eugenia Ávila López

Prolongación 59 n° 6. Col. Centro

(24000) Ciudad Campeche

Tel: (5298181) 14563 / 60997

Fax: (5298181) 14571

E-mail: cdhc@hotmail.com

meavilalopez@hotmail.com

COAHUILA

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Coahuila

Luis Fernando García Rodríguez

Jesús Acuña Narro 113, 5° piso. Edf. Metropolitano

Col. República de Oriente (25280) Ciudad Saltillo, Coah.

Tel: (528444) 162050 / 158543

Fax: (528444) 162110

E-mail: presidencia@cdhec.org.mx

COLIMA

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Colima

Enrique García González

Calle Santos de Gollado 79, Col. Centro (28000)

Tel: (52 31231) 47795 / 49084 / 22994

Fax: 47186

E-mail: codehucol@prodigy.net.mx

CHIAPAS

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chiapas

Yesmín Lima Adam

Boulevard Comitán 143. Col. Moctezuma
(29030) Ciudad Tuxtla

Tel: (52961) 6028980 / 6028981

Fax: (52961) 6025784

E-mail: cdh@cdh-chiapas.org.mx

CHIHUAHUA

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Chihuahua

Leopoldo González Baeza

Calle Décima y Mina 1000. Col. Centro
(31000) Ciudad Chihuahua

Tel: (526144) 100833

Fax: (526144) 100828

E-mail: cedhch@prodigy.net.mx

DISTRITO FEDERAL

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Emilio Álvarez Icaza Longoria

Avenida Chapultepec 49. Col. Centro Histórico
(04060) México, Distrito Federal

Tel: 5255-52295600 Ext. 102 y 114

E-mail: presiden@cdhdf.org.mx

cdhdf@cdhdf.org.mx

DURANGO

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Durango

Carlos García Carranza

Independencia 220 Sur. Col. Centro
(34000) Ciudad Durango

Telefax: (52-61881) 37481 / 37541

E-mail: garciacarlos05@hotmail.com

ESTADO DE MÉXICO

Comisionado de Derechos Humanos del Estado de México

Jaime Almazán Delgado

Instituto Literario Poniente, n° 510, Col. Centro
(50000) Ciudad Toluca, Méx.

Tel: (52-7222) 134101 / 130883 / 130828 / 140870, ext. 119, 120 y 130

Fax: (52-7222) 140880

E-mail: codhem@netspace.com.mx, codhem_presidencia@prodigy.net.mx
Página web: www.codem.org.mx

GUANAJUATO

Procurador de Derechos Humanos del Estado de Guanajuato

Manuel Vidaurri Aréchiga

Boulevard Mariano Escobedo 2601 Oriente

Col. León Moderno

(37480) Ciudad León Guanajuato

Tel: (52-4777) 700842 / 700845

Fax: 704128

E-mail: humanos@prodigy.net.mx

GUERRERO

Presidente de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos del Estado de Guerrero

Juan Alarcón Hernández

Av. Juárez esq. Dr. Galo Soberón y Parra. Col. Centro

(39000) Ciudad Chilpancingo, Gro.

Tel: (52-74747) 10378 / 10230 / 10251

Fax: 12190

E-mail: coddehum@prodigy.net.mx

HIDALGO

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo

Alejandro Straffon Ortiz

Av. Juárez esq. Iglesias. Col. Centro

(42000) Ciudad Pachuca, Hgo.

Tel: (52-77171) 81696 / 87144/ 89912

Fax: 81719

E-mail: astraffon59@terra.com.mx

JALISCO

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Jalisco

Carlos Manuel Barba García

Pedro Moreno 1616. Col. América

(44160) Ciudad Guadalajara, Jal.

Tel: (52-3336) 691101 (Ext. 158)

E-mail: cedhj@infosel.net.mx

cedhj@megared.net.mx

MICHOACÁN

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Michoacán

Gumersindo García Morelos

15 de Octubre 74. Col. Lomas de Hidalgo

(58240) Ciudad Morelia, Mich.

Telefax: (52- 4433) 157428/ 157535 / 157816

E-mail: dhumanos@michocan.gob.mx

MORELOS**Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Morelos***Sergio Rodrigo Valdespín Pérez*

Madero 210. Col. Miraval

(62270) Ciudad Cuernavaca, Mor.

