

Universidad de Lima

Facultad de Derecho

Carrera de Derecho



El derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su incidencia en el Perú durante la pandemia del COVID-19

Tesis para optar el título profesional de Abogado

Gladys Maria Samanta Suarez Hernandez

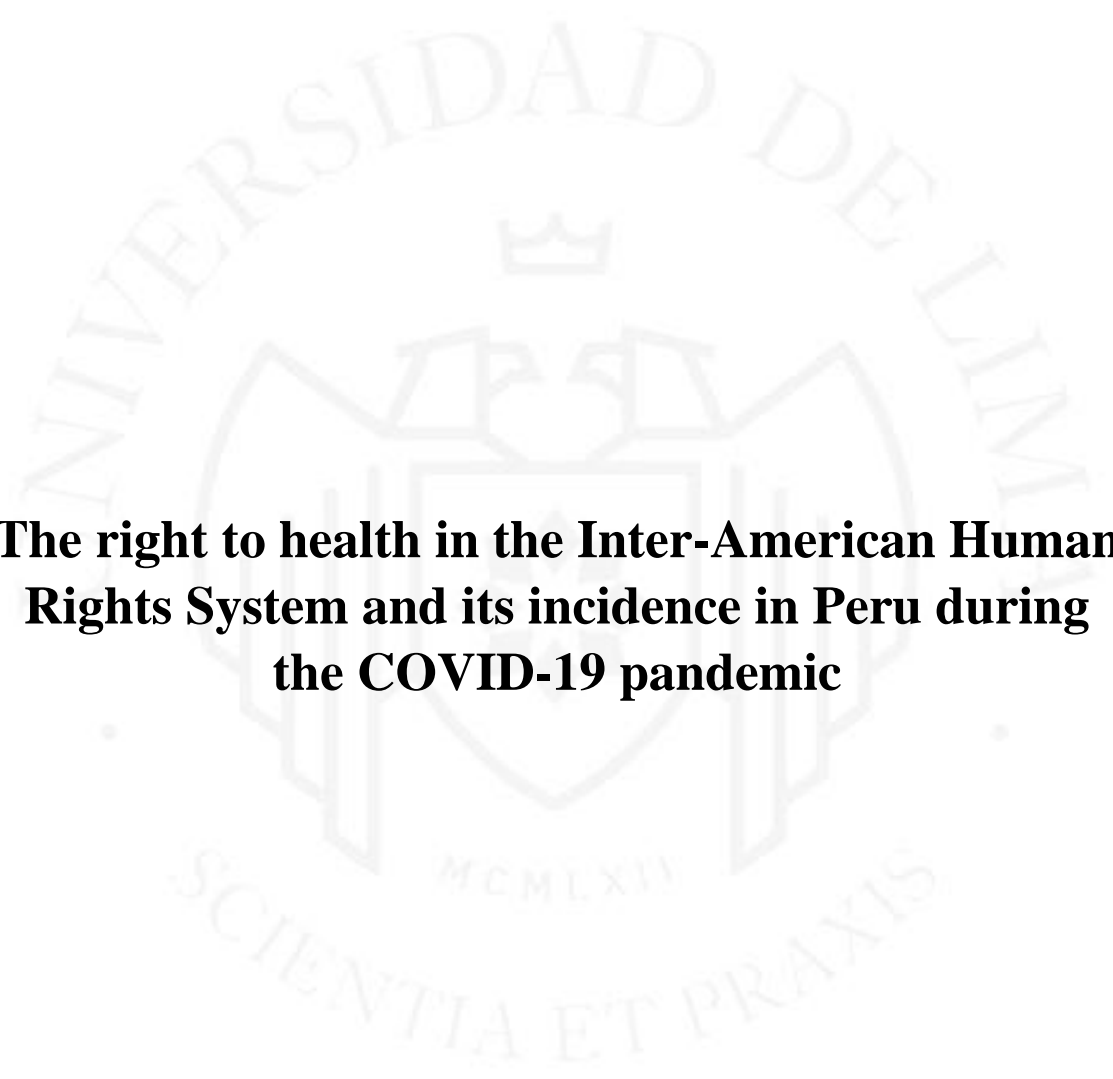
Código 20153357

Asesor

Luis Andrés Roel Alva

Lima – Perú

2023



The right to health in the Inter-American Human Rights System and its incidence in Peru during the COVID-19 pandemic

Agradecimientos

La presente tesis representa mucho más que la culminación de mi etapa universitaria, ya que es un homenaje a las personas que han perdido a un ser querido durante la pandemia, pues ellos me impulsaron a investigar lo que se debe exigir al Estado a fin de que los derechos a la vida y a la salud de nuestros seres amados no sean vulnerados.

Agradezco a mi madre, Gladys Hernandez Nonajulca, por ser el motor de mi vida y la persona que me ha enseñado que, a pesar de las adversidades, se puede seguir adelante. A mi padre, Víctor Suarez Malca, por apoyarme en cada desafío académico que he tomado y creer fehacientemente en mis capacidades.

Asimismo, agradezco a mis hermanos: Victor, Thalía y Perlita, quienes han sido mi soporte durante cada etapa de mi vida, acompañándome en las buenas y en las malas. En particular, también dedico este trabajo a mis hermanas que han optado por seguir la carrera de medicina, poniendo así un granito de arena para que se efectivice el derecho a la salud.

Además, no puedo dejar pasar la oportunidad de agradecer a Milagros Rodríguez Osorio, quien confió en mis capacidades y me brindó la oportunidad de practicar en la Dirección General de Presupuesto Público, lugar en donde comprendí que los recursos económicos ayudan a la efectivización de los derechos humanos.

De igual modo, agradezco a cada uno de los grandes constitucionalistas; Alberto Borea Odría, Francisco Eguiguren Praeli, Alfredo Mauricio Vitolo, Diego Valadés Ríos, Humberto Nogueira Alcalá y Eliana Roca Serrano; que me dedicaron su tiempo y respondieron cada pregunta planteada durante las entrevistas, lo que me ayudó a conocer puntos de vistas distintos que enriquecieron el análisis sobre el actuar estatal durante la pandemia.

Finalmente, agradezco a mi asesor, Luis Roel Alva, quien confió e impulsó la presente investigación; viendo potencial en el tema de análisis y respondiendo cada una de mis inquietudes académicas.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS.....	3
1.1 Marco normativo de protección al derecho a la salud.....	3
1.1.1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.....	8
1.1.2 Convención Americana sobre Derechos Humanos	15
1.1.3 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador..	18
1.2 Derecho a la salud.....	23
1.3 Principios y/o características.....	26
1.3.1 Universalidad.....	27
1.3.2 Interdependencia.....	30
1.3.3 Indivisibilidad.....	32
1.4 Exigibilidad del derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.....	34
1.4.1 Exigibilidad institucional.....	34
1.4.2 Exigibilidad jurídica	38
1.5 Obligaciones internacionales respecto al derecho a la salud.....	42
1.5.1 Obligaciones generales	42
1.5.2 Obligaciones específicas en el derecho a la salud	65
1.5.3 Obligaciones a la luz del artículo 26 de la CADH.....	77
1.5.4 Obligaciones reforzadas o especiales en relación al derecho a la salud	84
1.6 Elementos del derecho a la salud.....	93
1.6.1 Calidad.....	93
1.6.2 Accesibilidad	94
1.6.3 Disponibilidad.....	96
1.6.4 Aceptabilidad.....	96

CAPÍTULO II: DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ.....	97
2.1 Recepción de las obligaciones internacionales en el ordenamiento jurídico peruano.....	98
2.2 Constitucionalización del derecho a la salud.....	104
2.2.1 Derecho a la salud en la Constitución Política del Perú	104
2.2.2 Contenido constitucionalmente protegido	106
2.2.3 Dimensiones del derecho a la salud.....	109
2.2.4 Sobre los tratamientos.....	110
2.2.5 Rol del Estado respecto al derecho a la salud.....	114
2.2.6 Rol del Tribunal Constitucional en las políticas públicas de salud	117
2.3 Sistema de salud peruano.....	127
2.4 Descentralización de la salud en el Perú.....	130
2.5 Mecanismos de tutela del derecho a la salud.....	136
2.5.1 Tutela administrativa	136
2.5.2 Tutela constitucional.....	141
2.6 Problemas que enfrenta el derecho a la salud en el Perú.....	143
2.6.1 Corrupción	144
2.6.2 Mala gestión.....	147
CAPÍTULO III: DERECHO A LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19.....	153
3.1 Nociones preliminares sobre la pandemia del COVID-19.....	153
3.2 Búsqueda de información.....	160
3.2.1 Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud...	162
3.2.2 Otras fuentes de información.....	164
3.3 Interacción de las obligaciones relacionadas a la protección a la salud durante la pandemia.....	165
3.3.1 Planes de prevención, contención, control y atención.....	166
3.3.2 Declaratoria de estado de emergencia	174
3.3.3 Aislamiento social obligatorio	185
3.3.4 Medidas relacionadas con los determinantes sociales del derecho a la salud ..	191
3.3.5 Vacunación	193
3.3.6 Regresividad y progresividad	201
3.4 Deber del ciudadano en la protección del derecho a la salud.....	205

3.5	Protección del derecho a la salud durante la pandemia.....	207
	CONCLUSIONES.....	210
	RECOMENDACIONES.....	215
	BIBLIOGRAFÍA.....	217
	ANEXOS.....	252



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Ejecución de gasto en el sector público en salud (%)	150
Tabla 3.1 Total de personas fallecidas entre los años 2018 y 2022.....	156
Tabla 3.2 Total de personas fallecidas entre los años 2018 y 2022 por departamentos...157	
Tabla 3.3 Total de casos reportados y fallecidos de COVID-19 entre los años 2020 y 2022	158
Tabla 3.4 Decretos Supremos que declaran Estado de Emergencia Nacional por la pandemia generada por el COVID-19 del 2020 al 2022	175



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3.1 Total de camas UCI entre el año 2020 y 2022 204



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de información a la CIDH	253
Anexo 2: Solicitud de información al MINJUS	254
Anexo 3; Solicitud de información al Congreso de la Republica del Perú	257
Anexo 4: Solicitud de información al MRE	261
Anexo 5: Solicitud de información al MINSA	312
Anexo 6: Entrevista a Alberto Borea Odría.....	314
Anexo 7: Entrevista a Francisco Eguiguren Praeli	315
Anexo 8: Entrevista a Alfredo Mauricio Vitolo	317
Anexo 9: Entrevista a Diego Valadés Ríos	318
Anexo 10: Entrevista a Humberto Nogueira Alcalá.....	319
Anexo 11: Entrevista a Eliana Roca Serrano.....	320
Anexo 12: Lista de documentos emitidos por la Representación Permanente del Perú ante la Organización de los Estados Americanos para informar sobre los Estados de Emergencia Nacionales	322

RESUMEN

La pandemia que se produjo por el COVID-19 conllevó a que se tomaran medidas urgentes de protección del derecho a la salud de la población; lo que originó que no se realice un análisis y evaluación suficiente respecto a las medidas que se estaban emitiendo y su relación con los estándares internacionales de protección de dicho derecho. Por ende, en el presente trabajo se busca determinar si el actuar del Perú ante esta crisis es compatible con las obligaciones internacionales que se han asumido.

En tal sentido, en el primer capítulo, se determinarán cuáles son las obligaciones internacionales que establecen parámetros de protección para el derecho a la salud, agregándose aquellos mecanismos de exigibilidad que han sido diseñados para tal propósito; ello se hará en virtud del análisis de la normativa del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y la jurisprudencia que la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha emitido.

En el segundo capítulo, se podrá visualizar cómo es que dichas obligaciones se han incorporado en el ordenamiento jurídico peruano empezando por la Constitución Política del Perú, en donde se encontrará la respuesta respecto a cuál es el rol que asume el Estado.

Además de exponerse una serie de aspectos trascendentales para el pleno ejercicio del derecho a la salud como el contenido constitucionalmente protegido de dicho derecho y aquellos mecanismos de tutela interna que se han creado en aras de que la persona pueda exigir una actuación o abstención por parte del Estado o terceros que lo vulneren. Tal estudio se realizará teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra el sistema de salud y los problemas que el Perú enfrenta para el cumplimiento de sus obligaciones en materia de salud.

Una vez analizado el panorama internacional y nacional respecto a la protección del derecho a la salud, podremos identificar cuáles han sido las actuaciones estatales durante la pandemia y si dicho actuar se adecuó a los parámetros de protección que se han desarrollado en los capítulos antes descritos.

Palabras claves: derecho a la salud – obligaciones – Estado peruano – mecanismos de protección - poblaciones vulnerables – COVID-19

ABSTRACT

The pandemic caused by COVID-19 led to the adoption of urgent measures to protect the right to health of the population, which resulted in a lack of analysis and evaluation of the measures that were being issued and their relationship with international standards for the protection of this right. Therefore, this investigation seeks to determine whether Peru's actions in the face of this crisis are compatible with the international obligations it has assumed.

In this sense, in the first chapter, the international obligations that establish parameters of protection for the right to health will be determined, adding those mechanisms of enforceability that have been designed for this purpose; this will be done by virtue of the analysis of the regulations of the Inter-American System of Human Rights and the jurisprudence that the Inter-American Court of Human Rights has issued.

In the second chapter, it will be possible to visualize how these obligations have been incorporated in the Peruvian legal system, starting with the Political Constitution of Peru, where the answer to the role assumed by the State will be found.

In addition to exposing a series of transcendental aspects for the full exercise of the right to health as the constitutionally protected content of this right and those mechanisms of internal protection that have been created so that the person can demand an action or abstention by the State or third parties that violate their right. This study will be carried out taking into account the context in which the health system finds itself and the problems Peru faces in complying with its health obligations.

Once the international and national panorama with respect to the protection of the right to health has been analyzed, we will be able to identify the actions of the State during the pandemic and whether such actions were in accordance with the parameters of protection that have been developed in the chapters described above.

Keywords: right to health – obligations -Peruvian State – protection mechanisms – vulnerable populations – COVID-19

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de derechos humanos, poco se habla de la relevancia que tienen los recursos del Estado para que las personas puedan ejercer plenamente sus derechos; ya que sin ellos, el Perú no sería capaz de contratar personal, realizar obras, brindar apoyo legal, diseñar y ejecutar programas de ayuda social, entre otras medidas que tienen una gran incidencia en cada aspecto de la vida del ser humano.

Sin embargo, ello no quiere decir que se niegue la premisa referente a que los derechos son inherentes a las personas, pero no se debe olvidar que, si no existieran mecanismos de protección estatales, pocas personas respetarían los derechos de los otros; con lo que el problema no se enfoca en la existencia, sino en el respeto y protección de los derechos humanos.

En consecuencia, dicha tarea recae principalmente en el Estado, pues este es el ente que canaliza todos los recursos estatales que se recaudan de la población, además de poseer el conocimiento técnico y la información imprescindible para la toma de decisiones que se orienten a la protección de dichos derechos.

Aun así, se puede ver que dicha tarea no ha sido cumplida a cabalidad, a pesar de todas las herramientas con las que cuenta; siendo un argumento siempre utilizado para justificar dicho incumplimiento la inexistencia o falta de presupuesto para la implementación de medidas que coadyuven a la realización de tales derechos en nuestro territorio.

La omisión estatal previamente descrita ha conllevado a que durante muchos años se haya descuidado el sistema de salud peruano y, con ello, el pleno ejercicio del derecho a la salud que se busca alcanzar mediante la progresividad; hecho que se evidenció de manera latente en la pandemia por el COVID-19 a través de las miles de muertes y contagios reportados.

Ante ello, corresponde identificar cuáles son las obligaciones que tiene el Perú respecto al derecho a la salud. Por eso, para tal finalidad, se ha analizado las obligaciones que se han originado dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, ello en virtud a que dicho sistema de protección cuenta con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, institución que ha examinado de manera exhaustiva y ha determinado

responsabilidad estatal por el incumplimiento de las obligaciones en materia de derechos humanos que los Estados han contraído en el marco de una serie de tratados interamericanos.

Por tal motivo, en el primer capítulo, se describirán las obligaciones contraídas por el Estado peruano, por lo que se utilizarán como insumos los tratados interamericanos que se relacionan con los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, con el objetivo de comprender y analizar cómo se han transformado las obligaciones de los Estados en materia de salud. Asimismo, dicha labor interpretativa se ha fundamentado principalmente en principios como la interdependencia e indivisibilidad. Ello a razón de que los mecanismos de exigibilidad que se han impuesto en tal sistema de protección de derechos humanos han exigido una mayor protección del derecho a la salud y sus elementos.

En el segundo capítulo, se observará cómo es que dichas obligaciones han encontrado cabida dentro del ordenamiento jurídico peruano, en donde se podrá determinar el contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud y el rol que asume la estructura estatal en general en su defensa, mediante mecanismos de protección, entre los cuales resalta la tarea que debe cumplir el Tribunal Constitucional. Además de ello, se plantearán algunos de los problemas a los que se enfrenta el Estado para que se ejerza de manera plena el derecho a la salud.

Finalmente, una vez analizado el panorama a nivel internacional y nacional del derecho a la salud, se podrá discutir sobre la actuación estatal durante la pandemia en relación con los recursos que tenía a su alcance; específicamente las medidas que se tomaron a causa de ella.

En base a dicha estructura lo que se ha buscado responder es si dicha actuación estatal se encuentra enmarcada en los estándares de protección del derecho a la salud y, consecuentemente, si el Perú ha cumplido sus obligaciones en materia de salud.

Ello a razón de que la presente tesis nació con la finalidad de comprobar la hipótesis referida a que el Estado peruano no cumplió con sus obligaciones internacionales respecto al derecho a la salud en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos durante la pandemia por el COVID-19, pues se observó situaciones de no acceso a los servicios de salud y no se efectuaron medidas tendientes a la protección de dicho derecho.

CAPÍTULO I: DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS

1.1 Marco normativo de protección al derecho a la salud

La noción de sistemas de protección de derechos humanos, en especial el Sistema Universal de Derechos Humanos (SUDH), surge después de la Segunda Guerra Mundial, ya que una vez finalizada, se pudo observar cuáles habían sido los agravios y violaciones sufridos por la población de parte del Estado y sus diferentes agentes durante dicho periodo.

Ante esto, se buscó poner a los seres humanos como centro de protección, a ser susceptibles de posicionarse como titulares de derechos y así establecer límites importantes para el accionar del Estado y sus agentes. Esta perspectiva concuerda con lo plasmado en la sexta opinión consultiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), pues ella refiere que se restringe el poder de los Estados en aras de la protección de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1986, p. 6, párr. 21).

En tal sentido, se observa un escenario en el que el Estado puede abusar de su poder y vulnerar la esfera jurídica de la población, lo que lleva al derecho internacional a intervenir estableciendo obligaciones estatales en relación con la protección, defensa y promoción de los derechos humanos.

Asimismo, se debe tener presente que existían derechos antes del establecimiento de los sistemas de protección; no obstante, estos se aplicaban a determinadas categorías de personas como esclavos, extranjeros o minorías religiosas (Gómez, 2004, pp. 24-28). Por lo tanto, se hace evidente la inexistencia de normativa que brindara una protección universal a todas las personas independientemente de sus nacionalidades o cualquier característica diferenciadora.

Es ante dicho panorama que se establece el objetivo de que los derechos humanos sean globales, es decir, que pertenezcan a todas las personas sin excepción, lo cual consolida la idea de internacionalización de los derechos humanos mediante la construcción de sistemas de protección a nivel universal y regional.

De ese modo, el primer paso hacia la internacionalización se da mediante el planteamiento de un sistema universal de protección que inicia desde la adopción de la Carta de las Naciones Unidas, aprobada el 26 de junio de 1945, cuya entrada en vigor se dio casi cinco meses después, el 24 de octubre del mismo año. En su preámbulo, se reafirma la creencia en los derechos fundamentales por parte de los Estados y se establece que su estímulo y desarrollo es uno de sus principales propósitos por lo que dichas organizaciones se originaron (Carta de las Naciones Unidas, 1945). Con ello, se reconoce su existencia, marcando el punto de partida para su protección internacional.

Tal tratado internacional se erige como una herramienta que promueve la protección de los derechos humanos, pero dicha protección es limitada, pues tal como señala Felipe Gómez Isa (2004): (1) no se establece una definición de lo que se entiende por derechos humanos, por ende (2) no se tiene un listado de los derechos que se desean proteger, así como (3) no existen mecanismos de control para garantizarlos (pp. 23-60).

Dentro de los ciento once artículos que contiene dicho documento internacional, no existe una enumeración de cuáles son los derechos humanos de los que se hablan; en consecuencia, los Estados no tendrían una pauta en común a seguir. En ese sentido, la protección de los derechos queda sujeta a la interpretación y los intereses de cada Estado, lo que significa la inexistencia de un estándar internacional de protección.

Ello fue decepcionante para los países latinoamericanos, pues estos buscaron la inclusión de un listado que contenga los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales para hacer su protección más efectiva y establecer estrategias que puedan seguir todos los Estados (Gómez, 2004, pp. 23-60). En vista de ello, se observa que para la región americana era importante tener delimitados cuáles eran los derechos humanos que serían objeto de protección, pues el accionar estatal se dirigiría a su cumplimiento.

Pese a lo anterior, se debe resaltar la incipiente constitución de un sistema de derechos humanos, el mismo que es definido por Yvana Novoa Curich como el conjunto de principios, normativa, procedimientos y organismos internacionales que obligan a los Estados a la protección efectiva de los derechos humanos (Universidad Continental Posgrado, 2022).

A nivel de América, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) empieza a desarrollarse, según Antonio Cançado Trindade (2004), a través de cinco etapas: la primera es aquella que está marcada por una mezcla de instrumentos

internacionales, cuyos efectos jurídicos son variables, como la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH) o a la Carta de la Organización de Estados Americanos (Carta OEA); la segunda se encuentra con la instauración de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la expansión de sus facultades; la tercera se caracterizó por la entrada en vigor de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH); la cuarta se da a partir de la consolidación del sistema de protección, ya que inicia el desarrollo jurisprudencial de la Corte IDH; finalmente, la quinta etapa corresponde al perfeccionamiento de los mecanismos de protección establecidos por la CADH (pp. 549-591).

Respecto a la quinta etapa, se debe agregar que el perfeccionamiento involucra la apertura a la protección de los derechos humanos desde la Corte IDH, pues al principio las obligaciones que generaba la CADH solo establecía responsabilidad internacional si se referían a la vulneración de los derechos políticos y civiles, dejando de lado a los derechos económicos, sociales y culturales (DESCA¹). Estos últimos eran objeto de protección si se argumentaba una relación de interdependencia e indivisibilidad con los derechos políticos y civiles. No obstante, ahora podemos observar su protección desde el artículo 26 de la CADH. Por eso, es necesario afirmar que existe una subdivisión en la etapa de perfeccionamiento.

Cançado Trindade, a través de la clasificación anteriormente mencionada, examina cuáles han sido los roles que han tenido la normativa, los procedimientos y los organismos de supervisión para que la protección de los derechos humanos se haya fortalecido en la región. Sucesivamente, también se utilizan los principios de universalidad, interdependencia e indivisibilidad para la efectividad de los DESCAs a través de su justiciabilidad.

El reconocimiento por parte de los textos interamericanos marca el inicio de la gestación del sistema interamericano. En la Novena Conferencia Internacional Americana realizada el 30 de abril de 1948, se aprueba la Carta de la Organización de los Estados

¹ Dicha denominación se acuña porque si bien al principio del planteamiento de los sistemas de protección de los derechos humanos, solo se había contemplado los derechos sociales, económicos y culturales; después en el marco de la globalización y el efecto expansivo de protección de más derechos, aparece el concepto de derechos ambientales. Ello ha originado que se haya observado que existe una práctica generalizada dentro de la doctrina y jurisprudencia para involucrar a los derechos ambientales en su razonamiento; por tales razones, se utilizara tal denominación para no hablar únicamente de los derechos económicos, sociales y culturales, sino también de los ambientales.

Americanos², entrando en vigor casi tres años después, el 13 de diciembre de 1951. Ella establece una serie de reglas de conducta a las cuales deben atenerse los Estados parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA).

Dichas reglas de conducta se refieren a las interacciones que realizan los Estados entre sí, además se establecen los objetivos que un país americano debe cumplir para que el hombre pueda alcanzar una plena realización respecto a las aspiraciones que tiene para sí y dentro de la sociedad. De lo anterior, se entiende que la Carta regula normas de comportamiento para los Estados miembros, así como existe una preocupación por el rol que tiene la persona dentro del Estado y cómo este último puede ejercer funciones que contribuyan a su desarrollo.

De igual forma, en el preámbulo de la Carta, se expresa que se busca la consolidación de “un régimen de libertad individual y de justicia social, fundado en el respeto de los derechos esenciales del hombre” (OEA, 1948). Afirmándose que la libertad del individuo y la justicia social que se desea lograr se fundamenta en los derechos humanos; siendo estos últimos los que se erigen como principio rector del actuar estatal, por lo que los Estados deben respetarlos plenamente, ya que a través de ellos se alcanza la libertad plena del ser humano y la justicia social distributiva, lo cual conduce al bienestar general de la población.

Desde lo señalado por la Carta de la OEA, se puede apreciar que los derechos humanos cumplen un rol fundamental tanto para los Estados como para la población que se encuentra en ellos. Además, se va marcando el rol social por parte del Estado, ya que si bien señala que deben respetarse (erigiéndose una obligación de respeto), también se señala que ellos son la base de una justicia distributiva que estos deben garantizar. En tal sentido, se va trazando una línea de actuación estatal para la provisión de prestaciones.

Retomando lo establecido en la Carta de la OEA, se observa que en el literal l del artículo 3 de la misma, se reafirma el conocimiento estatal de los derechos humanos que poseen todas las personas sin hacer distinción alguna en su otorgamiento (Organización de los Estados Americanos, 1948, Artículo 3). Con lo cual, el reconocimiento por parte de los Estados de dichos derechos da paso al respeto.

² La misma que ha sido reformada por los siguientes Protocolos: (1) Protocolo de Buenos Aires, el 27 de febrero de 1967, (2) Protocolo de Cartagena de Indias, el 5 de diciembre de 1986, (3) Protocolo de Washington, el 14 de diciembre de 1992 y, finalmente, (4) Protocolo de Managua, el 10 de junio de 1993.

Ya el artículo 45 de dicho texto ayuda a analizar cuáles son los derechos humanos que deben protegerse; no obstante, se debe precisar que este no contiene un listado de derechos humanos ni los desarrolla, sino que a través de él se puede inferir cuáles son los derechos esenciales que posee la persona. En relación al derecho a la salud, en el literal b de dicho artículo, se establece que los Estados miembros deben realizar acciones tendientes a que se asegure la salud de la población (Organización de los Estados Americanos, 1948, Artículo 45).

Es relevante resaltar que la Carta de la OEA está un paso adelante en comparación con la Carta de las Naciones Unidas, pues la primera sí contiene un articulado que ayuda a deducir cuáles son los derechos que los Estados deben proteger. Esto es de gran ayuda para establecer mecanismos de protección comunes o para emular actuaciones estatales que estén dirigidas a la protección de los derechos humanos, además de coordinar una cooperación internacional entre Estados para hacer efectivo determinado derecho.

Asimismo, el principal mecanismo de protección que se brinda en la Carta de la OEA se canaliza mediante la CIDH, ya que esta tiene como funciones primordiales la promoción de la observancia y la defensa de los derechos humanos de los individuos, además de actuar como un órgano consultivo. Sin embargo, la Carta no detalla la estructura, las competencias ni los procedimientos de la CIDH, sino que deja tal tarea en manos de la CADH, un tratado internacional que aún no había sido desarrollado en ese periodo (Organización de los Estados Americanos, 1948, Artículo 106).

En suma, los derechos humanos son un pilar fundamental para la construcción del Estado, tal y como lo reconoce, reiteradamente, la Carta de la OEA. Asimismo, no limita la existencia de los derechos, pues dentro de dicha Carta se puede observar tanto los derechos civiles y políticos como a los DESCAs, los últimos se pueden basar en la justicia social que se busca lograr.

Se debe tener en cuenta que la protección de los derechos humanos se refuerza con la existencia de tratados internacionales que expresan obligaciones por parte de los Estados, pues ellos regulan las relaciones existentes de los Estados con los individuos que se encuentran en sus respectivos territorios. Además, al ser fuente de obligaciones ofrecen mecanismos de supervisión para que los sistemas verifiquen si los Estados cumplen con sus obligaciones internacionales o no.

En ese sentido, es necesario que se desarrollen los documentos internacionales que especifiquen cuáles son los derechos humanos objeto de protección, especialmente del derecho a la salud, así como las obligaciones estatales para el efectivo cumplimiento de los derechos humanos, ya que, al ser un tratado internacional de obligatorio cumplimiento, estos poseerán mecanismos de exigibilidad, ya sea políticos o jurídicos.

Por lo que, en las páginas siguientes, se desarrollarán una serie de documentos internacionales que han sido fundamentales para que los derechos humanos asuman el protagonismo que ahora tienen dentro de la sociedad y por ello su cumplimiento sea objeto de reclamo.

1.1.1 Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

En la misma conferencia en la cual se aprueba la Carta de la OEA, también se aprueba la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH). La intención de contar con una DADDH surge desde la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, también llamada “Conferencia de Chapultepec”, la misma que tuvo lugar entre el 21 de febrero al 8 de marzo de 1945 en la ciudad de México.

Dicha intención se plasma en la Resolución XL del Acta Final de la conferencia, denominada “Protección internacional de los derechos esenciales del hombre”. Ya es en esa reunión de Estados donde se discute la relevancia de precisar cuáles son los derechos esenciales, además de deberes, que tiene la persona. Ello se constituye como uno de los principales motivos para su elaboración, por lo cual se le encomienda al Comité Jurídico Interamericano (CJI) redactar el anteproyecto de dicho documento que, según se pensaba, iba a convertirse en un tratado que generaría obligaciones vinculantes para los Estados firmantes (Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, 1945).

Al respecto, se observa un escenario en donde mediante una declaración se podría exigir el cumplimiento de obligaciones a los Estados, aunque según se verifica en el anteproyecto³ no se establecen mecanismos procesales o medidas que instarán a ese cumplimiento desde el ámbito internacional. Asimismo, se debe agregar lo señalado por Álvaro Paúl Díaz, quien dice que el trabajo que realizaría el CJI serviría de insumo para la redacción del texto final de la DADDH (Paúl, 2016, p. 371).

³ Únicamente en el artículo XX del Anteproyecto de la DADDH se tiene que dicho documento establece que la declaración se incorporaría en la normativa nacional, lo cual generaría que las autoridades administrativas y judiciales observen su cumplimiento (Paúl, 2017, pp. 95-146). Con lo cual, se carece de una forma de supervisión efectiva desde el ámbito internacional.

En el extremo relacionado al derecho a la salud, el CJI habla de la protección de la salud pública como motivo por el cual se pueden restringir otros derechos, tales como el derecho a la libertad individual y a la libertad de culto, dándole así un enfoque colectivo; el cual no pone en manifiesto a la salud como condición inherente del ser humano que debe ser objeto de protección.

Por otro lado, en el artículo 16 del anteproyecto de la DADDH elaborado por el CJI, se establece que las medidas para la protección de la salud se basan en el derecho a la seguridad social, sin que se tome en cuenta que la salud tiene un impacto en todas las esferas sociales del ser humano; siendo que solo la protección que se brinda es ante la incapacidad, desempleo, vejez y enfermedad, hecho que limita su campo de protección (Paúl, 2017, pp. 95-146). De ahí que se deja de lado el bienestar general del ser humano, el mismo que se puede alcanzar mediante el mejoramiento de todas las condiciones de vida, las cuales abarcan cada etapa de su desarrollo.

A pesar de las críticas previas, no se puede dejar pasar la oportunidad para celebrar el hecho de que la salud sea objeto de protección, así como reconocer la importancia de que los Estados cumplan con sus obligaciones sociales para poder lograr un bienestar social general. De ese modo, los Estados no solo cumplen su rol de proteger la libertad de los individuos, sino que también se agrega un rol social, en donde se observa a un Estado activo que realiza prestaciones a la población, hecho que ya se venía trazando desde la Carta OEA. De esa manera, como lo señala el CJI, la persona alcanzará su total y verdadera personalidad moral (Paúl, 2017, pp. 95-146).

El 17 de abril de 1948 se crea un Grupo de Trabajo sobre derechos del hombre para preparar un texto de la DADDH que sirva como base para los debates dentro de la Comisión Sexta encargada de su redacción. Es en dicho texto en donde se observa un cambio sustancial en relación con el derecho a la salud, pues se separa del derecho a la seguridad social, y se crearon dos artículos específicos al respecto: (1) derecho a la salud y al bienestar, y (2) derecho a la seguridad social. En el primero se establece lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y los cuidados médicos, correspondientes al nivel más alto que permita los recursos del Estado y de la comunidad. (Grupo de trabajo sobre derechos humanos, 1948)

Dicho artículo es sometido a discusión en la Quinta Sesión de la Comisión Sexta; aprobándose su redacción y el cambio de denominación a Derecho a la preservación de

la salud y al bienestar. Lo último a solicitud del representante de Nicaragua (Comisión Sexta, 1948).

No obstante, en la Séptima Sesión de la Comisión, Estados Unidos manifestó su reparo a dicho articulado, ya que no creía necesario ni conveniente que se señalara de manera específica quien debía brindar la protección a la salud, por lo que solicitó que se reconsiderara la aprobación de este; dicha solicitud fue aprobada (Comisión Sexta, 1948). La discusión del nuevo articulado se llevó a cabo en la Octava Sesión, teniéndose la siguiente redacción:

Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, al vestido, la vivienda y los cuidados médicos, correspondientes al nivel que permita los recursos públicos y los de la base de la comunidad. (Comisión Sexta, 1948)

En ambas versiones se da cuenta de que la salud debe ser protegida no solamente por medidas sanitarias, sino también por medidas sociales, pues estas inciden en los determinantes o condiciones de la salud. Además, se enfatiza que las atenciones médicas son fundamentales para que el ser humano pueda preservar su salud, por lo que se advierte que ello sirve de construcción para la obligación de los Estados de asegurar el acceso a los servicios de salud para la población.

De igual forma, dichos articulados se diferencian por la supresión de “más alto” y del cambio de “recursos del Estado a recursos públicos”. Estas modificaciones pueden ser entendidas de modo que los Estados realicen acciones orientadas a la promoción dentro de los recursos con los que cuenta, sin tomar en consideración una meta a la cual llegar, pues si bien en el primer articulado solo señala al nivel “más alto” que permita, concepto vago e impreciso, también es cierto que los esfuerzos deben concluir en el uso de todos los medios posibles para la protección de la salud apuntando hacia un máximo lograble, ello podría formar parte del concepto de eficiencia en el actuar estatal.

De ello se desprende que, al quitar dicha precisión, únicamente, los Estados realizarán medidas que se enmarquen en el presupuesto asignado para ello, sin tomar en consideración las implicancias de estas, que pueden o no ser idóneas; ante ello podría afirmarse que el Estado cumple con su rol social solo con dar medidas, cualesquiera que sean.

El tema referente a la obligatoriedad de la DADDH ha sido abordado en los párrafos anteriores. Seguidamente, se analizará cuál fue la intención de los redactores a la hora de aprobar dicho documento internacional. Asimismo, se plantearán los diferentes

razonamientos de los organismos de protección de los derechos humanos. Con ello, podrá esgrimirse si la DADDH es vinculante o no para los Estados.

En la Conferencia de Chapultepec se tenía la visión de que esta tendría la naturaleza jurídica de tratado; por ende, sería obligatorio para todos los Estados. No obstante, es en la Novena Conferencia donde se establecen cuatro puntos importantes al referido instrumento respecto a dicho tema. Estos son: (1) si los derechos humanos formarían parte del Pacto, (2) si dicho instrumento se anexaría al Pacto, (3) si la naturaleza de este sería la de una simple declaración no ratificable y separada del Pacto⁴; y, por último, (4) redactarlo en el sentido de que sea susceptible de ser ratificado por los Estados (Comisión sexta, 1948, pp. 247-249).

De ello se observa que la discusión se centra en dos aspectos: (1) la incorporación de los derechos humanos y (2) la naturaleza del documento. Ello debido a que para los Estados es relevante tener un catálogo de derechos que ayuden a establecer parámetros para accionar en beneficio de ellos.

Ahora bien, lo primero que se discutió era la incorporación del texto (DADDH) al Pacto, así como surgió la idea de que este forme parte como anexo; dichas propuestas fueron rechazadas. Posteriormente, se sometió a votación la cuestión de si dicho instrumento tendría naturaleza de tratado o de declaración en respuesta a los dos últimos puntos planteados previamente. Ante ello, se arribó a la decisión de darle una naturaleza únicamente declarativa (Comisión Sexta, 1948).

De lo anterior, se puede notar que hubo un retroceso respecto a la obligatoriedad, pues, en un primer momento, los Estados asumirían obligaciones vinculantes; no obstante, se retractaron y aprobaron un documento que establecía ideales que no serían exigidas de concretizar.

Como se puede concluir, la DADDH no tenía naturaleza vinculante para los Estados, sino que era meramente un documento que establecía principios puramente aspiracionales que estos podían o no cumplir. En tal sentido, la implementación efectiva de los derechos humanos queda a su discrecionalidad.

Pese a ello, se observa la aparición de los primeros pronunciamientos respecto a la obligatoriedad de los derechos contenidos en la Declaración, los cuales encuentran cabida en la CIDH y en la Corte IDH. Estos organismos estaban empezando a trazar su

⁴ Se debe precisar que, al referirnos al Pacto, se hace mención a la Carta de la OEA.

camino para la protección de los derechos humanos con la documentación que tenían a su alcance, siendo uno de ellos la DADDH.

Así pues, la CIDH, en la Resolución N° 23/81, establece que los derechos humanos que se encuentran en la Declaración adquieren fuerza obligatoria como consecuencia del articulado de la Carta de la OEA (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1981, párr. 16). De modo que la remisión hacia otra normativa brinda fuerza obligatoria a la DADDH, siendo que esta sola no proporciona aquel efecto. Es decir, la DADDH necesita del apoyo de la Carta de la OEA para mostrar obligatoriedad.

En atención a lo anterior y siguiendo la argumentación expuesta por la CIDH, la Corte IDH, a través de la Opinión Consultiva OC-10/89, estimó que la cuestión de obligatoriedad de la Declaración no se debe valorar desde el punto de vista establecido en la Novena Conferencia Internacional Americana de 1948, sino que debe ser analizada con la experiencia que este documento internacional ha tenido hasta la actualidad, ya que desde la adopción de la Declaración a la fecha en que se brinda la opinión, el SIDH se ha dinamizado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1989, pp. 9-14, párrafos 19-46).