Tel: (52-7773) 3133141

Fax: 1022781

E-mail: presidencia@cedhmor.org

NAYARIT**Presidente de la Comisión de Defensa de los Derechos Humanos para el Estado de Nayarit***Oscar Humberto Herrera López*

Av. Prisciliano Sánchez 8, Altos Sur, esq. Av. Allende

Col. Centro (63000) Ciudad Tepic, Nay.

Tel: 5231121- 25766

Fax: 5231121- 38986

E-mail: derhumanos@teouc.megared.net.mx

NUEVO LEÓN**Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de Nuevo León***Daniel Garza Garza*

Av. Morones Prieto 2110 - 2 Poniente. Col. Loma Larga (64710)

Tel: (52-8183) 458644 / 458645 / 458362

Fax: (52-8183) 449199

E-mail: cedhmtty@intercable.net

OAXACA**Comisionado de Derechos Humanos del Estado Libre y Soberano de Oaxaca***Jaime Pérez Jiménez*

Comisión de Derechos Humanos, 210. Col. América. (68050) Oaxaca

Tel: (00521951) 5135197 / 85/91

Fax: (00521951) 5135197

E-mail: cedhoax@prodigy.net.mx

PUEBLA**Presidente de la Comisión Estatal de Defensa de los Derechos Humanos de Puebla***José Manuel Cándido Flores Mendoza*

Av. 15 de mayo 2929-A. Fracc. Las Hadas. (72070) Ciudad Puebla, Pue.

Tel: (52-2222) 2484299 / 2485022 / 2484632 / 2484311

Fax: (52-2222) 2485451

E-mail: cdh@puebla.megared.net.mx, cdhpuebla@prodigy.net.mx,

manuelflores@cdhpuebla.org.mx, mflorescdh@prodigy.net.mx

Página web: www.cdhpuebla.org.mx

QUERÉTARO**Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de Querétaro***Pablo Enrique Vargas Gómez*

Almeaco 102 esq. Corregidora Sur. Col. Estrella (76030)

Tel: 524422- 140158 / 140837

Fax: 140837 Ext.103

E-mail: correo@cedhgro.org

QUINTANA ROO

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Quintana Roo

Gaspar Armando García Torres

Av. Adolfo López Mateos 424, esq. Nápoles. Col. Campestre

(77030) Ciudad Chetumal Q.R.

Tel: (52-98383) 270 90 / 29965

Fax: (52-98383) 28300

E-mail: cedhqroo@prodigy.net.mx

cdheqroo@hotmail.com

SAN LUIS POTOSÍ

Presidenta de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí

Magdalena Beatriz González Vega

Mariano Otero 685. Col. Tequisquiapan, Centro

(78250) Ciudad San Luis de Potosí, S.L.P.

Tel: (52-4448) 111016 / 115115 / 116064

Fax: 114710

E-mail: cedhslp@prodigy.net.mx

SINALOA

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos del Estado de Sinaloa

Oscar Loza Ochoa

Epitacio Ozuna 1181 Poniente. Col. Centro (80200) Sin.

Télfax: (52-6677) 146447 / 146459

E-mail: sincdh@cndh.org.mx

SONORA

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos de Sonora

Jorge Sáenz

Boulevard Luis Encinas esq. Periférico Poniente. Col. Choyal

(83130) Ciudad Hermosillo, Son.

Telefax: (52-6622) 163032 / 163884

E-mail: cedhson@rtn.uson.mx

TABASCO

Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de Tabasco

Maria Luisa Saucedo López

Av. César A. Sandino 741, 6º piso. Col. Primero de mayo

(86190) Ciudad Villahermosa, Tab.

Telefax: (52- 9933) 153467 / 153545

E-mail: cedhtab@prodigy.net.mx

TAMAULIPAS

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tamaulipas

José Bruno del Río Cruz

Calle Río Guayalejo n° 223, Fracc. Zozaya, esq. Zaragoza y Ocampo. Col. Centro

(87070) Ciudad Victoria, Tamps.
Tel: (5283431) 24565 / 24612/ 53890
Fax: 24565
E-mail: codhet@prodigy.net.mx, presidencia@codhet.org.mx
Página web: www.codhet.org.mx

TLAXCALA

Presidente de la Comisión Estatal de Derechos Humanos de Tlaxcala

Antonio Bayona Diego
Av. Arquitectos 27. Col. Loma Bonita (90090)
Telefax: 5224646 - 21630
E-mail: cedhtlax@servired.com.mx