Dicha dinamización ha generado una serie de cambios en el régimen de protección de los derechos humanos, entre los cuales se puede ver la adopción de otros instrumentos internacionales para la protección de estos. De manera que la obligatoriedad se funda en la evolución que ha experimentado el sistema debido a que se reconoce que la lectura integral de la Carta de la OEA y la CADH ha conducido al reconocimiento del efecto vinculante que tiene dicha Declaración para los Estados, los cuales han reconocido dicha obligatoriedad en una serie de resoluciones⁵ de la Asamblea General de la OEA.

En consecuencia, este cambio repercute de manera trascendental en el ámbito normativo, pues se advierte la ampliación de competencias para los organismos de supervisión de los derechos humanos, así como la individualización más explícita del contenido de dichos derechos. Lo cual ha permitido que se fortalecieran las facultades de supervisión y con ello se puede ver una vigilancia más activa de los organismos del sistema e incluso de los propios Estados en lo que respecta al cumplimiento de las obligaciones internacionales.

En el marco de la doctrina, se tiene que Fabian Salvioli (1997) señala que las necesidades del SIDH han traído a flote la cuestión de establecer la obligatoriedad de la

⁵ Resolución N° 314 (VII-0/77) del 22.06.1977, Resolución N° 371 (VIII-0/78) de 01.07.1978 y Resolución N° 370 (VIII-0/78) de 01.07.1978

DADDH; por ello afirma que dicho instrumento internacional posee esa naturaleza fundamentándose en lo siguiente: (1) el sistema, a través de diferentes instrumentos, ha establecido a la DADDH como una norma de aplicación, (2) la CIDH ha resuelto que los Estados que son miembros de la OEA están obligados al cumplimiento de los derechos establecidos en la Declaración, (3) la CIDH ha establecido que en caso de generación de daño por la vulneración de los derechos consagrados en la DADDH, los Estados deben brindar una indemnización a la víctima, además (4) la Corte IDH ha expresado que la DADDH establece obligaciones (pp. 77-96).

Respecto a lo comentado por el autor anterior, se tiene que la evolución se ha dado por la necesidad y el clamor de las personas de que sus derechos humanos se efectivicen, además de que los organismos encargados de la supervisión del cumplimiento de estos han utilizado la Declaración para indicar que un determinado Estado no cumplía con sus obligaciones internacionales de protección de los mismos; en tanto se ha visto que la DADDH y la Carta de la OEA han trabajado en conjunto hasta que entró en vigor la CADH.

Por otro lado, Mireya Castañeda (2012) analiza que la fuente de la obligatoriedad de la DADDH es la costumbre internacional (p. 38). Para poder entender dicha tesis, en principio, se debe definir qué es la costumbre internacional.

Por ello, se cita al autor Mendelson, quien define a esta fuente de derecho como una norma que se genera por la práctica constante de los Estados. Dicha práctica se configura como el elemento material, además agrega que la costumbre contiene un elemento espiritual, el mismo que es la convicción o consciencia de que ella es obligatoria jurídicamente (como se cita en Salmón, 2014, pp. 230-266). A ello se le suma que la costumbre internacional también puede ser reconocida por los organismos internacionales (Salmón, 2014, p. 231).

En ese sentido, la costumbre internacional es la adopción de determinadas conductas por parte de los Estados y los organismos internacionales, quienes al realizarlas de manera continua y constante contribuyen a que dichos comportamientos se establezcan de manera obligatoria y, por lo tanto, se constituyan como una norma que se ha adoptado de manera implícita.

Con ello, se puede observar que, para Castañeda, el hecho de que exista una práctica reiterada en relación al uso de los derechos humanos contenidos en la DADDH por parte de los sujetos internacionales: la CIDH, la Corte IDH o los Estados, evidencia la existencia del elemento material de la costumbre internacional.

El componente espiritual está constituido por la conciencia de dichos sujetos de que existe una obligatoriedad jurídica de respetar los derechos humanos. En tal sentido, se puede ver que la CIDH, la Corte IDH e incluso los propios Estados miembros de la OEA han reconocido dicho efecto jurídico, tal y como se pasará a explicar.

Así, la obligatoriedad de la DADDH para los sujetos señalados en el párrafo precedente tiene como fundamento las siguientes razones:

- (1) para los Estados: por el reconocimiento, en la Asamblea General, de que la DADDH les genera obligaciones por ser miembros de la OEA, lo cual es verificable en sus resoluciones;
- (2) para la CIDH: porque se establece es una lectura integral de la Carta de la OEA y la DADDH;
- (3) para la Corte IDH: porque ha habido una evolución en el sistema interamericano a raíz de la adopción de otros instrumentos internacionales que apuntan a la DADDH como fuente de derechos.

Todo ello se enmarca en la concepción del elemento espiritual, ya que es en los distintos documentos internacionales emitidos por los sujetos antes mencionados donde se vislumbra una conciencia de obligatoriedad, si bien con distintos fundamentos, pero, en definitiva, obligatoriedad jurídica.

De igual modo, Castañeda (2012) ha afirmado que existe una práctica constante de utilizar los derechos humanos en el actuar estatal (p. 38). Se debe tomar en consideración que la práctica a la que hace referencia la costumbre internacional puede comprender actuaciones estatales desde los poderes legislativos, judiciales y ejecutivos (Salmón, 2014, p. 231). A ello se le debe agregar que los pronunciamientos de los organismos del sistema interamericano también constituyen una práctica reiterada. Por lo cual se entiende que la obligatoriedad de la DADDH tiene origen en la costumbre internacional.

En referencia al derecho a la salud, al ser parte de la DADDH, su cumplimiento también es obligatorio por cada uno de los Estados miembros de la OEA. No obstante, dicha obligatoriedad debe ser leída en el marco de los instrumentos internacionales de protección de determinado derecho, en tanto ellos establecen diferentes mecanismos de salvaguardia que entrarían en acción en caso de un posible incumplimiento de las obligaciones contraídas.

1.1.2 Convención Americana sobre Derechos Humanos

Ya en la elaboración y aprobación de la Carta de la OEA, se menciona la CADH, en el sentido de que esta normativa internacional determinaría aspectos fundamentales respecto a la organización y facultades de la CIDH. Sin embargo, no es más de veinte años después que se aprueba la CADH⁶ en la Conferencia Especializada Interamericana de Derechos Humanos en 1969.

En ella podemos ver plasmados mecanismos de protección de los derechos humanos, enfatizando la protección de los derechos civiles y políticos, mientras que se deja de lado la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. Aunque Faúndez señala que en tal tratado se pueden vislumbrar derechos que contienen implicancias económicas y culturales como el derecho a la propiedad (como se cita en Salmón, 2019, p. 53). Además, se precisan las obligaciones generales de los Estados referentes a los derechos humanos.

El desarrollo de la protección normativa de los DESCAs en la CADH se configura en los artículos 25 y 26 del anteproyecto redactado por la CIDH, el cual es adoptado como proyecto sobre el que se realizarán los debates correspondientes para la aprobación de la CADH. De ese modo, en el artículo 25 se señala lo siguiente:

1. Los Estados partes en la presente Convención reconocen la necesidad de dedicar sus máximos esfuerzos para que en su derecho interno sean adoptados y, en su caso, garantizados los demás derechos consignados en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y que no hubieran quedado incluidos en los artículos precedentes.
2. Los Estados Partes manifiestan, además, su propósito de consagrar y, en su caso, de mantener y perfeccionar, dentro de sus legislaciones internas, las prescripciones que sean más adecuadas para: el incremento sustancial y auto sostenido del producto nacional per cápita; distribución equitativa de ingreso nacional; sistemas impositivos adecuados y equitativos; modernización de la vida rural y reformas que conduzcan a regímenes equitativos y eficaces de tenencia de tierra, mayor productividad agrícola, expansión del uso de la tierra, diversificación de la producción y mejores sistemas para la industrialización y comercialización de productos agrícolas; y fortalecimiento y ampliación de los medios para alcanzar estos fines; industrialización acelerada y diversificada,

⁶ Cuya entrada en vigor es el 18 de julio de 1978

especialmente de bienes de capital e intermedios; estabilidad de nivel de precios internos en armonía con el desarrollo económico sostenido y el logro de la justicia social; salarios justos, oportunidades de empleo y condiciones de trabajo aceptables para todos; erradicación rápida del analfabetismo y ampliación para todos, de las oportunidades en el campo de la educación; defensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica; nutrición adecuada, particularmente por medio de la aceleración de los esfuerzos nacionales para incrementar la producción y disponibilidad de alimentos; vivienda adecuada para todos los sectores de la población; condiciones urbanas que hagan posible una vida, sana, productiva y digna; promoción de la iniciativa y la inversión privada en armonía con la acción del sector público, y expansión y diversificación de las exportaciones. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1968)

En el artículo precedente, se tiene que, en el numeral 1, se menciona que los máximos esfuerzos de los Estados estarán dirigidos a que los DESCAs sean adoptados en su derecho interno con el propósito de que sean garantizados. En el numeral 2 se tiene que los Estados se comprometen a realizar una serie de objetivos que inciden en el mejoramiento de los DESCAs, los cuales a su vez repercuten en el derecho a la salud a través de la adopción de medidas legislativas internas.

El artículo 26 del proyecto establece que una de las funciones de la CIDH es la revisión de los informes periódicos que remitirán los Estados respecto a las medidas que han adoptado internamente para la promoción y garantía de los DESCAs, así como la formulación de las recomendaciones correspondientes (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1968).

Los informes y las recomendaciones podrán ayudar a elaborar un documento que contenga las medidas que han venido adoptando los Estados para fomentar la promoción de los DESCAs para que así ellos puedan tomar en consideración cuáles han sido las medidas que han funcionado y poder implementarlas en sus territorios con los mismos resultados positivos.

En tal sentido, se va esbozando el carácter programático de dichos derechos, brindándoles protección desde la CIDH que al final ayudará a fomentar las medidas con resultados positivos que se reflejarán en la promoción de los DESCAs. Asimismo, dicho artículo expresa, de manera clara, la intención de elaborar un documento más específico que amplíe su protección.

Por otro lado, el proyecto es objeto de pronunciamiento por parte de los Estados, entre los cuales resaltan Chile, Guatemala y Brasil. El primero⁷ comunica que debe hacerse mención expresa de estos derechos, asimismo, establece que su intención para ello es que se dé una mayor discrecionalidad a los Estados para hacerlos efectivos, es decir el redactar de manera más específica puede coadyuvar a que los Estados tengan mayor control a la hora de plantear medidas. En el marco de ello, exhorta que se redacte una disposición que genere cierta obligatoriedad jurídica en virtud de su naturaleza.

Guatemala⁸ también aporta respecto a dicho ámbito, señalando que, para la promoción y protección de los DESCAs, los Estados pueden adoptar una serie de medidas, tales como la entrega de informes periódicos sobre los logros alcanzados en el campo de los derechos humanos, la cooperación internacional, además de la tarea de supervisión que realiza la CIDH.

Brasil⁹ señala que los DESCAs son protegidos en grado y forma muy diferentes entre las legislaciones internas, tanto que su vigencia depende de los recursos que tuviera cada Estado para su implementación.

En vista de los anteriores pronunciamientos, se puede concluir que los Estados son conscientes de que se necesita la implementación de los DESCAs, pero ello tendría repercusiones en el erario estatal, por lo cual son cautos para establecer una obligatoriedad inmediata y su justiciabilidad vía internacional, escenario totalmente distinto con los derechos civiles y políticos.

En los debates¹⁰ que se realizaron para la aprobación de los artículos anteriores, los Estados se pronuncian señalando que los DESCAs deben ser incorporados y reconocidos progresivamente en la normativa interamericana, además de consignarse a los derechos económicos, sociales y culturales en un capítulo aparte (Capítulo III). Ello se mantiene, una vez aprobada la CADH, en los artículos 42 y 26.

Es así que se observa que en el artículo 42 de la CADH se dispone que la CIDH conocerá los informes de los Estados respecto a las medidas tomadas a favor de los DESCAs. Asimismo, el artículo 26 brindará una serie de oportunidades para que se

⁷ Observaciones del Gobierno de Chile al Proyecto de Convención Americana sobre Derechos Humanos del 26 de setiembre de 1969

⁸ Enmiendas al Proyecto de Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos del 15 de noviembre de 1969

⁹ Observaciones y Enmiendas al Proyecto de Convención Americana sobre Protección de Derechos Humanos presentadas por el Gobierno del Brasil del 10 de noviembre de 1969

¹⁰ Acta de la Decimacuarta Sesión de la Comisión "I" del 18 noviembre 1969 (Doc. 53) e Informe del Relator de la Comisión I del 19 de noviembre de 1969 (Doc. 60)

agreguen mecanismos que los protejan como se desarrollará más adelante en el presente trabajo.

En conclusión, se tiene que la CADH es el primer tratado internacional del SIDH que establece obligaciones, así como mecanismos de supervisión de estas, con lo cual se tiene una herramienta eficaz en contra de las vulneraciones de los derechos humanos por parte de los Estados.

1.1.3 Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Protocolo de San Salvador

El Protocolo de San Salvador fue trabajado por la CIDH. Este proyecto fue mostrado a la Asamblea General de la OEA, la cual dispuso que los Estados formulen sus comentarios y observaciones para que el Consejo Permanente realice un estudio del proyecto y así este pueda ser presentado para su aprobación¹¹.

Es así que el Protocolo de San Salvador es presentado y adoptado el 17 de noviembre de 1988 en la Asamblea General de la OEA, cuya entrada en vigor se da el 16 de noviembre de 1999. La adopción de dicho tratado dio lugar a que trece países¹², entre los cuales se encontraba el Perú, lo suscribieran.

El Protocolo de San Salvador establece una serie de obligaciones referentes a los derechos económicos, sociales y culturales. Ellas se materializan en la adopción de medidas de orden interno por parte de los Estados para hacer efectivos los derechos antes mencionados, así como incentivar la cooperación internacional con el objetivo de colaborar entre Estados americanos para lograr que los derechos puedan ser gozados por todos. De igual forma, se establece la obligación general de no discriminación, específicamente en materia de DESCAs.

Se debe destacar el hecho de que dicho documento internacional se constituya como el primer tratado internacional del sistema interamericano que enumere cuáles son los DESCAs, lo que no sucede con la normativa precedente¹³. Asimismo, tal y como se deduce de su denominación, se complementa con la CADH.

¹¹ Resolución AG/RES. 836 (XVI-O/86) del 15.11.1986

¹² Argentina, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Perú

¹³ Se debe tener presente que la DADDH no es un tratado internacional, así como inicialmente no tenía efectos vinculantes para los Estados parte del SIDH.

En lo referente al derecho a la salud, el artículo 10 del Protocolo de San Salvador señala lo siguiente:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como bien público y particularmente adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. La atención primaria de la salud, entendido 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. (Organización de los Estados Americanos, 1988, Artículo 10)

En el articulado anterior, se brinda una definición de lo que se entiende por derecho a la salud, la misma que será analizada posteriormente. Por otro lado, se puede ver que los países que firman dicho documento se comprometen a realizar siete medidas principales para hacer efectivo este derecho, enfatizando aquellas que giran en torno del bienestar físico y mental.

Al respecto, se debe tener en cuenta que las dos primeras medidas tienen como objetivo que el total de la población de un determinado país acceda a los servicios de salud, priorizando la atención primaria. De esa manera, se busca lograr la universalidad del derecho a la salud. Es importante precisar que no se especifica cuáles son los servicios esenciales que se debe brindar a la población, por lo que se entiende que se deja a discrecionalidad de los Estados establecer cuáles son estos, pues dichos servicios se adecuarán a las necesidades que presente la población.

La tercera medida señala que toda la población pueda ser inmunizada contra las principales enfermedades infecciosas que se puedan contraer en un país. En ese sentido,

se tiene que, en principio, se debe estudiar cuáles son aquellas que sufre la población para así poder buscar los medios idóneos para proceder con su inmunización.

En vista del contexto que está atravesando el mundo con la aparición del COVID-19, dicha medida ha cobrado relevancia, ya que los Estados han tenido que recurrir a la cooperación internacional para lograr la obtención de información y productos médicos que ayuden a paliar la crisis sanitaria.

Las medidas establecidas en los literales d y e giran en torno a la prevención y al tratamiento de la enfermedad. Se tiene que, en la etapa de prevención, los Estados deben realizar una serie de medidas tendientes a anticipar que una enfermedad afecte a la población, por ello deben recurrir a la planificación.

No obstante, de no poder prevenir ello, los Estados deben brindar un tratamiento adecuado para que se pueda dar la recuperación de la salud de las personas. Ello va de la mano con la trasmisión de conocimientos a la población sobre las principales enfermedades que asolan nuestro sistema sanitario, ya que educarla en ese ámbito ayudaría a que adquieran las herramientas necesarias para desarrollarse sin ningún problema y, de ser el caso, poder tomar decisiones conscientes y acertadas sobre sus estados de salud.

Por último, la medida concerniente al literal f reconoce la vulnerabilidad de ciertos grupos de la población, en particular, aquellas personas que viven en condiciones de pobreza. Esta vulnerabilidad puede afectar negativamente el goce pleno del derecho a la salud, por lo cual los Estados deben establecer medidas que satisfagan sus necesidades de salud, las cuales también tienen repercusión en el bienestar social de las personas. En consecuencia, dicho literal abre la posibilidad de establecer medidas sociales que tengan efectos positivos en el bienestar general.

En las páginas anteriores, se ha tenido la oportunidad de analizar y comentar la intención de los redactores de los documentos internacionales que hablan sobre derechos humanos; sin embargo, con el presente tratado, no se ha encontrado el informe del Consejo Permanente de la OEA, el mismo que analiza el informe presentado por la CIDH, ni las observaciones y recomendaciones de los Estados.

En tal sentido, se ha solicitado la información correspondiente del presente tratado a la CIDH¹⁴, por lo que se remitió el Informe Anual de la CIDH¹⁵, el Informe Anual 1985-

¹⁴ Se solicitó dicha información al correo electrónico CIDHDenuncias@oas.org el 2 de septiembre de 2022 (Anexo 1)

¹⁵ OEA/Ser.L/V/II.68, Doc. 8 rev. 1, de fecha 26 de setiembre de 1986

1986, el mismo que traslada el anteproyecto del Protocolo de San Salvador, donde se observa que el articulado relacionado al derecho a la salud es el mismo que el aprobado, por lo cual no existe ningún cambio sustancial en la redacción.

De igual modo, la CIDH refiere que para elaborar dicho articulado se han tomado los criterios que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han establecido sobre ello; no siendo el derecho a la salud objeto de un análisis más exhaustivo (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 1986).

Ante dicha situación y para contar con un punto de vista estatal sobre dicho documento internacional, se ha recurrido a solicitar información a diferentes entidades estatales¹⁶ del Perú respecto a las opiniones que el país ha brindado para la aprobación¹⁷ del Protocolo de San Salvador. Por lo que, a continuación, se analizará y comentará la información que las entidades han remitido, específicamente en relación con el derecho a la salud.

Mediante la Carta (TAI) N° 0-2-B/239¹⁸, el Ministerio de Relaciones Exteriores, remite el Oficio N° 138 CRREE-CCD¹⁹, a través del cual el presidente de la Comisión de Relaciones Exteriores del Congreso solicita la actualización de las opiniones del Ministerio de Trabajo, Ministerio de Educación y Ministerio de Salud respecto al articulado del tratado en materia de su competencia.

Es así que a través del Oficio N° SA- DM-134-94²⁰, el Ministerio de Salud señala que la Constitución del Perú²¹ reconoce dicho derecho, hasta hace referencia quién es el encargado de diseñar, conducir, normar y supervisar la política sanitaria, todo ello en el marco de la descentralización. La entidad menciona que toda acción estatal se enmarca en la disponibilidad presupuestaria, por lo que las políticas se van implementando de manera gradual. En ese sentido, el Ministerio de Salud opina favorablemente respecto a la aprobación de dicho articulado.

En el párrafo anterior, la entidad establece que la normativa peruana concuerda con la normativa internacional a aprobar, asimismo recuerda que los derechos

¹⁶ Se ha solicitado información al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (Anexo 2), Congreso de la República del Perú (Anexo 3), Ministerio de Relaciones Exteriores (Anexo 4) y Ministerio de Salud (Anexo 5) en el marco de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública

¹⁷ Se debe tener en cuenta que los tratados en materia de derechos humanos deben de ser aprobados por el Congreso antes de que los ratifique el Presidente de la República, ello se encuentra establecido en el artículo 56 de la Constitución Política del Perú

¹⁸ De fecha 31 de agosto de 2022

¹⁹ De fecha 03 de febrero de 1994

²⁰ De fecha 30 de marzo de 1994

²¹ 1993

económicos, sociales y culturales se realizan de manera progresiva, pues dependen de los recursos que posea un Estado.

Por otra parte, el oficio remitido por el Ministerio de Salud sirve como insumo para que la Comisión de Relaciones Exteriores elabore su dictamen²², en el cual recomienda al Congreso la aprobación del tratado. Respecto al derecho a la salud, el dictamen señala que dicho derecho fundamental es compatible con lo establecido en la Constitución Política del Perú, además agrega que este se complementa con el derecho a un medio ambiente sano y al derecho a una adecuada alimentación. De modo que no se realiza un análisis más riguroso del derecho a la salud ni de las medidas que se establecen para hacerlo efectivo.

El Pleno del Congreso discute el dictamen. Esta discusión se enmarca principalmente en el contexto social que está atravesando el país, en donde se puede ver la vulneración del derecho del trabajo por el no establecimiento de políticas públicas que ayuden a fomentar el empleo, lo cual genera que las personas no cuenten con ingresos que puedan satisfacer sus necesidades, especialmente las médicas (Congreso de la República, 1994, Sesión Plena, efectuada el 15 de diciembre, pp. 2441-2451).

En tal supuesto, se repara en la interdependencia existente entre los derechos humanos, por lo que el Congreso celebra que el Protocolo de San Salvador refuerce la concepción de la comprensión de los derechos humanos de forma integral, ya que todos los derechos son necesarios para el desarrollo de la persona (Congreso de la República, 1994, Sesión Plena, efectuada el 15 de diciembre, pp. 2441-2451).

En tal sentido, cuando se habla de la aprobación del Protocolo de San Salvador, se hace incidencia en el derecho al trabajo, pues se tiene que existe un mercado laboral informal dentro del Perú. Ello conlleva a que otros derechos como el de la seguridad social o el derecho a la salud no sean implementados.

Asimismo, dentro del debate se evidencia la indiferencia estatal, particularmente del Poder Ejecutivo, respecto a las circunstancias que enfrentan las personas que sufren de tuberculosis, además de aquellas poblaciones que viven alejadas de la capital. Las mismas que no cuentan con servicios médicos y medicamentos para atender sus dolencias (Congreso de la República, 1994, Sesión Plena, efectuada el 15 de diciembre, pp. 2441-2451).

²² De fecha 14 de diciembre de 1994

Los escenarios descritos en el párrafo anterior forman parte del hecho de que haya grupos vulnerables que son más propensos a sufrir violaciones de sus derechos humanos. En relación con ello, el que dicho tratado de derechos humanos cuente con un artículo que reconozca la existencia de dicha población es una de las razones por las cuales existe una posición unánime respecto a la aprobación del Protocolo de San Salvador.

En conclusión, de la información que se ha encontrado respecto a la posición que tiene el Perú sobre el Protocolo de San Salvador, se tiene que esta no se basó en un análisis jurídico, económico y social relevante y riguroso respecto al derecho a la salud y las medidas que el tratado establecía para que este sea efectivo; únicamente se señaló que el tratado reforzaba lo contenido en la Constitución Política del Perú, mas no se puede apreciar un análisis comparativo de las normativas.

Pese a lo anterior, no se puede dejar de aplaudir el hecho de que la aprobación del tratado ayude a reforzar la obligatoriedad de los derechos humanos, así como que establezcan medidas de supervisión como el sistema de remisión de informes periódicos respecto a las medidas que se han tomado para efectivizar los derechos económicos, sociales y culturales en los países, además del establecimiento de la justiciabilidad de los derechos de los trabajadores y del derecho a la educación.

Pese a que el cumplimiento del Protocolo de San Salvador no es objeto de exigibilidad jurídica por parte de la Corte IDH, se debe tener en cuenta que este ha sido insumo para que la Corte IDH dote de contenido al derecho a la salud cuando habla de ella en el marco de la justiciabilidad indirecta y directa en sus sentencias.

1.2 Derecho a la salud

Una vez centrada la normativa en la cual se desarrolla el derecho a la salud en el SIDH, corresponderá definirlo utilizando como fuentes los tratados internacionales, los diferentes pronunciamientos de órganos internacionales de protección y la doctrina de la materia. Primero, se definirá la salud, luego el derecho a la salud y, por último, se abordará el carácter dinámico que tiene dicho derecho.

Entonces se empezará estableciendo que se entiende por salud, pues es el bien jurídico que se busca proteger a través de los diferentes medios con los que cuenta el Estado. Anteriormente, la salud ha sido entendida como “ausencia de enfermedades”; no obstante, dicho concepto ha quedado obsoleto, pues dentro del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946, la salud es definida como

“un estado completo de bienestar físico, mental y social” (Conferencia Sanitaria Internacional, 2014).

Teniendo ello en cuenta, si únicamente se conceptualiza a la salud como ausencia de enfermedades, se estaría limitando su protección, ya que el Estado se enfocaría exclusivamente en que no haya enfermedades, tarea totalmente imposible de lograr, y dejaría de lado medidas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida que coadyuven al ser humano a alcanzar su máximo potencial y con ello tener un estado completo de bienestar.

En línea de lo anterior, Cesar Gonzales Hunt y Javier Paitán Martínez (2017) añaden que la salud se erige como una condición primordial para que el ser humano se desarrolle, así como en el instrumento por el cual este puede conseguir su bienestar tanto individual como colectivo (p. 71).

Entonces, se tiene que la salud es una condición humana que requiere un completo estado de bienestar físico, mental y social para que la persona se desarrolle sin inconvenientes y mostrando su máximo potencial, además se observa que el bienestar individual de cada persona repercutirá en el bienestar de la población en general.

El derecho a la salud busca proteger y garantizar dicha condición humana. Por tanto, la normativa interamericana entiende que dicho derecho es “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” (Organización de los Estados Americanos, 1988, Artículo 10).

Dicha definición es acuñada por la Corte IDH en el caso *Hernandez vs. Argentina* del 2019, con lo que se puede observar que el derecho a la salud es el goce por parte de todos los seres humanos de los más altos niveles de bienestar físico, social y mental, es decir las personas deben de disfrutar de los mayores niveles posibles de salud que pueda proveer un Estado. En tal sentido, los Estados deben emplear cualquier herramienta a su alcance para asegurar el acceso a los servicios esenciales de salud para la población en general.

Cesar Landa Arroyo (2021) refiere que el derecho a la salud actúa para prevenir que esta sea afectada y, con ello, evitar un inadecuado funcionamiento físico y mental del organismo ser humano (p. 19). Siguiendo ello, Liliana Salome Resurrección (2022) añade que este “garantiza que toda persona pueda conservar un adecuado nivel de funcionamiento físico y mental; o pueda restablecerlo, ante la contingencia de una enfermedad” (p. 146). Por lo que se entiende que el derecho a la salud es una herramienta

que garantiza a la población ejercitar una serie de prerrogativas antes, durante y después de la enfermedad.

No obstante, las definiciones que han sido descritas previamente no establecen qué significa el derecho a la salud, sino, meramente, señalan qué es lo que dicho derecho busca o cuál es su propósito: realizar actuaciones de prevención, conservación y restablecimiento, ello en aras de que el individuo disfrute del más alto nivel de bienestar. Agregándose que estas actuaciones se realizan en las dimensiones física, mental y social del individuo; ya que son esferas que contribuyen a su desarrollo.

En consecuencia, surge la interrogante de qué se entiende por derecho a la salud, la cual es respondida señalando que es una serie de “libertades y derechos” que el Estado le otorga a la persona para que pueda gozar de la máxima salud posible (Consejo Económico y Social, 2000).

Bajo la misma línea argumentativa, al ser el derecho de salud un derecho humano, consecuentemente es un derecho subjetivo (Vázquez & Serrano, 2011, p. 137). Este último, según Víctor García Toma (2021), es la facultad que tiene el titular del derecho humano para exigir determinadas prestaciones (pp. 48-49). Luigi Ferrajoli (2006) añade que el derecho subjetivo es “toda expectativa jurídica positiva (de prestación) o negativa (de no lesión)” (p. 33).

Al respecto, conviene señalar que dicho derecho otorga otros como el de obtener servicios de salud y medicamentos adecuados, además de libertades como la de elegir el instituto prestador del servicio de salud en el cual se quiere ser atendido o elegir la alternativa de tratamiento que más se adecue a sus necesidades. Por lo que es correcto afirmar que el derecho a la salud es una serie de expectativas jurídicas que posee el ser humano para ser ejercidas en cualquier momento de su vida y así poder gozar del más alto disfrute de bienestar en todas sus dimensiones²³.

Ello concuerda con lo señalado por José Antonio Carrillo (2021), quien establece que ese derecho no se limita a atender dolencias o patologías que tienen las personas, sino también comprenden el acceso a una alimentación adecuada y una serie de factores que contribuyen a que el ser humano tenga una vida sana (pp. 23-27).

Por ello, en el marco de lo previamente citado, el derecho a la salud es el conjunto de derechos positivos y negativos que posee una persona para gozar del más alto nivel de

²³ Se refiere al ámbito físico, mental y social

bienestar. En consecuencia, la persona, en cualquier momento, puede ejercer las prerrogativas reconocidas.

Es importante precisar que tal derecho tiene un carácter dinámico en el tiempo, ya que va evolucionando de acuerdo con las necesidades que se van presentando, por lo cual se va expandiendo. Por lo tanto, se puede concluir que el derecho a la salud es de naturaleza inherentemente expansiva (Gloppen & Roseman, 2013, p. 17).

Asimismo, se debe tener presente que existen diversos factores que pueden dañar la salud del ser humano y estos se van transformando con el tiempo. Un escenario claro es la pandemia que se originó por el COVID-19 que ha afectado la salud mundial. Dicho panorama ha generado una serie de retos para los Estados, ya que estos han tenido que ingeniarse en crear un conjunto de nuevos medios de protección de la salud.

Estos escenarios no han sido omitidos por la normativa interamericana, pues el artículo 22 del Protocolo de San Salvador reconoce que los derechos humanos poseen un carácter dinámico en el tiempo; aceptando que pueden incorporarse más derechos, así como ampliar los ya descritos en dicho texto normativo (Organización de Estados Americanos, 1988, Artículo 22).

Asimismo, la Corte IDH, en el caso de la “Masacre de Mapiripán” vs. Colombia, establece que los “tratados de derechos humanos son instrumentos vivos, cuya interpretación tienen que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005, p. 90).

A partir de lo anterior, se tiene que la normativa se adecua al tiempo en el cual es aplicada, dicha versatilidad repercute en los derechos contenidos en los tratados internacionales del SIDH, por lo que se puede afirmar que el contenido del derecho a la salud va cambiando a la par de las condiciones sociales y los recursos disponibles de cada Estado.

1.3 Principios y/o características

Una vez definido qué se entiende por derecho a la salud, se debe tener presente que para que este sea efectivo, se debe trabajar en la realización de otros derechos que contribuyan al desarrollo del ser humano. Ellos pueden ser tanto los derechos económicos, sociales y culturales como los derechos civiles y políticos.

Ahora bien, es importante determinar cuáles son los principios por los que se rige el cuerpo normativo del derecho internacional de los derechos humanos, en donde también se encuentra la normativa descrita en los párrafos anteriores.

Así pues, se necesita describir como dichos principios interactúan con las obligaciones que tienen los Estados referentes al efectivo cumplimiento de los derechos humanos, en especial, del derecho a la salud.

Los principios actuarían como mandatos de optimización, cuya función principal sería ordenar que los derechos humanos se realicen de la mayor medida posible (Alexy, 1993, pp. 86-87). Ya que, si bien es cierto, el logro efectivo de todos los derechos humanos no puede ser alcanzado en un corto plazo, si se puede hacer un esfuerzo en lograr la mayor efectividad posible. Dichos principios y/o características se pasarán a explicar de la siguiente manera:

1.3.1 Universalidad

Se entiende por universalidad al hecho de que todas las personas posean derechos humanos por el solo hecho de ser humanos, sin tomar en consideración el hecho que se nazca en determinado país (Organización de los Estados Americanos, 1948). Es así que los derechos humanos surgen por la condición de la persona de ser humano, no teniendo relevancia en donde vivan, quienes sean, su situación económica y las características particulares que tengan (Relatoría Especial sobre Derechos Culturales, 2018). Por ende, es acertado afirmar que todas las personas tienen derechos humanos.

En ese sentido, se establece que todas las personas, sin excepción, son titulares de derechos y tienen la facultad de ejercerlos en cualquier momento (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, 2018, p. 10). Ello quiere decir que cada individuo situado en cualquier parte del mundo posee dentro de su esfera jurídica la titularidad de una serie de derechos que pueden ser ejercidos, sin importar el Estado en donde se encuentre; por lo tanto, se deben proteger sus derechos humanos con independencia de su sexo, nacionalidad, raza, religión o cualquier motivo prohibido que limite o no otorgue el derecho humano.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos²⁴ (2014) sostiene que existe un deber por parte de los Estados de prestar especial atención a aquellos individuos o sectores sociales que han sufrido exclusión en la historia de la humanidad, así como han sido víctimas de prejuicios que persisten hasta el día de hoy (pp. 11-12). Por tanto, existen grupos de la población que son susceptibles de que sus derechos sean vulnerados, en tanto estos no pueden ser plenamente ejercitados.

²⁴ Doc. 21 OEA/Ser.L/V/II.152, Consideraciones sobre la ratificación universal de la Convención Americana y otros tratados interamericanos en materia de derechos humanos

Ante dicho escenario, Luis Daniel Vázquez y Sandra Serrano (2011) resaltan la existencia de dichos grupos vulnerables, a los cuales por sus circunstancias se les impide gozar de toda la gama de derechos humanos; por lo que, ante dicha disyuntiva, el principio de universalidad entra en acción, permitiendo la expansión de los titulares de los derechos con el objetivo de luchar contra las circunstancias que limitan el ejercicio del derecho humano (pp. 137-147).

En otras palabras, se reconoce que la universalidad sería un puente para una protección especial para estos grupos vulnerables, pues en la realidad no pueden ejercer estos derechos debido a una serie de factores o condiciones sociales que los limitan.

Otro aspecto que resaltar respecto a la universalidad es de que esta expresa que los derechos humanos están presentes en todos los sistemas jurídicos, sin perjuicio de que su existencia se señale expresamente en los ordenamientos jurídicos.

Teniendo en cuenta que su fundamento es la dignidad del ser humano, estos derechos pueden exigirse sin que estén positivizados (Nikken, 1999, pp. 15-27). Por lo que existe la obligación implícita de todos los Estados de proteger los derechos humanos de las personas que se encuentran en su territorio.

Se ha señalado que la idea que es descrita precedentemente se contrapone con la existencia de diversidades culturales y los valores que cada país tiene. Por lo que surge el relativismo cultural, por el cual se observa que los derechos humanos se deben aplicar e interpretar dependiendo de las características sociales, políticas y económicas de cada país; ello limitaría los derechos humanos y, por ende, no tendría cabida en la idea de universalidad.

Lo anterior se puede ejemplificar de la siguiente manera: el derecho a la salud en su ámbito relacionado a los derechos sexuales y reproductivos está reconocido y protegido en los países partes del Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos; no obstante, esta protección y reconocimiento no se ve reflejado en muchos países islámicos, que, en algunos casos, son parte del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos, dicha desprotección se basa en la salvaguarda de otros derechos como el de la libertad religiosa.

Al negarse la protección total de algunos derechos como los DESCAs por la priorización de otros derechos como la libertad religiosa, se constituye una indefensión al ser humano, ya que no puede gozar plenamente de todos los derechos, lo que limitaría su desarrollo dentro de sus ámbitos.

Se debe empezar negando la premisa de que las diversidades culturales son un limitante de la universalización de los derechos, en tanto los sistemas de protección buscan integrar en sus diálogos de derechos los contextos sociales, políticos y culturales de cada país; pues de no hacerlo, se observaría un supuesto de exclusión, lo cual sería un atentado contra el propio sistema interamericano.

Carlos Ivan Fuentes (2006) considera que la universalidad es aceptación, promoción de la diversidad cultural y tolerancia, mas no la represión de la diferencia (p. 71). Por lo cual se debe partir de la noción acuñada por Ortega y Gasset referida a que el ser humano es él y sus circunstancias (Malishev & Herrera, 2010). Sus circunstancias pueden ser traducidas en la cultura en donde se desarrolló, por lo que el ser humano está compuesto por él y su cultura, con lo cual ambos aspectos son protegidos por los derechos humanos.

Andrew Clapham (2022) agrega que se debe reconocer que, si no se protegiese y respetase la diversidad cultural, entonces también se atentaría contra los derechos culturales, los mismos que surgen para la protección de las costumbres de cada país (p. 26). Además, adiciona que el solo hecho de que la población exija la protección de determinados derechos conlleva a que ya existe un reconocimiento implícito de su existencia, ello daría paso a que la integración del derecho al ordenamiento nacional de cada Estado fuese posible (Clapham, 2022, p. 26).

Conforme a lo expuesto por el autor, se entiende que la protección de la diversidad cultural es uno de los objetivos perseguidos por el sistema de protección de derechos humanos, por lo cual la diversidad cultural y los derechos humanos no son conceptos excluyentes, sino complementarios entre sí.

Ahora bien, también la exigencia por parte de la población, cuyos países se oponen al reconocimiento de determinados derechos humanos porque colisionan con sus creencias y cultura, es un elemento determinante para poder afirmar que no existe incongruencia entre la implementación de los derechos humanos y las diversidades culturales de dichos países; porque de ser así, no se presentaría tal exigencia.

Consecuentemente, por lo expuesto, sería falsa la premisa de que la diversidad cultural es un obstáculo para la lectura integral de los derechos humanos y su integración en los ordenamientos jurídicos nacionales de todos los países.

Por otro lado, qué pasaría en el caso que afirma Fernando Valverde (2021) respecto a que algunas costumbres o creencias pueden promover en la sociedad conductas discriminatorias y violentas (p. 795). Lo primero que se tendría que lograr es el cese de

dichas conductas, ya que la tolerancia de estas por parte de los Estados constituye un atentado contra los derechos humanos. Una vez que cesen, se establecerán medidas necesarias para que las conductas no sean repetidas.

No obstante, en caso contrario, la inacción por parte de los Estados originaría responsabilidad internacional, ya que se debe recordar que estos han asumido una serie de obligaciones relativas al efectivo cumplimiento de los derechos humanos. De igual forma, se debe precisar que el supuesto descrito por Valverde negaría la existencia de la universalidad de los derechos humanos, pues las personas cuyos derechos han sido vulnerados no gozarán de la totalidad de derechos que poseen dentro de su esfera jurídica.