VERACRUZ

Presidenta de la Comisión de Derechos Humanos de Veracruz

Nohemí Quirasco Hernández
Carrillo Puerto 21, Zona Centro (91000) Ciudad Xalapa, Ver.
Telefax: (522288) 120589 /120625 /120796
E-mail: comentarios@cedhveracruz.org
verdh@cndh.org

YUCATÁN

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán

Sergio Efraín Salazar Vadillo
Calle 20 n° 391-A, entre calles 31-D y 21-F. Nueva Alemán
(97000) Ciudad Mérida, Yuc.
Telefax: (52-9999) 278596 / 272201 279275
E-mail: sergiosal@yahoo.com

ZACATECAS

Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Zacatecas

Eladio Navarro Bañuelos
Av. Jesús Reyes Heróles 204. Col. Javier Barros Sierra
(98090) Ciudad Zacatecas, Zac.
Tel: (5249292) 41437 / 42683
Fax: 40369
E-mail: cedhzac@terra.com.mx
e_navarro@terra.com.mx

REINO DE ESPAÑA **Comisionados Parlamentarios Autonómicos**

ANDALUCÍA

Defensor del Pueblo Andaluz

José Chamizo de la Rubia

Reyes Católicos, 21 (41001) Sevilla
Tel: 95 4212121
Fax: 95 4214497
E-mail: defensor@defensor-and.es
Página web: www.defensor-and.es

ARAGÓN

Justicia de Aragón

Fernando García Vicente

Don Juan de Aragón, 7 (50001) Zaragoza
Tel: 976 399354
Fax: 976 394632
E-mail: crivas@eljusticiadearagon.es
Página web: www.eljusticiadearagon.com

CANARIAS

Diputado del Común de Canarias

Manuel Alcaide Alonso

O'Daly, 28 (38700) Santa Cruz de la Palma (Tenerife)
Tel: 922 416040
Fax: 922 415228
E-mail: diputadodelcomun@diputadodelcomun.com,
Página web: www.diputadodelcomun.com

CASTILLA Y LEÓN

Procurador del Común de Castilla y León

Javier Amoedo Conde

Plaza de San Marcos, 5 (24001) León
Tel: 987 270517 / 250095 (centralita)
Fax: 987 270143
E-mail: pccyl@pccyl.es
Página web: www.procuradordelcomun.org

CASTILLA-LA MANCHA

Defensora del Pueblo de Castilla-La Mancha

Henar Merino Senovilla

c/ Feria 7 y 9. Casa Perona (02005) Albacete
Tel: 967 501000
Fax: 967 229465
E-mail: info@defensoraclm.com
Página web: www.defensoraclm.com

CATALUÑA

Síndic de Greuges de Catalunya

Rafael Ribó i Massó

Josep Anselm Clavé, 31 (08002) Barcelona
Tel: 93-301.80.75
Fax: 93.301.31.87
E-mail: sindic@sindicgreugescat.org
Página web: www.sindicgreugescat.org

COMUNIDAD VALENCIANA
Síndic de Greuges de la C.A. Valenciana*Emilia Caballero Álvarez*

Pascual Blasco, 1 (03001) Alicante

Tel: 96 5937500

Fax: 96 5937554

E-mail: sindic_greuges@gva.esPágina web: www.sindicdegreuges.gva.es**GALICIA****Valedor do Pobo Galego***José Ramón Vázquez Sandes*

Pazo do Parlamento - Rúa do Hórreo, 65

(15700) Santiago de Compostela

Tel: 981 569740

Fax: 981 572335

E-mail: valedor@valedordopobo.comPágina web: www.valedordopobo.com**NAVARRA****Defensor del Pueblo de Navarra***María Jesús Aranda Lasheras*

Parlamento Foral de Navarra. Arrieta, 12

(31071) Pamplona

Tel: 948 203571

Fax: 948 203549

E-mail: info@defensora-navarra.comPágina web: www.defensora-navarra.com**PAÍS VASCO****Ararteko***Iñigo Lamarca Iturbe*

Prado, 9 (01005) Vitoria/Gasteiz

Tel: 945-13.51.18

Fax: 945-13.51.02

E-mail: defensorpv@ararteko.netPágina web: www.ararteko.net