En conclusión, con respecto al principio de universalidad, primero, todos los individuos son titulares de los derechos humanos. Segundo, se establece que la obligación de protección de los derechos humanos está presente en todos los ordenamientos jurídicos, teniendo en cuenta que dichos derechos se integran en las diversidades culturales que tienen los países. Por último, se puede afirmar que la universalidad es una herramienta para llegar a la equidad de derechos.

1.3.2 Interdependencia

El reconocimiento de la protección de los derechos humanos, tanto internacional como nacional, se ha llevado en etapas. Históricamente, se ha observado que la primera etapa está conformada por un grupo de derechos que eran denominados los derechos civiles y políticos o derechos de primera generación.

Tales derechos nacen ante la necesidad de los individuos para que puedan decidir en la vida política y alzar su voz de manera energética ante las injusticias que estaba atravesando el mundo. Además, se señalaba que los derechos de primera generación imponían a los Estados obligaciones inmediatas para su cumplimiento y estas eran fáciles de realizar, debido a que no requerían recursos estatales para su implementación.

Dicha idea ha devenido en inválida, ya que los derechos políticos y civiles también necesitan de herramientas de protección para que sean completamente efectivos, estas herramientas pueden ser recursos judiciales, así como un sistema de justicia sólido que pueda satisfacer las necesidades de la población ante la interferencia de su ejercicio. Con lo cual se puede ver a un Estado activo implementando medidas de protección para dichos derechos; siendo esas medidas objeto de uso de recursos de los Estados.

Si bien es cierto que la DADDH es el primer documento internacional que lista los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, es recién con la

Convención Americana sobre Derechos Humanos que se imponen medidas efectivas de protección de los derechos políticos y civiles por parte de los órganos del SIDH; las cuales debían de ser cumplidas por los Estados.

La CADH únicamente habla de los derechos económicos, sociales y culturales en un solo artículo que establece que este tipo de derechos se implementará de manera progresiva en el marco de los recursos disponibles que tiene cada Estado. Ante ello, se observa la falta de desarrollo normativo de dichos derechos; caso contrario ocurre con los derechos civiles y políticos.

Conforme a lo expuesto, se tenía la falsa idea de que los Estados se comprometían únicamente a cumplir la obligación de respetar y garantizar los derechos civiles y políticos; siendo que los DESCAs eran dejados de lado y dependía del Estado implementarlos mediante medidas políticas, sociales y económicas; no siendo estas objeto de supervisión o fiscalización.

Ello era contrario a la finalidad por la cual se crearon los diferentes sistemas de protección de derechos humanos, por lo que los organismos de dichos sistemas señalaron la existencia de una serie de principios como la universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

Respecto a ello, en diferentes pronunciamientos²⁵, la Corte IDH ha recordado la existencia de esta relación de interdependencia entre los derechos políticos y civiles con los derechos económicos, sociales y culturales.

La Real Academia Española (s.f.) define la interdependencia como “dependencia recíproca”. En el contexto de los derechos humanos, ello significa que para que un derecho como el de la salud exista depende de otro derecho humano como el de la alimentación. No se puede tener una buena salud si no se tiene una alimentación adecuada. Es así como existe una vinculación entre ellos (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, 2018, p. 3).

Dicha situación de interdependencia también se resalta con el derecho a la información, en tanto para ejercer las libertades que el derecho a la salud otorga, se necesita que el Estado asegure el acceso a la información relevante para tomar una decisión respecto al estado de salud de una persona.

De esa manera, los derechos humanos son vistos como una compleja red que interaccionan entre sí mismos, el ejercicio o disfrute de un derecho depende de que otro

²⁵ Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y jubilados de la Contraloría”) vs. Perú y Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador

exista y pueda disfrutarse, y viceversa (Vázquez & Serrano, 2011, p. 135-165). Esta interacción se da en el marco de la relación de dependencia que existe entre los derechos humanos, por la cual, si se vulnera, por ejemplo, el derecho a la vivienda, también se podría estar vulnerando el derecho a la salud, ya que la salud del ser humano depende de las condiciones sociales en las que se encuentre el individuo.

Así pues, se debe tener en consideración que los impactos de algunas relaciones de interdependencia serán más evidentes que en otras; no obstante, siempre habrá un impacto pues todos los derechos humanos son interdependientes, además de ser una unidad en sí misma.

1.3.3 Indivisibilidad

La Corte IDH, en el caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, afirma que “la interdependencia e indivisibilidad de los derechos reconocidos por la Convención Americana niega cualquier separación, categorización o jerarquía entre derechos para efectos de su respeto, protección y garantía” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 32, párr. 86).

Siguiendo la misma línea argumentativa, la Corte IDH, en el caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, ha establecido que los derechos humanos deben ser entendidos de manera integral, sin que exista jerarquía entre ellos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p. 48, párr. 172).

Entonces la Corte IDH entiende que, mediante la indivisibilidad, los Estados no pueden priorizar los derechos civiles y políticos sobre los DESCAs. Las medidas que estos realicen para el cumplimiento de las obligaciones generales de protección y garantía a los derechos humanos se diseñarán con una lectura integral de los derechos humanos que poseen las personas; determinándose que lo que se busca es el efectivo cumplimiento de todo el catálogo de derechos humanos que existen.

Es importante recalcar, nuevamente, que no hay jerarquía entre los derechos humanos, pues todos tienen la misma relevancia, ya que todos ellos tienen como objetivo final la protección de la dignidad del ser humano.

Asimismo, se debe agregar que el principio de indivisibilidad establece una unidad de derechos humanos, cuya lógica es que los derechos humanos no pueden separarse ni fragmentarse uno de los otros (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México, 2018, p. 10).

Ello concuerda con lo dicho por Vázquez y Serrano (2011), quienes refieren que los derechos humanos compuestos por los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales son un todo, por ello se expresa una negación de separación (p. 149). Esta unión ya no es por el hecho de ser dependientes entre ellos, sino por ser una sola construcción de un todo.

En el caso de vulneración de un derecho humano, tal como el derecho a la salud, consecuentemente, se vulneraría toda la gama de derechos; por el contrario, si existiese una medida que favorezca el ejercicio efectivo de un derecho, esta medida también incidirá en todo el conjunto de derechos de los cuales los individuos son titulares.

A partir de lo señalado, se debe tener presente que la indivisibilidad y la interdependencia son dos conceptos distintos que se complementan en el desarrollo de los derechos humanos y en la lectura de las obligaciones internacionales que tienen los Estados respecto a su implementación. La interdependencia es la parte de un todo, ya que ella se encuentra en función de las relaciones interdependientes que tienen los derechos humanos entre sí, es decir son parte de los eslabones de la cadena, mientras que la indivisibilidad es la cadena que está compuesta por los eslabones en conjunto.

Dichos principios han aportado al desarrollo jurisprudencial realizado por la Corte IDH sobre los DESCAs, así como han ayudado al ser basamento de la justiciabilidad indirecta de todo el catálogo de derechos humanos; lo que ha logrado, a su vez, que la vulneración del derecho a la salud pueda ser objeto de responsabilidad internacional por parte de los Estados que integran el SIDH.

Tal como señala Carrillo (2021), tanto la interdependencia como la indivisibilidad han sido herramientas de protección del derecho a la salud; debido a que han formado parte de la construcción del argumento que establece la conexidad de dicho derecho con los derechos a la vida, a la integridad personal, así como al derecho al acceso de administración de justicia (p. 47), ello ha dado un paso más hacia la plena protección.

En ese sentido, se puede decir que la interdependencia y la indivisibilidad han ayudado a ampliar el marco de protección del derecho a la salud, pues han sido usadas como argumento para que distintos supuestos de hecho sean garantizados, en tanto se observaba la vulneración de dicho derecho.

1.4 Exigibilidad del derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Establecidas las características que interrelacionan el derecho a la salud con los demás derechos humanos, se pasará a desarrollar la exigibilidad del derecho a la salud. En tal sentido, se debe tener en cuenta que cuando algo es exigible, ello significa que puede ser objeto de reclamo, lo que presupone la existencia de una obligación que tiene que ser cumplida. Por lo tanto, la exigibilidad puede ser definida como aquella facultad de solicitar el cumplimiento de un derecho humano (Parra, 2018, p. 250).

De ese modo, lo que se exige es el cumplimiento de la obligación estatal referente al derecho humano que se desea efectivizar; no obstante, también se debe establecer quienes son los sujetos legitimados a reclamar dicho cumplimiento.

Es así que, en el marco de los derechos humanos a nivel regional, existen dos actores quienes pueden realizar un reclamo respecto al no cumplimiento de las obligaciones del Estado referentes a dichos derechos.

El primer actor al que nos debemos referir es la población que ha sufrido un agravio en contra de algún bien jurídico protegido por los tratados internacionales previamente señalados. El segundo actor que puede exigir el cumplimiento de los compromisos asumidos por los Estados es la misma comunidad internacional.

Por lo tanto, al situarnos dentro SIDH, analizaremos cómo dicha exigibilidad se canaliza por los diferentes mecanismos preestablecidos dentro de la normativa interamericana.

1.4.1 Exigibilidad institucional

Desde el SIDH, se ha creado una serie de mecanismos de protección de los DESCAs que pueden fungir como mecanismos de exigibilidad distintos al jurídico. Por lo que se examinará de qué mecanismos han dotado la CADH y el Protocolo de San Salvador para verificar si se cumple con las obligaciones que los Estados han asumido en el marco del *pacta sunt servanda*.

Se debe tener presente en todo momento que los mecanismos de protección serán cumplidos por los órganos que la OEA ha establecido para ello. Por lo tanto, en principio, se empezará estudiando a la CIDH.

Ahora bien, la CIDH se consolida en el marco del artículo 106 de la Carta de la OEA. Este se instituye como un órgano de la supervisión del cumplimiento de una serie

de tratados del SIDH, precisando que sus competencias se encuentran determinadas en la CADH (Organización de los Estados Americanos, 1945).

Es así como, ante la adopción de la CADH, se puede observar delimitaciones en las competencias de dicho órgano. De esa manera, la CIDH, verifica que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales en el marco de las siguientes funciones: (1) solicitudes de información, (2) visitas, (3) realización de informes y (4) peticiones individuales.

Respecto a la primera competencia, se observa que la CIDH puede solicitar información a los Estados sobre el cumplimiento de las obligaciones internacionales, esta versa sobre las medidas que los Estados han implementado para efectivizar los derechos humanos, además de la información relativa a determinada situación que la CIDH ha tomado conocimiento (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 41). Por ende, la información que deben brindar los Estados puede ser respecto a las medidas que se implementan en general para la progresiva implementación de los derechos humanos, así como también información sobre las medidas que se aplican para reparar una situación de vulneración de derechos humanos.

Asimismo, la CIDH también puede recoger la información de la situación de los derechos humanos de los Estados. Ello se realiza mediante las visitas *in loco* o visitas de trabajo, las mismas que se diferencian en que el objetivo de la primera es investigar la situación de derechos humanos en general y la segunda tiene como meta investigar una situación específica materia de relatorías; ambas se realizan con la aprobación de los Estados (Salmón, 2019, p. 142).

Es decir, se observa que las visitas *in loco* tienen como finalidad monitorear la situación de derechos humanos de un país o una serie de países. En cambio, las visitas de trabajo se pueden referir a situaciones específicas sobre temáticas como los inmigrantes o comunidades indígenas. En tal sentido, en ambos casos, la CIDH puede corroborar hechos que han sido denunciados por vulnerar los derechos humanos, así como obtener elementos de prueba de que estos hechos han acontecido (Santoscoy, 2003, p. 609).

En relación a ello, se observa que la CIDH tiene la competencia de realizar visitas a los Estados para recabar información relevante sobre la situación de derechos humanos que atraviesa un Estado, debido a que la información brindada por el Estado puede estar parcializada o ser insuficiente para determinar si se cumplen con las obligaciones internacionales materia de derechos humanos. Asimismo, ello se da con la finalidad de conseguir información de primera mano sobre la efectividad de las medidas que se han

implementado y cómo estas han contribuido en el ejercicio de los derechos humanos de toda la población, así como de la existencia de algún hecho de vulneración.

Respecto a la elaboración de informes, estos pueden ser elaborados sobre la base del análisis de la información que remitan los Estados y aquella recabada por el CIDH sobre la situación de derechos humanos de los Estados miembros del SIDH.

Por tanto, la CIDH elabora tres tipos de informes: (1) informes temáticos, (2) informes de país y (3) informes anuales; siendo los primeros referentes a un tema en específico como comunidad LGTB o los DESCAs, los informes país dan visibilidad a una situación de derechos humanos controversial y, por último, los informes anuales son aquellos que versan sobre las actividades que la CIDH ha realizado a lo largo del año, asimismo brindan recomendaciones de cómo fortalecer el SIDH (Salmón, 2019, pp. 144-151).

Dichos informes tienen un rol fundamental en la exigibilidad del cumplimiento de las obligaciones internacionales. Ello a razón de que constituyen parámetros de actuación de los Estados, pues establecen estándares de protección de los derechos humanos y recomendaciones respecto a las medidas que han funcionado en determinado país, además de otras que pueden ser implementadas para garantizar los derechos.

Por último, la CIDH tiene la facultad de conocer peticiones que “contengan denuncias o quejas de violación” de los derechos humanos contenidos en la CADH (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 44). De esa manera, la CIDH podrá verificar el cumplimiento de las obligaciones por parte de los Estados en casos específicos en donde se ha podido generar un hecho vulnerador de los derechos.

Analizado ello, la CIDH puede llegar a una solución amistosa con el Estado para que: (1) repare la violación que ha sufrido quien ha activado dicha vía de reclamo, (2) ordene investigar y sancionar a las personas que resulten responsables de los actos que han sido violatorios, (3) suspender los actos violatorios, (4) introducir cambios al ordenamiento legal y (5) adoptar medidas o acciones estatales a favor de la población que ha sufrido la violación de sus derechos humanos (Parra, 2018, p. 385). En caso contrario, la CIDH remitirá el caso a la Corte IDH para que analice el caso y determine si existe o no responsabilidad internacional por el incumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Por otro lado, un mecanismo de protección establecido por el Protocolo de San Salvador es la remisión de informes periódicos que hablan sobre las medidas progresivas que han realizado los Estados para que garanticen los DESCAs que se encuentran en dicho

tratado internacional; siendo que dichos informes serán remitidos al Secretario General de la OEA para que este los transmita al Consejo Interamericano Económico y Social y al Consejo Interamericano para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Todo ello para que se realice el análisis correspondiente sobre las medidas implementadas (Protocolo de San Salvador, 1988, Artículo 19).

Por consiguiente, se observa que los DESCAs son objeto de un seguimiento especial, ya que al ser derechos que se implementan de manera progresiva, el SIDH debe analizar qué medidas han adoptado los Estados para el pleno ejercicio de estos. Por lo que su exigibilidad se ve reflejada en requerir medidas que amplíen su protección.

No obstante, como resalta Liliana Luque Armestar (2019), mediante el Protocolo de Managua de 1993 se reforma la Carta de la OEA, en donde se suprimieron los Consejos interamericanos antes mencionados, por lo que se configura un vacío normativo respecto a quién era el obligado a examinar dichos informes y, por tanto, formular las recomendaciones pertinentes; asimismo establece que si bien se creó el Consejo Interamericano para el Desarrollo Integral, este no sustituye las funciones establecidas en el Protocolo de San Salvador sobre la evaluación de dichos informes (pp. 1-23).

Por lo que se tiene que no existe un órgano obligado al análisis de los informes que se remiten, con lo cual se observa una desprotección por parte del SIDH respecto a la implementación de los DESCAs, en tanto la OEA no ha contemplado que el Protocolo de San Salvador haya determinado funciones para dichos Consejos interamericanos, por lo tanto, no lo han tenido en cuenta a la hora de realizar la reforma de la Carta de la OEA.

Pese a ello, se tiene que la Asamblea General de la OEA crea un Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (GTPSS)²⁶ años después de la reforma; este grupo tiene como función analizar los informes periódicos que remiten los Estados sobre las medidas de progreso que se realizan para la plena efectividad de los DESCAs (Organización de los Estados Americanos, 2007).

Es así que se ve que el SIDH se percató de la desprotección que se configuró por la reforma y tuvo a bien establecer un órgano encargado de realizar de manera obligatoria el análisis y la revisión de los informes periódicos de los Estados. Ello se efectúa con la utilización de los indicadores de progreso, los cuales se crean en el marco del numeral 1 del artículo 19 del Protocolo de San Salvador; siendo que dichos indicadores sirven para la medición de la realización de los DESCAs en los Estados.

²⁶ A través de la Resolución AG/RES. 2262 (XXXVII-0/07), aprobado en la cuarta sesión plenaria celebrada el 5 de junio de 2007

Ahora bien, también se observa que, dentro del numeral 7 del artículo 19, se establece que la CIDH podrá formular las observaciones y recomendaciones sobre la situación de los DESCAs en los países del SIDH, estas se encontrarán incluidas en los Informes Anuales que se presente a la Asamblea General de la OEA o en un informe especial en el marco de sus atribuciones (Organización de los Estados Americanos, 1988, Artículo 19).

En relación con ello, la CIDH también interviene para verificar el cumplimiento de las obligaciones internacionales de los Estados respecto a los DESCAs; no obstante, dicha intervención es facultativa, es decir esta decide realizar dicho análisis o negarse a ello (Luque, 2019, pp. 1-23).

Así pues, la remisión de los informes periódicos constituye una herramienta de exigibilidad del SIDH, en tanto ello presupone que los Estados están emitiendo medidas para que se llegue a la plena efectividad de los DESCAs y, por lo tanto, toda la población pueda ejercer todos los ámbitos de dichos derechos que con el tiempo se van ampliando. Con lo cual las actuaciones que realizan la CIDH y el GTPSS funcionan como medios de exigibilidad del SIDH para el cumplimiento de las obligaciones relativas a los DESCAs; dicha fuerza obligatoria solo radica en los Estados partes del Protocolo de San Salvador²⁷.

1.4.2 Exigibilidad jurídica

Los tratados internacionales sobre derechos en el SIDH han establecido mecanismos por los cuales la persona puede reclamar algún derecho humano. Previamente, se ha desarrollado cuáles eran los mecanismos de exigibilidad que estos han establecido, dejando de lado la vía de justiciabilidad. Ahora, se expondrá sobre la exigibilidad jurídica entendida como justiciabilidad.

En tal sentido, Victor Abramovich y Christian Courtis (2014) definen a la justiciabilidad como “la posibilidad de reclamar ante un juez o tribunal de justicia el cumplimiento al menos de algunas de las obligaciones que se derivan del derecho” (p. 37). Es decir, la justiciabilidad comporta un incumplimiento de realizar determinada obligación por el sujeto obligado a ello, pues reclamar presupone el incumplimiento; por

²⁷ Se debe tener en cuenta que existen Estados parte del SIDH que no han firmado la CADH o el Protocolo de San Salvador. En dichos casos, se tiene que la CIDH sigue cumpliendo su trabajo respecto a la inspección del cumplimiento de la normativa de derechos humanos establecida en la DADDH, mas no tiene competencia para pronunciarse sobre los dos tratados antes mencionados. Asimismo, al no ser parte signataria del Protocolo de San Salvador, el Grupo de Trabajo no tiene competencia sobre ellos. En tal sentido, como la presente investigación trata sobre el Perú, país parte de la CADH y el Protocolo de San Salvador, no se ahondó sobre las características particulares de exigibilidad de aquellos que no han firmado dichos tratados.

lo que las personas titulares del derecho exigen el cumplimiento de este al órgano competente para dilucidar si existe o no tal incumplimiento.

Siguiendo la misma línea argumentativa, Jorge Calderón (2018) afirma que la justiciabilidad se refiere a “la posibilidad de exigir a través de un mecanismo jurídico el cumplimiento o restitución de un derecho” (p. 338).

De esa manera, los sujetos que se encuentran obligados a respetar y garantizar los derechos humanos son los Estados y es la población quien tiene la capacidad de reclamar el cumplimiento de estos. Es así como el SIDH ha establecido que el órgano competente para conocer dichos conflictos es la Corte IDH, la misma que se encuentra normada exclusivamente en el Capítulo VIII de la CADH.

a. Justiciabilidad indirecta

Durante el desarrollo de la CADH, se pensaba que la Corte IDH solo iba a pronunciarse sobre las obligaciones referentes a los derechos políticos y civiles; siendo los DESCAs descartados por ser derechos que requerían de recursos estatales para su implementación, lo que disuadió en el primer momento a los Estados a asumir obligaciones claras respecto a su protección.

Ante ese panorama, la Corte IDH no pudo pronunciarse respecto a los DESCAs de manera autónoma, ello solo se podía realizar en casos relativos a los derechos sindicales o derechos a la educación en virtud del Protocolo de San Salvador (Organización de los Estados Americanos, 1988, Artículo 19). Por lo que derechos como la vivienda, el agua, la salud y muchos más no fueron objeto de pronunciamiento por parte de la Corte IDH durante muchos años.

Debido a que el presente trabajo desarrolla el derecho a la salud, se analizará la justiciabilidad indirecta en el marco de este. En sendas sentencias de la Corte IDH se ha observado el análisis de prestaciones propias del derecho a la salud vinculadas con derechos civiles como el de la vida o el de la integridad personal (Parra, 2011, p. 124).

Ante lo expuesto, se tiene que cuando la Corte IDH determina si se ha incumplido la obligación de garantizar la salud por no haber prestado una atención médica oportuna; ello lo infiere señalando que parte del derecho a la integridad es brindar asistencia médica adecuada para las personas que lo necesiten, pues de no hacerlo, dicha dolencia puede generar una secuela. De ese modo, en la parte resolutive de la sentencia de la Corte IDH se determina el incumplimiento de la obligación de respeto o garantía por la afectación del derecho a la integridad personal.

Asimismo, en el voto razonado que se planteó por la sentencia del caso *Alban Cornejo y otros vs. Ecuador*, el Juez Sergio García Ramírez estableció que la Corte IDH ha analizado la protección del derecho a la salud desde la perspectiva de la preservación de la vida, el reclamo del derecho a la integridad personal, así como el acceso a la justicia (Corte Interamericana de Derecho Humanos, 2007, p. 1, párr. 1).

Entonces, se observa que la Corte IDH buscó la protección de ciertos contenidos del derecho a la salud desde su labor interpretativa. De manera que la población que no obtenía justicia por vías nacionales, la obtenía en el plano internacional. A su vez, se verifica que la interdependencia e indivisibilidad planteada previamente alcanza su máxima expresión como un mecanismo procesal para que la Corte IDH ejerza un control sobre las obligaciones internacionales materia de tal derecho.

No obstante, tal como señala Eduardo Ferrer Mac-Gregor (2017), la argumentación que se ha planteado para proceder con la justiciabilidad indirecta de los DESCAs presenta como principal problema el impedir un análisis profundo respecto a los alcances que tienen las obligaciones generales sobre ellos (p. 68).

En ese sentido, el hecho de argumentar la vulneración del derecho a la salud desde la conexión existente entre los derechos a la vida, integridad personal o acceso a la justicia conlleva que no se ahonden ni estudien más las obligaciones que los Estados deben cumplir con respecto a la salud de su población. Con lo cual no se permite un desarrollo exhaustivo sobre el derecho, pues si bien es cierto es un derecho que conlleva el uso de recursos, también existen obligaciones negativas respecto a él que pueden ser fácilmente ejecutadas.

b. Justiciabilidad directa

Ante la disyuntiva descrita, la Corte IDH adoptó la posición de justiciabilidad directa; no obstante, un obstáculo que enfrentó fue el relativo a la cuestión de si los DESCAs de manera autónoma eran materia de pronunciamiento por la Corte IDH.

En vista a ello, se observa que en el voto concurrente del Juez Eduardo Ferrer Mac-Gregor Poisot sobre el caso *Suarez Peralta vs. Ecuador* ya abre un camino para el análisis del caso en concreto desde el derecho a la salud de manera autónoma en virtud del artículo 26 de la CADH, es así que señala:

Desde mi perspectiva, esta situación pudo haberse considerado de manera explícita para que dentro de las consideraciones ... se abordará la cuestión con plenitud y se estudiarán las implicancias en el caso del derecho a la salud de manera autónoma. Lo anterior, partiendo de reconocer la competencia otorgada a

la Corte IDH el artículo 26 del Pacto de San José para pronunciarse sobre el derecho a la salud y teniendo la justiciabilidad directa de dicho derecho social- y no solo de manera tangencial y en conexión con otros derechos civiles-, lo que pudo, en su caso, haber derivado en declarar violado dicho dispositivo convencional en forma autónoma, en relación con las obligaciones de respeto y garantía previstas en el artículo 1.1 del Pacto de San José. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 1, párr. 3)

El juez Ferrer Mac-Gregor también aborda la problemática previamente señalada recordando que el artículo 26 de la CADH ha brindado la competencia a la Corte IDH para que trate sobre los DESCAs al relacionarlos con las obligaciones generales que se encuentran en los primeros artículos de dicho tratado internacional.

Respecto a la competencia, la Corte IDH, en la sentencia Poblete Vilches y otros vs. Chile, señala que ella también se fundamenta desde los principios de interdependencia e indivisibilidad; siendo que dichas características conllevan que todos los derechos deben ser leídos de manera integral y de forma conglobada por lo que deben de ser exigibles por toda la población (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 31, párr. 100).

De igual modo, en el caso Acevedo Buendía y otros vs. Perú, se afirma que la intencionalidad de los redactores de la CADH fue dar un mayor énfasis a la protección de los DESCAs, ello en el marco de las condiciones particulares de cada Estado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 32, párr. 99). Con lo que se ve que a lo largo del tiempo se ha brindado una mayor protección a los derechos humanos de forma integral, tal y como se ha discutido al respecto sobre la normativa del SIDH.

Además, el actuar de la Corte IDH está justificado por el artículo 19 de la CADH, el mismo que establece normas de interpretación para que no se limite el goce y ejercicio de los derechos humanos de las personas (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 29).

En tal sentido, se tiene que los DESCAs han sido objeto de protección a nivel internacional y a nivel nacional por cada Estado, por lo que la Corte IDH no puede dejar de lado su protección con un argumento simplista como que dentro de la CADH no se le ha dado competencia para verificar si se ha incumplido o no una obligación internacional; siendo que dicho argumento ha sido rebatido por los fundamentos anteriores, además de que si se observa su protección dentro del artículo 26 de la CADH, ya que la Corte IDH ha hecho uso de las interpretaciones sistemática, literal y teleológica para determinarla,

tal y como se ve en el caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, pp. 27-35, párrafos. 75-97).

En consecuencia, se observa que la exigibilidad por parte de la Corte IDH para que los Estados cumplan con sus obligaciones internacionales respecto a los DESCAs y su competencia para declarar el incumplimiento y violación del derecho a la salud se fundamenta en el artículo 26 de la CADH, además de los principios de indivisibilidad e interdependencia, así como los métodos de interpretación antes señalados. De esa manera, la Corte IDH puede conocer casos que traten sobre los DESCAs y aportar obligaciones específicas respecto al actuar estatal.

1.5 Obligaciones internacionales respecto al derecho a la salud

Una vez descritos los mecanismos de exigibilidad de los DESCAs, específicamente del derecho a la salud, se hablará de las obligaciones internacionales que son objeto de exigencia por parte del SIDH; obligaciones que han sido materia de análisis a lo largo del tiempo por parte de la Corte IDH.

En ese orden de ideas, en este apartado, se desarrollarán: (1) las obligaciones generales, (2) obligaciones específicas del derecho a la salud, (3) obligaciones a la luz del artículo 26 de la CADH y (4) obligaciones reforzadas.

1.5.1 Obligaciones generales

Cuando se habla de obligaciones generales, se entiende que son aquellas obligaciones que los Estados tienen para el cumplimiento de todo el catálogo de derechos humanos que hay. Ellas, normativamente, se pueden visualizar en el Capítulo I de la CADH, específicamente en los artículos 1 y 2 de esta. Así, el numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH prescribe lo siguiente:

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 1)

Del articulado precedente, se extrae que las obligaciones que en ella se señalan deben de ser cumplidas por todos los Estados que han suscrito la CADH. De igual forma, se observa la aparición de las obligaciones de respeto, garantía y no discriminación en

materia de derechos humanos. Por otro lado, se encuentra el artículo 2, el mismo que señala:

Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivo tales derechos y libertades. (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 2)

Teniendo en cuenta el artículo anterior, se expresa que los Estados que son parte de la CADH se han comprometido a adoptar medidas en general, ya sean legislativas, presupuestarias, políticas o de otra índole, que garanticen los derechos humanos que en ella se configuran. En ese sentido, Eduardo Ferrer Mac-Gregor y Carlos María Pelayo (2017) afirman que la adopción de medidas en general tiene relación con la obligación de garantía, pues a través de ellas se busca hacer efectivos los derechos (pp. 22-46).

Como se ha señalado al principio, dichas obligaciones son aplicables a todos los derechos humanos, siendo estos los derechos civiles y políticos y los DESCAs. No obstante, en un primer momento, ello no era entendido de esa manera, pues se interpretaba que únicamente dichas obligaciones tenían repercusión en los derechos civiles y políticos, no tutelándose los DESCAs bajo su paraguas. Con lo cual se podía observar que no se garantizaba la protección judicial de todos los derechos humanos. Dicha disyuntiva se relaciona vastamente con la aparición de la justiciabilidad indirecta.

Ante el escenario descrito, Fabian Salvioli (2004) refuta la idea de que las obligaciones generales no surten efectos en los DESCAs, afirmando tajantemente que las obligaciones establecidas en el Capítulo I de la CADH también rigen sobre los DESCAs (p. 110). Para afirmar ello, señala que el objeto y fin del tratado es la justicia social, la misma que se logra teniendo seres humanos libres; libertad que se logra únicamente con la garantía y la protección de todo el catálogo de derechos humanos (Salvioli, 2004, pp. 109-110).

Asimismo, el citado autor argumenta que dicha conclusión también deriva de que la interpretación de la CADH se da en el marco de los principios *pro persona*²⁸ y *pro*

²⁸ Llamado también principio *pro homine*, este establece que se debe aplicar la normativa que sea más favorable para la persona, es decir aquella norma que expande sus derechos. En ese sentido, se entiende que la labor interpretativa que va a realizarse debe orientarse a todo aquello que favorezca a la persona. Sobre ello, la autora Elizabeth Salmón señala que aplicar el principio *pro persona* en la interpretación de los tratados internacionales sobre derechos humanos significa que la normativa respecto a derechos

sociedad²⁹, los mismos que pueden verse plasmados en el artículo 29 de dicho tratado internacional, es así que en la interpretación debe primar la norma más favorable para la persona, con lo que toda labor interpretativa debe dirigirse a ello (Salvioli, 2004, pp. 103-166).

A partir de lo anterior, se entiende que las obligaciones que establece la CADH están dirigidas a todos los derechos humanos, el fundamento de ello es la interpretación que se realiza a todo el articulado de la CADH, incluyendo su preámbulo. Es decir, como previamente se ha descrito, dichos argumentos han dado paso a que se configure la justiciabilidad directa desde la doctrina.

En consonancia con lo anterior, en el 2009, la Corte IDH, en la sentencia del Caso Acevedo Buendía y otros vs. Perú, establece que:

Resulta pertinente observar que si bien el artículo 26 se encuentra en el capítulo III de la Convención, titulado “Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, se ubica, también, en la Parte I de dicho instrumento, titulado “Deberes de los Estados y Derechos Protegidos” y, por ende, está sujeto a las obligaciones generales contenidas en los artículos 1.1. y 2 señalados en el capítulo I (titulado “Enumeración de Deberes”), así como lo están los artículos 3 al 25 señalados en el capítulo II (titulado “Derechos Civiles y Políticos”). (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 32, párr. 100)

Citado el anterior pronunciamiento, es pertinente mencionar la estructura de dicho tratado internacional: la CADH está compuesta por un preámbulo y tres partes. La primera parte se denomina “Deberes de los Estados y Derechos Protegidos”, esta consta de cinco capítulos, entre los cuales se pueden encontrar treinta y dos artículos. La segunda parte se llama “Medios de Protección” y consta de cuatro capítulos que contienen cuarenta y uno artículos. La parte final ha sido nombrada “Disposiciones Generales y Transitorias” y contiene dos capítulos que poseen nueve artículos (Organización de los Estados Americanos, 1969).

humanos debe de ser interpretadas de manera amplia y que cualquier limitación o restricción debe ser evitado, todo ello en el marco del equilibrio que debe existir en el sistema (Salmón, 2019, p. 46).

²⁹ Teniendo en cuenta que el autor no ha brindado una definición de lo que se entiende por principio pro sociedad, asimismo tomando en consideración lo relativo al principio pro persona, se puede inferir que el principio pro sociedad está referido a que se aplique la normativa más favorable a la sociedad en su conjunto. Con lo cual, en la interpretación, se observa que esta debe girar en torno a la sociedad, así pues, la interpretación debe ser amplia y otorgar mayores facultades, por lo que se deben restringir las limitaciones.

Dicho ello, en relación con la primera parte, se tiene que esta contiene los capítulos denominados “Enumeración de deberes” (Capítulo I), “Derechos Civiles y Políticos” (Capítulo II) y “Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Capítulo III) (Organización de los Estados Americanos, 1969). Teniendo ello en cuenta, la Corte IDH señala que las obligaciones que están en el Capítulo I irradian también a los derechos económicos, sociales y culturales que se encuentran en el Capítulo III, es así que se establece su observancia por la ubicación en donde se encuentra el articulado referente a los DESCAs, de esa manera no debe tratarse aisladamente dicha disposición, por cuanto existe una protección general.

Por lo tanto, es oportuno definir y analizar dichas obligaciones, pues también inciden en el derecho a la salud, el cual es objeto de estudio en el presente trabajo de investigación.

a. Obligación de respeto

Cuando la Corte IDH interpreta, por primera vez, el fondo de un caso, en la sentencia del Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, la obligación de respeto es objeto de análisis al señalar que el respeto a los derechos humanos es el límite que deben observar los Estados ante el ejercicio de su poder (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988). Es decir, se tiene un escenario en donde la funcionalidad que se le da a los derechos humanos es la de constituirse como una barrera ante la arbitrariedad del Estado, ello en cuanto estos son superiores al poder estatal.

De lo dicho, se entiende que los derechos humanos que prescribe la CADH deben de ser respetados y observados por los Estados en el marco de su actuación, para que así no puedan ser vulnerados. Se debe tener en cuenta que esta obligación está dirigida a ser realizada por los Estados al igual que los agentes que ejercen funciones públicas.

En ese sentido, una de las primeras aproximaciones respecto a su definición en la doctrina se da por Abramovich y Courtis (2014), quienes determinan que la obligación de respeto es “el deber de no injerir, obstaculizar o impedir el acceso a los bienes que constituyen a el objeto del derecho” (p. 29).

En concordancia con ello, los Estados deben quedarse únicamente contemplando que los derechos humanos sean ejercidos por las personas, con lo que se presupone que se tiene un contexto en donde estos puedan ser gozados sin ninguna interferencia. De

igual manera, es importante precisar que definen la dimensión negativa de dicha obligación, en cuanto se refiere a una obligación de no hacer.

Por otro lado, para Nash esta obligación “consiste en cumplir directamente con una norma establecida, ya sea absteniéndose de actuar o dando una prestación” (como se cita en Ferrer Mac-Gregor & Pelayo, 2017, p. 23).

Es decir, que se debe seguir al pie de la letra lo ordenado en la normativa a la que el Estado se ha obligado. Además, vale resaltar que lo prescrito en la norma puede contener obligaciones de no hacer o de hacer, las mismas que integran el ámbito negativo y positivo de dicha obligación.

Siguiendo dicha idea, Nash señala que el contenido que tiene la obligación de respeto, es decir, las reglas de conductas que se deben seguir, se encuentra definido a partir de la libertad o el derecho que debe ser observado (como se cita en Ferrer Mac-Gregor & Pelayo, 2017, p. 24). Por consiguiente, aquello que se debe respetar se encuentra establecido en cada derecho humano prescrito en la norma, muestra de ello es que la jurisprudencia emitida por la Corte IDH, en muchos casos, resuelve la vulneración de un derecho en relación con la obligación de respeto.

Respecto a ello, se debe realizar una precisión sobre el contenido establecido por la normativa, ya que esta es objeto de análisis constante por la Corte IDH cuando acontecen hechos que pueden ser calificados como atentados contra los derechos humanos.

En relación a ello, se tiene que el derecho humano se puede ampliar o expandir en el marco de las controversias que se presenten en la realidad en los países que son parte del SIDH, por lo que la obligación de respeto también sería objeto de repercusiones por ello. Teniendo en cuenta que el derecho a la salud tiene un carácter dinámico, se entiende que la obligación de respeto también tendría efecto respecto a las nuevas obligaciones positivas o negativas que establece la jurisprudencia.

A modo de conclusión, la obligación de respeto radica en observar lo que señala la normativa, así como la jurisprudencia interamericana, pues la Corte IDH con su función interpretativa de la CADH establece nuevos ámbitos del derecho humano que deben ser respetados por todos los Estados.

b. Obligación de garantía

La obligación de garantía también nace de la lectura del numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH. En ese sentido, la Corte IDH, en el caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, señala lo siguiente:

Esta obligación implica el deber de los Estados Partes de organizar todo el aparato gubernamental y, en general, todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de manera que sean capaces de asegurar jurídicamente el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Como consecuencia de esta obligación los Estados deben prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos reconocidos por la Convención y procurar, además, el restablecimiento, si es posible, del derecho conculcado y, en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, p. 35, párr. 166)

A partir de ello, se reconoce que los Estados deben de adecuar y organizar el aparato estatal, tomando su estructura, y transformándola en una que tenga la capacidad de asegurar el goce efectivo de los derechos humanos.

Cuando se habla de aparato estatal, se debe tener presente que el Estado está organizado de distintas maneras, ello depende de lo establecido en sus constituciones. Es así que, a modo de ejemplo, se examinará cómo se organiza el Estado peruano en el marco del ejercicio del poder público.

El Estado peruano está compuesto por los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial (principio de separación de poderes), por niveles de gobierno (Central, Regional y Local), organismos constitucionalmente autónomos³⁰, universidades y agentes que ejercen función pública. De ese modo, se observa que para que el Perú cumpla con la obligación de garantía, el primer paso a seguir sería el de organizar las instituciones que ejerzan el poder público, ello en aras de crear las condiciones necesarias para que los derechos humanos sean efectivos.

De igual forma, cuando se habla que la obligación de garantía asegura el pleno y libre ejercicio de los derechos humanos, se debe recalcar que estos son inherentes a las personas; por lo cual los derechos humanos son gozados de manera continua durante sus vidas, así como pueden ser ejercidos en cualquier momento. Es así que el Estado debe

³⁰Entre los cuales tenemos: Jurado Nacional de Elecciones (JNE), Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC), Oficina Nacional de Procesos Electorales (ONPE), Tribunal Constitucional (TC), Ministerio Público (MP), Junta Nacional de Justicia (JNJ), Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), Contraloría General de la República (CGR), Defensoría del Pueblo, Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (SBS)

actuar para prevenir que estos no dejen de ser ejercidas y, en caso de vulneración, realizar todas las acciones pertinentes para reparar el daño que se ha causado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1989).

En tal sentido, la obligación de garantía implica una obligación de hacer por parte del Estado, por la cual este debe realizar una serie de acciones precisas que coadyuven a asegurar que se sigan gozando de manera plena, así como de crear las condiciones necesarias para que estos puedan ser ejercidos sin ninguna interferencia por parte del Estado ni de terceros.

Según Gros Espiell, la obligación se orienta a que el Estado impida y utilice todas las herramientas racionalmente posibles para que no se logre llegar al supuesto de hecho de vulneración del derecho humano (como se cita en Ferrer Mac-Gregor & Pelayo, 2017, p. 28). Es así que la primera medida que se establece para la protección de los derechos humanos es la dación de un marco normativo nacional que tenga como objetivo la protección de estos.

Sin embargo, dicha obligación no se agota con la dación de un marco normativo, sino que, tal y como establece la Corte IDH, en la sentencia del Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, se necesita de una conducta gubernamental activa que se traduzca en medidas efectivas para garantizar el libre y pleno ejercicio del derecho (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, párr. 167).

De acuerdo con lo anterior, se puede ver que las medidas que pueden tomar los Estados para cumplir con la obligación son las de planificar políticas, realizar programas, además de prestar servicios; siendo estas algunas de las muchas que pueden ser ejecutadas.

Por otro lado, es necesario precisar lo que la Corte IDH (1990) al hablar de ellas señala, ya que todas las medidas deben de ser las necesarias para que se logre remover aquellos obstáculos que impidan que los individuos disfruten de los derechos humanos que se han reconocido en la CADH (p. 9, párr. 34). En vista de ello, se reconoce la existencia de trabas que dificultan que las personas ejerciten sus derechos de manera plena, estas se pueden dar por una serie de motivos como los religiosos, culturales o el mismo desconocimiento.

Además, se debe agregar que la Corte IDH, en el caso Gonzales y otras vs. México, ha expresado que el cumplimiento de la obligación de garantía enmarca el uso de diferentes medidas que se deben de construir en función a cada derecho individualizado, así como a las necesidades particulares de cada caso (Corte

Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 65, párr. 236). En ese aspecto, se observa que los Estados deben diseñar medidas específicas que tomen en cuenta el contexto en el cual se vulnera el derecho humano.

Por otro lado, en la sentencia del Caso Godínez Cruz vs. Honduras, se establece que para determinar si se ha cumplido con esta obligación, en principio, se debe analizar si la violación del derecho ha acontecido con el conocimiento del Estado, es decir si el Estado ha apoyado dicha vulneración o si ha tolerado la conducta del tercero que ha atentado contra el derecho humano; en esa misma línea, también se debe dilucidar si el Estado no ha realizado acciones de prevención, es decir no haber establecido medidas que obstaculicen el accionar del tercero (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1989, p. 33, párr. 183).

En ese orden de ideas, se debe retomar lo establecido en el Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, en donde la Corte IDH señala que la obligación de garantía impulsa a los Estados a realizar una serie de acciones que están dirigidos a que se prevenga, investigue, sancione, restablezca o se repare el atentado contra el derecho humano (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, p. 35, párr. 166). Además, se debe agregar que de dicho análisis nace la obligación de juzgamiento, la misma que será explicada durante el desarrollo de las obligaciones específicas de dicha obligación general.

Por otro lado, es preciso establecer que las obligaciones específicas que se derivan de la obligación de garantía actúan antes de que ocurra el acto violatorio, durante este y una vez acontecido dicho suceso.

En ese sentido, primero se abordará lo referente al primer escenario, el mismo que está relacionado con la obligación de prevención, en tanto la Corte IDH, en la sentencia Velásquez Rodríguez vs. Honduras, establece que esta:

Abarca todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que aseguren que las eventuales violaciones a los mismos sean efectivamente consideradas y tratadas como como un hecho ilícito que, como tal, es susceptible de acarrear sanciones para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar a las víctimas por sus consecuencias perjudiciales ... Es claro, a su vez, que la obligación de prevenir es de medio o comportamiento y no se demuestra su incumplimiento por el mero hecho de que un derecho sea violado. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, p. 36, párr. 175)

De ello se extrae que el Estado está obligado a tomar medidas en general que estén orientadas a la protección de los derechos humanos, así como otras que aseguren que las violaciones de estos no vuelvan a acontecer. Por otro lado, se debe tener en cuenta que las medidas pueden ser de todo tipo, no solamente aquellas de caracteres jurídico, político, administrativo y judicial antes señaladas, pues el objetivo es el aseguramiento del pleno goce y ejercicio de los derechos humanos, para lo cual no puede limitarse la actuación estatal.

Es así que cabe destacar que las medidas para prevenir no son una lista cerrada, sino que depende de la capacidad de creación del Estado en diseñar medidas efectivas para que los derechos humanos sean totalmente garantizados.

De esta forma, Ferrer Mac-Gregor y Pelayo (2017) establecen que lo primero que se tiene que hacer es asegurarse que la normativa internacional de protección de los derechos humanos también esté registrada en la normativa nacional de cada Estado, por lo cual debe realizarse una labor de adecuación del ordenamiento jurídico a los estándares internacionales de protección (p. 30). Ello se enmarca en una medida de carácter jurídico que influenciara cada aspecto interno del Estado, empezando por su organización.

Siguiendo ello, se puede establecer que la salvaguarda de los derechos humanos puede ser posible desde la adopción de medidas de promoción, las mismas que promuevan la existencia de estos, con lo cual las personas serán capaces de saber cuáles son los derechos con los que cuentan y puedan exigirlos al Estado. Con ello, se promoverá una cultura de conciencia de la existencia de los derechos humanos en la sociedad y, por lo tanto, su exigibilidad ante las instancias correspondientes.

En cuanto a que los Estados se aseguren de que no se llegue a una situación de vulneración, estos deben establecer políticas públicas, programas y medidas en general que ayuden a desaparecer los factores de riesgo que hacen que una persona sea susceptible de ser vulnerado.

Lo anterior se relaciona a que se debe brindar una protección especial a las personas que son más susceptibles de ser objeto de conductas u omisiones que vulneren sus derechos, pues están expuestas de manera latente a factores de riesgo (Ferrer Mac-Gregor & Pelayo, 2017, pp. 31-34). En tal sentido, se han identificado sectores de la población a las cuales se les debe brindar una protección especial como lo son los detenidos, las mujeres, los niños, las personas que se encuentran en situación de pobreza, los afrodescendientes u otros.

Al respecto, en la jurisprudencia, dicha protección especial, en casos como el de “Campo Algodonero”, puede denominarse obligación reforzada, en tanto la salvaguarda de dichos sectores de la población son también objeto de protección en otros tratados internacionales, tal es el caso de las mujeres³¹ (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 69, párr. 258). En consecuencia, hay obligaciones especiales o reforzadas frente a la población vulnerable.

A razón de prevenir que se vulneren los derechos humanos, también se debe plantear un sistema de reglas que aseguren que no se atente contra ellos. Es así que se debe fijar un sistema de reglas que generen que: (1) el tercero o el Estado que está en la posición de posiblemente vulnerar un derecho se disuada u omite dicha conducta, (2) la persona que se puede encontrar en posición de víctima de dicho acto sea consciente de que tiene un derecho que el Estado está en la obligación de proteger y, por último, (3) que la persona vulnerada tenga conocimiento de aquellas medidas que puede pedir para reparar el daño que ha sufrido.

Sobre el particular, se observa que la obligación de prevención también se relaciona con la predictibilidad, en cuanto se tiene que se sabe cuál será la reacción estatal ante una posible situación de vulneración; ello comporta que los agentes estatales y particulares adecuen sus conductas para no cometer el supuesto de hecho que vulnere el derecho humano.

Como resultado, la obligación de prevención busca evitar el escenario de vulneración; no obstante, en algunos casos, ello no es posible, pues si bien es cierto el Estado se encuentra en posición de garantizar los derechos humanos y prevenir que estos no sean vulnerados, este no es omnipotente, omnisciente y omnipresente, por lo cual no puede saber los actos que realizarán los terceros en aras de vulnerar los derechos humanos de las personas.

Por tal razón, en el marco del Caso Gonzales y otras vs. México, si se vulnera un derecho humano no significa que se ha incumplido con la obligación de prevención, en cuanto esta es una obligación de medios o comportamientos, cuyo incumplimiento no se demuestra solo con la vulneración del derecho (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 67, párr. 252).

En consecuencia, en el caso de la Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia, teniendo como punto de partida el análisis de un caso en concreto, se observa que para que el

³¹ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también llamada Convención Bélem do Pará

Estado no sea responsable de vulnerar la obligación de prevención se deben presentar dos condiciones. La primera es que el Estado, al ser consciente de la situación de riesgo real e inminente, haya sopesado y ejecutado todas las posibilidades razonables para evitar la situación de riesgo y con ello se logre prevenir dicho evento (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 100, párr. 123).

En cuanto a la segunda, esta abarca que la actuación realizada se enmarque en la debida diligencia con la que el Estado actúa para prevenir los actos vulneradores de derechos humanos; siendo esta analizada en el marco de las características de cada caso en concreto, para que así se verifique si el Estado incumplió o no con su obligación (Salmón, 2019, pp. 58-59).

Así pues, la obligación de prevenir abarca una serie de acciones tendientes a proteger los derechos humanos y tomar precauciones para que el supuesto de hecho contra este no aparezca. Por el contrario, si ello no es posible de evitar, se debe realizar un análisis de cada caso en particular para establecer si no se ha cumplido con la obligación de prevención.

De esa manera, en el escenario de vulneración, se observa que la obligación de garantía también produce sus efectos, pues dentro de ella se encuentra la obligación de investigación. En cuanto a ella, la Corte IDH, en el caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*, establece que “el Estado está ... obligado a investigar toda situación en la que se hayan violado los derechos humanos protegidos por la Convención” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, p. 37, párr. 176). En ese sentido, esta implica que los Estados realicen una serie de acciones cuyo objetivo es el esclarecimiento de los hechos que han derivado en la transgresión del derecho humano.

Dentro de la jurisprudencia, la obligación de investigar en casos graves de violaciones de derechos humanos toma una especial importancia, pues estas investigaciones también tienen como finalidad que las acciones que han tenido como consecuencia la vulneración del derecho humano no vuelva repetirse (Gutiérrez, 2014, p. 32).

A razón de ello, la Corte IDH, en el caso *Baldeón García vs. Perú*, expresa que, en dichos casos, las autoridades estatales “deben iniciar ex officio y sin dilación, una investigación seria, imparcial y efectiva, una vez que tengan conocimiento del hecho” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 30, párr. 92).

Respecto a lo señalado por la Corte IDH, se determina que no se necesita que las partes, cuyos derechos han sido vulnerados, realicen la denuncia correspondiente para

poder investigar los hechos, sino que, en dichos casos, la autoridad la empieza por iniciativa propia; teniendo en cuenta que ella no puede ser realizada por agentes que no tomen en serio la vulneración de los derechos humanos, además de encontrarse parcializados por sus conjeturas y no puedan elaborar una teoría del caso sin prejuicios.

De igual modo, en la sentencia del caso *Anzualdo Castro vs. Perú*, se determina que para que la investigación sea efectiva, ella está pre condicionada a que se dé un marco normativo que faculte a los agentes estatales a realizar todas las acciones necesarias para ello (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 24, párr. 66). De acuerdo con ello, se tiene que las reglas que se han establecido previamente en el marco de la obligación de prevención son utilizadas por el Estado para que dicha obligación pueda ser cumplida.

También se debe considerar la sentencia del caso *Zambrano Vélez y otros vs. Ecuador*, ya que ella señala que la investigación a realizarse no debe ser asumida como una mera formalidad cuyo resultado será infructuoso (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2007, p. 36, párr. 120); sino que el Estado debe agotar todos los medios posibles a su alcance para encontrar la verdad de los hechos que han acontecido.

Sin embargo, se debe precisar que la Corte IDH, en el caso *Acosta y otros vs. Nicaragua*, señala que “la obligación de investigar es una obligación de medio o comportamiento, por lo que no necesariamente es incumplida por el solo hecho de que la investigación no se produzca un resultado satisfactorio” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2017, p. 36, párr. 142).

En ese sentido, el cumplimiento de dicha obligación se realizará cuando los Estados lleven a cabo todas las actuaciones necesarias con la debida diligencia para hallar lo que realmente ha ocurrido; no obstante, en el caso que no se llegue a un resultado positivo, se deberá analizar si se el Estado ha agotado todas las medidas que tiene a su alcance. Entonces para el cumplimiento, se examinará el comportamiento estatal frente al caso en concreto.

Por otro lado, la investigación de los casos de vulneración de derechos humanos también se ha circunscrito como una medida de reparación, en tal sentido la investigación nunca deja de ser una obligación que no se cumpla, ya que si bien es cierto a nivel nacional no se ha realizado y por ello se ha vulnerado no solo el derecho sustantivo sino también otros derechos humanos; cuando se recurre al SIDH, los órganos de protección ordenan que la investigación se realice con la mayor celeridad posible.

Es así que, en algunos casos, se observa que dentro de las medidas que se disponen en las sentencias de la Corte IDH, como en el caso *Casierra Quiñonez y otros vs. Ecuador*, se encuentra realizar la investigación correspondiente, ella debe darse en un plazo razonable y con la debida diligencia, cuyo objetivo será determinar cuáles son las circunstancias que han derivado en la vulneración del derecho humano (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2022, p. 55). De este modo, se puede ver que desde el nivel supranacional se ordena al Estado cumplir con la obligación que no realizó en su oportunidad con ocasión de la vulneración del derecho humano.

En tal sentido, la investigación es una obligación estatal que se debe realizar para descubrir los hechos que han derivado al atentado contra los derechos humanos, sin embargo esta investigación se debe llevar de manera seria, imparcial y efectiva; lo último debe de estar determinado en el sentido de que el Estado haya realizado todas las conductas necesarias para el esclarecimiento de los hechos, sin perder de vista que la naturaleza de dicha obligación es una de comportamiento, por lo cual no puede imputarse responsabilidad internacional al Estado porque el resultado de la investigación no sea satisfactorio.

De igual forma, la Corte IDH, en el caso *Bámaca Velásquez vs. Guatemala*, señala que de no cumplirse con dicha obligación también se estaría vulnerando el derecho a la verdad, el mismo que se logra con el esclarecimiento de los hechos y el juzgamiento de las personas que son responsables de las graves vulneraciones de derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2000, p. 82, párr. 201).

En ese orden de ideas, Elizabeth Salmón (2019) sostiene que el juzgamiento tiene su origen en la obligación de garantía y en los artículos 25 y 8 de la CADH, pues la obligación de investigación conlleva, al fin y al cabo, a la determinación de responsabilidades (pp. 55-61). De esa manera, se tiene que se habla del juzgamiento en el contexto del derecho a la verdad en las graves violaciones de los derechos humanos, asimismo ella se fundamenta en los artículos antes señalados; no observándose como una obligación que se respalda únicamente del numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH.

Si bien es cierto que en la jurisprudencia no se ha señalado explícitamente que existe una obligación de juzgamiento únicamente dentro de la obligación de garantía, sino que se necesitaría la lectura integral de la CADH para afirmar ello; se debe tener presente que, para imponer sanciones a los responsables de las conductas atentatorias de los derechos humanos, se necesita de dicha labor, pues determinar responsabilidades e

imponer sanciones sin escuchar a las partes involucradas atentaría contra el propio objetivo del SIDH.

Por lo cual se observa que la obligación de juzgamiento es un paso a seguir para sancionar, por ello, en el presente trabajo se le considerara como una derivación de la obligación general de garantía.

Asimismo, se debe tener presente que la obligación de juzgamiento puede ser realizado por toda autoridad, ya sea administrativa, judicial, militar u otro, pues dichas autoridades dentro de las funciones o competencias que ejercen tienen la potestad de determinar si un hecho cometido por terceros o por el propio Estado constituye un atentado contra un derecho humano, por lo que determinan la responsabilidad correspondiente e imparten sanciones.

En consecuencia, no únicamente un juez podría señalar ello, en tanto, como se ha visto, se han creado diferentes foros de protección de los derechos humanos, siendo el juez el último en conocer un caso en concreto y emitir la sentencia correspondiente. Es decir, el mismo Estado ha reconocido y promocionado diferentes medios de tutela de derechos humanos, siendo ellas, en algunos casos, vías previas para la judicialización del caso.

Sobre la base de lo previamente planteado, la obligación de sancionar está referida a la obligación que tienen los Estados de imponer determinadas penas a las personas que han vulnerado los derechos humanos, con lo cual se estaría castigando su conducta.

La imposición de la sanción correspondiente debe de estar enmarcada en el respeto de todos los derechos humanos observados en la CADH como lo es el debido proceso. Andrés Pizarro y Fernando Méndez (2006) establecen que la sanción estaría garantizando que no exista impunidad, por lo que los Estados mediante ella la estarían combatiendo al no tolerar que no se investigue, sancione o juzgue un atentado contra los derechos antes señalados (pp. 16-20).

De igual modo, se debe tener en cuenta que existe una relación entre las obligaciones de sancionar e investigar, es así que se observan dos situaciones: (1) se investiga y existe un resultado satisfactorio que ha identificado a los infractores y (2) se investiga con la debida diligencia, pero no se logra encontrar a los responsables. En la primera situación, es posible que el Estado cumpla su obligación de sancionar, no obstante, en la segunda situación, ello no podría darse.

Al respecto, se tiene que, si en la primera situación no se sanciona, se estaría incumpliendo con la obligación que está a cargo del Estado, por el contrario, en la segunda

situación, no se estaría incumpliendo dicha obligación, pero para ello se tendrá que demostrar que hubo una debida diligencia respecto a la obligación de investigar y que dichos esfuerzos no han logrado un resultado positivo. En tal sentido, se tiene que la obligación de sancionar está íntimamente vinculada a que se haya realizado una investigación de acuerdo con los estándares internacionales.

Ya vulnerado el derecho humano, se busca poder restablecerlo, por lo tanto, la Corte IDH, en el caso *Velásquez Rodríguez vs. Honduras*, señala que los Estados tienen la obligación de hacerlo en la medida en que exista la posibilidad para ello (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1988, p. 35, párr. 166).

Así pues, en la sentencia del caso *Garrido y Baigorria vs. Argentina*, la Corte IDH establece lo siguiente:

Si una violación queda impune en un Estado de modo tal que a la víctima no se le restablezca, en cuanto sea posible, la plenitud de sus derechos, se desprende que se ha violado el deber de garantizar su libre y pleno ejercicio a las personas sujetas a su jurisdicción. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1998, p. 17, párr. 73)

De los párrafos anteriores se desprende que restablecer el derecho que ha sido violado puede ser o no cumplido por el Estado, en el sentido de que dicha obligación se hace efectiva cuando existan las posibilidades para ello; siendo que, en muchos casos, no se puede volver el derecho humano al estado anterior de la vulneración.

De esa manera, se puede observar que, en algunos casos, los derechos humanos tienen la capacidad de restablecerse, pues si se vulnerara, por ejemplo, el derecho a la salud por no permitir el acceso a los servicios médicos, el Estado puede ordenar que se acceda a ellos y con ello se restablecerá el derecho. No obstante, si se vulnera el derecho a la vida de una persona y la consecuencia de ello es la muerte de esta, el restablecimiento no podrá ser posible.

Así pues, entra a tallar la obligación de reparación; sobre ella, la Corte IDH, en el caso *Veliz Franco y otros vs. Guatemala*, establece que, ante la existencia de la violación de una obligación internacional, existe el deber de reparar adecuadamente el daño que esta ha producido (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2014).

En ese sentido, se tiene que es el Estado quien ha incumplido una obligación internacional, bien puede ser de respeto o de garantía; con lo cual se abre la puerta para el cumplimiento de la obligación de reparación del daño que se le ha causado a la persona.

No obstante, se debe distinguir dos escenarios: a nivel interno y a nivel internacional. En el primer escenario, se observa que dentro del territorio nacional ha acontecido un hecho atentatorio de un determinado derecho humano, con lo cual el Estado *per se* debe cumplir con su obligación de repararlo con los instrumentos que cuenta a la mano dentro de su normativa nacional. En el segundo escenario, se observa que, a nivel internacional, el Estado no ha cumplido con la obligación de reparación, por lo cual se recurre al SIDH para que se ordene el cumplimiento de su respectiva obligación.

En ambos escenarios, lo que se busca es la reparación integral del daño causado. Ferrer Mac-Gregor y Pelayo (2017) definen a la reparación integral como una plena restitución, de esa manera tomando el caso *Duque vs. Colombia*, establecen que dicha obligación está compuesta por (1) el pleno restablecimiento al estado anterior a la vulneración del derecho humano, (2) la reparación de las consecuencias que dicha vulneración produjo, así como (3) el pago de una indemnización que consiste en la compensación por los daños patrimonial, extrapatrimoniales y moral (p. 39).

En tal sentido, la vocación es reparar íntegramente todo el daño que se ha causado, ello se puede dar a instancia del propio Estado o desde la Corte IDH. No obstante, como previamente se ha desarrollado, existen derechos que una vez vulnerados, fácticamente no pueden ser restablecidos, por lo cual nos encontraríamos en una disyuntiva respecto a la denominación de reparación integral.

A razón de ello, con ocasión de la XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional, se realizó una serie de entrevistas³², cuya primera pregunta se basaba en cuestionar si la reparación era efectivamente integral.

Al respecto, Diego Valadés Ríos (comunicación personal, 24 de septiembre de 2022) señala que los Estados y el derecho no pueden hacerlo todo, por ende, lo que se persigue es la reparación integral que más se acerque al resarcimiento de la víctima.

Humberto Nogueira Alcalá (comunicación personal, 24 de septiembre de 2022) determina que existen derechos que no se pueden reparar de manera íntegra, pues una vez ejecutada una persona, no se puede devolver la vida que se ha arrebatado, no obstante, la reparación puede ir dirigida a la familia de dicha víctima, esta reparación se traduciría en indemnizaciones, apoyos psicológicos, apoyos médicos o educativos. Siguiendo la misma línea, Alberto Borea Odría (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) señala

³² a Alberto Borea Odría (Anexo 6), Francisco Eguiguren Praeli (Anexo 7), Alfredo Mauricio Vitolo (Anexo 8), Diego Valadés Ríos (Anexo 9), Humberto Nogueira Alcalá (Anexo 10) y Eliana Roca Serrano (Anexo 11)

que la reparación debe ir dirigida a volver al estado que más se acerque previo a la violación del derecho.

De esa manera, se tiene que se reconoce que la reparación no puede ser integral, ya que a veces no es posible restituir el derecho al estado anterior de la violación de este, así como a revertir las consecuencias de su vulneración, con lo cual se puede determinar que, si bien es cierto, ello es imposible fácticamente, en algunos casos, la obligación estatal de reparar se dirige al hecho de que la reparación se acerque al escenario más posible de antes de la violación del derecho humano. Es decir, los esfuerzos estatales se enfocarán en reparar el daño causado a las víctimas y familiares lo máximo posible, ello a través de medidas de reparación que pueden ser desde indemnizaciones hasta una serie de apoyos.

En cuanto a ello, Francisco Eguiguren Praeli (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) responde que la reparación en su integralidad no busca quedarse en un solo aspecto, por lo que se puede observar que existen otras maneras de reparar como el esclarecimiento de la verdad.

Además, Eliana Roca Serrano (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) destaca que la obligación de reparación va más allá de restituir el estado anterior, pues esta permite, en principio, visibilizar que un hecho violatorio del derecho humano acontece de manera recurrente, por lo cual se observa que la visibilidad del tema conlleva a tomar medidas de reparación que permitan que dichos hechos no vuelvan a ocurrir.

En tal sentido, la obligación de reparación no solo surte efectos en el caso en concreto sino también repercute en situaciones similares que se van presentando, pues entre dichas medidas se puede encontrar, por ejemplo, el establecimiento de una figura penal que sancione la conducta vulneradora.

Al respecto, la Corte IDH, en el caso *Gonzales y otras vs. México*, determina que, observando la discriminación estructural de una determinada población, existen reparaciones con vocaciones transformadora y correctiva, además refiere que las reparaciones no implican “ni enriquecimiento o empobrecimiento para las víctimas o familiares, y deben guardar relación directa con las violaciones declaradas” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 114, párr. 450).

En conclusión, respecto a la obligación de reparación, se debe señalar que el concepto de reparación integral está dirigido a que el Estado realice todas las actuaciones posibles que puedan alcanzar al estado anterior de la vulneración de los derechos humanos. En consecuencia, la integralidad no está dirigida al derecho vulnerado, sino a

que el Estado realice íntegramente todas las medidas posibles y requeridas para que la víctima o sus familiares puedan obtener justicia y, por lo menos, alcanzar el estado más próximo al ataque de su derecho.

Asimismo, se debe tener en cuenta lo establecido en la sentencia del caso *Gonzales y otras vs. México*, en donde se determina que dicha obligación específica surte efectos restitutivos, transformadores y correctivos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 114, párr. 450).

Recapitulando lo establecido por la obligación de garantía, se tiene que esta abarca obligaciones específicas de prevención, investigación, juzgamiento, sanción y restablecimiento. Cada una de ellas con sus características propias, pero con el objetivo de proteger el derecho humano desde antes de su vulneración, no obstante, en caso de que ello ocurra, se debe brindar todas las herramientas necesarias para que se repare el derecho vulnerado, es decir, que el Estado debe realizar todas las actuaciones posibles para que hecho vulnerador no quede impune y se pueda reparar a la víctima y/o a sus familiares.

c. Obligación de no discriminación

Se debe tener en cuenta que el numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH también consagra la obligación general de no discriminación, además de las obligaciones de garantía y respeto (Salmón, 2019, p. 62). En tal sentido, se tiene que la obligación de no discriminación es transversal a estas últimas obligaciones (Ferrer Mac-Gregor & Pelayo, 2017, pp. 45-49).

Al respecto, la Corte IDH, en su Opinión Consultiva OC-4/84, establece que dicho artículo es una norma de carácter general que se extiende a todo el articulado de la CADH, por lo que señala que todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto al ejercicio de los derechos humanos descritos en el tratado es incompatible con la normativa interamericana (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1986, p. 15, párr. 53).

Por lo tanto, cuando se hace referencia a la obligación de no discriminación, se habla de la obligación que tienen los Estados de no discriminar por motivos prohibidos el goce y ejercicio de un derecho que está garantizado en la CADH y que es promocionado por la obligación de garantía previamente descrita.

Se debe tener presente, respecto a los motivos prohibidos, que la Corte IDH, en la sentencia del caso *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, recuerda que los criterios que se encuentran en el numeral 1.1. del artículo 1 de la CADH no son una lista taxativa sino únicamente enunciativa (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 48, párr.

129). Asimismo, la misma Corte IDH, en la sentencia del caso Ramírez Escobar y otros vs. Guatemala, define la discriminación:

Como toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basen en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión o de otra índole, el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular menoscaba el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 88, párr. 269)

Al respecto, se observa que existen criterios que realizan una distinción para el ejercicio y goce efectivo de los derechos humanos, con lo cual se constituye una conducta estatal discriminatoria para las personas que ven menoscabados sus derechos humanos. Asimismo, se debe recalcar que los motivos son una lista abierta que se encuentran relacionada a alguna característica o cualidad que posee la persona.

Una problemática que se ha presentado y ha sido resuelta por la Corte IDH es la confusión existente entre la obligación de no discriminación relativa al numeral 1.1 del artículo previamente señalado y la descrita en el artículo 24 de la CADH.

En tal sentido, la Corte IDH, en la sentencia del caso Apitz Barbera y otros vs. Venezuela, determina que la diferencia en ambos artículos radica en que la primera hace referencia a que el Estado debe garantizar el goce y ejercicio de los derechos que se encuentran consagrados en la CADH, por lo cual los Estados deben omitir conductas que los menoscaben por algún motivo prohibido; no obstante, en el segundo artículo se habla de la igualdad ante la ley que deriva en la igual protección de la normativa de todas las personas que se encuentran en determinado territorio (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2008, p. 56, párr. 209).

Teniendo ello en cuenta, el Estado, a la hora de emitir una normativa, debe tener presente que esta debe surtir efectos para toda la población y no solo favorecer a un grupo selecto de ella, por lo cual se proscribire la existencia de normativa diferenciadora o con un tratamiento desigual, es así que se observa la prohibición de un tratamiento discriminatorio por origen legal (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2008, p. 56, párr. 209).

Por otro lado, es pertinente señalar lo establecido en la Opinión Consultiva OC-11/90 referente a que el numeral 1.1. del artículo 1 de la CADH precisa una serie de motivos que pueden instituirse como criterios de discriminación, los cuales fueron

tomados por el artículo 24 de la CADH para poder determinar la razón que derivó en la actuación discriminatoria (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1990, p. 7, párr. 22).

En cuanto al artículo 24, este no establece cuáles son los motivos de discriminación, únicamente determina que esta no debe encontrarse presente para la protección de la ley, por lo cual se tiene que se debe hacer una lectura integral de estos para establecer el motivo prohibido.

De los párrafos anteriores, se puede extraer que dicha obligación general considera que la discriminación no puede ser dirigida a los derechos que contempla la CADH, por lo que no se debe limitar el goce y ejercicio de estos, sin embargo, la no discriminación de la que habla el artículo 24 tiene como base que todas las personas son iguales ante la ley, por lo cual deben de gozar de igual protección. Por lo que la emisión de normativa interna debe darse en el marco de un análisis respecto a que esta no discrimine o favorezca a determinados grupos.

Ello también se encuentra plasmado en el pronunciamiento del caso Atala Riffo y niñas vs. Chile, en el cual la Corte IDH que señala que:

El artículo 24 de la Convención Americana prohíbe la discriminación de derecho o de hecho, no solo en cuanto a los derechos consagrados en dicho tratado, sino en lo que respecta a todas las leyes que apruebe el Estado y su aplicación. En otras palabras, si un Estado discrimina en el respeto o garantía de un derecho convencional, incumpliría la obligación establecida en el artículo 1.1 y el derecho sustantivo en cuestión. Si, por el contrario, la discriminación se refiere a una protección desigual de la ley interna o su aplicación, el derecho debe analizarse a la luz del artículo 24 de la Convención Americana. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012, p. 29, párr. 82)

En tal sentido, claramente, la Corte establece que el numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH se refiere a que no se debe discriminar en el ejercicio y goce de los derechos convencionales, mientras el artículo 24 del mismo tratado señala que dicha discriminación no debe estar plasmada en la normativa interna de cada país.

En consideración a lo anterior, en algunos casos, la normativa interna de protección de los derechos humanos es más amplia y favorecedora que el estándar internacional de protección, en ese sentido cuando se habla de que no debe haber discriminación en la normativa interna, se debe entender que aquellos aspectos por los

cuales se han ampliado la protección deben abarcar a todas las personas que se encuentran en determinado territorio y no solo favorecer a un grupo; sin consideraciones objetivas.

Asimismo y a manera de ejemplo respecto al artículo 24; tomando como referencia la Opinión Consultiva N° OC-11/90 de la Corte IDH; se describe una situación en la cual dentro de la normativa interna, el Estado señala que, para acceder a los recursos de protección de los derechos humanos, se necesita los servicios legales de un abogado, sin embargo, contratar a dicho profesional acarrea un gasto que una persona en extrema pobreza no puede solventar, por lo cual se le estaría negando la protección de la ley y el acceso a la justicia para hacer valer los derechos que la CADH y la normativa interna garantizan (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1990, pp. 5-11).

Por tanto, se observa un tratamiento diferenciado para aquellas personas que poseen recursos para contratar los servicios legales y aquellas que no lo tienen, pues únicamente las primeras podrán acceder al derecho, siendo que la posición económica de la persona se erige como una barrera del ejercicio del derecho humano (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 1990, pp. 5-11).

En conclusión, la obligación general de no discriminación que se encuentra contenida en el numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH tiene como objetivo que el goce y ejercicio de los derechos humanos sea ejercitado por todas las personas sin distinción alguna por parte del Estado.

d. Obligación de adoptar medidas

Terminado el desarrollo del numeral 1.1 del artículo 1 de la CADH, se desarrolla la obligación referente a la adopción de disposiciones por parte de los Estados partes de la CADH que se encuentra plasmada en el artículo 2 de la misma.

Al respecto, la Corte IDH, en la sentencia del caso Durand y Ugarte vs. Perú, señala que:

El deber general del artículo 2 de la Convención Americana implica la adopción de medidas en dos vertientes. Por una parte, la supresión de las normas y prácticas de cualquier naturaleza que entrañen la violación de las garantías previstas en la Convención. Por la otra, la expedición de normas y desarrollo de prácticas conducentes a la efectiva observancia de dichas garantías. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2000, p. 42, párr. 137)

De esa manera, se ve que la actuación estatal frente a dicha obligación es la de eliminar normas y prácticas contrarias a los derechos humanos y la creación de estas últimas con el objetivo de hacer efectivos los derechos establecidos en la CADH.

Asimismo, Ferrer Mac-Gregor y Pelayo (2017) señalan que el Estado en virtud de dicho artículo también debe evitar promulgar normativa que impida el goce y ejercicio de dichos derechos (p. 81). A ello se le debe agregar que se evite incentivar conductas o prácticas atentatorias.

Mientras Cecilia Medina (2005) refiere que las consecuencias surgidas de dicho artículo son: (1) desarrollar legislación de aquellos derechos que no tienen asidero legal y, por ende, no son operativos y (2) adoptar medidas que no sean únicamente legislativas para permitir el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos (p. 25).

Todo lo anterior se puede dividir en dos materias: (1) la normatividad y (2) las prácticas o conductas en general caracterizadas por ser medidas de cualquier índole. Ambas tienen como objetivo en común la efectividad del pleno goce y ejercicio de los derechos humanos. Con lo cual, el Estado cumple las tareas de evitar, crear y eliminar, pues lo que crea son normativas y prácticas que promuevan y protejan el objetivo en común y, a la vez, evitan y eliminan aquello que es contrario a dicho fin.

Por otro lado, es importante recalcar lo señalado por Ferrer Mac-Gregor y Pelayo (2017), ya que ambos afirman que los artículos 1 y 2 de la CADH se encuentran íntimamente relacionados (p. 75).

En tal sentido, cuando se menciona adoptar disposiciones de cualquier carácter para garantizar los derechos humanos, se observa que se enfatiza la función estatal de dictar medidas para la protección de estos. Por lo que la relación a la cual se refieren Ferrer Mac-Gregor y Pelayo (2017) se hace patente en que en la obligación de garantía existe un aspecto que determina que los Estados tienen la obligación de adoptar medidas que garanticen el ejercicio y goce de los derechos, además de que dichas medidas también se enfoquen en prevenir cualquier escenario de vulneración de estos (pp. 22-44).

Una problemática interesante es la relatada por Medina (2005), quien señala que en la doctrina existía una confusión respecto a la exigibilidad inmediata del artículo 1 de la CADH por lo establecido en el artículo 2 de dicho tratado (pp. 21- 26).

Para contextualizar ello, se debe empezar señalando que el artículo 2 presupone una actuación estatal, la misma que tomará tiempo en realizarse, ya que emitir disposiciones o medidas de cualquier carácter requiere de un análisis previo por parte de cada Estado según los procedimientos constitucionales preestablecidos.

Sin embargo, se tiene que lo establecido en el artículo 1 de la CADH debe ser cumplido desde el primer día en que dicho tratado internacional entra en vigor, siendo que el cumplimiento de este no se suspende por el hecho que no se emita normativa

interna que garantice el goce y ejercicio de dichos derechos en el ordenamiento jurídico nacional de cada Estado. Ante lo cual es correcto afirmar que la obligación de garantía y respeto del goce y ejercicio de los derechos humanos es inmediatamente exigible por las personas que se encuentran en los Estados partes de la CADH.

De esa manera, según señala Medina, la doctrina que interpreta que no sería aplicable la CADH hasta que se emita el cuadro normativo correspondiente sería errada pues, según Gros Espiell, el artículo 2 tiene como característica principal el ser complemento del artículo 1 de la CADH, además de tener como objetivo principal el de clarificar y precisar las obligaciones en el plano nacional (como se cita en Ferrer MacGregor & Pelayo, 2017, p. 76).

Al contrastar ambos articulados, se observa que las obligaciones contraídas en el artículo 1 no establecen un vehículo (o medio) por el cual pueden ser cumplidas, solo determinan que se comprometen a respetar y garantizar dichos derechos, con lo cual es recién la jurisprudencia de la Corte IDH que ha interpretado y ha establecido obligaciones específicas, tal y como se desarrollará en las siguientes páginas.

En tal sentido, cuando el artículo 2 establece medidas, enfatizando las legislativas, brinda un camino por donde se empieza a trazar de manera interna la protección de los derechos humanos. En definitiva, este sirve como guía para que la actuación estatal se dirija a protegerlos desde el nivel legislativo.

La problemática anterior es relevante, pues teniendo en consideración a la conclusión a la que se arribó en el desarrollo de la obligación de respeto, se debe tener presente que si bien la normativa interna de un Estado no garantiza determinado aspecto que ha sido reconocido en la jurisprudencia de la Corte IDH, ello no significa que no exista una exigibilidad inmediata y que se tenga que esperar a que internamente se reconozca y proteja dicho aspecto. Ello puede ser reclamado a través de la justiciabilidad, es decir a través del reclamo judicial interno, siendo que, si no funcionara, se puede exigir su cumplimiento a través de los mecanismos de protección que provee el SIDH.

Ahora bien, se podría afirmar que lo establecido en el artículo 1 subsume al artículo 2, pero a la vez se complementa su interpretación pues el último clarifica de manera particular cuáles podrían ser las medidas estatales a realizar.

1.5.2 Obligaciones específicas en el derecho a la salud

Las obligaciones específicas en materia de salud son una extracción de la obligación general de garantía, la misma que es complementada por la de adoptar disposiciones en general, tal y como previamente se ha venido desarrollando.

Teniendo ello en consideración, se debe precisar que dichas obligaciones nacieron para la protección de otros derechos sustantivos que no son el de la salud. Es así que estas emergieron en el marco de la interdependencia y la indivisibilidad que el derecho a la salud tiene en relación con los derechos civiles y políticos.

Por lo que se puede ver que los primeros casos para conocer la vulneración de los DESCAs, y específicamente el derecho a la salud, se argumentaron desde la óptica de dichos principios, con lo cual se abrió la puerta para reconocer obligaciones específicas en materia del derecho a la salud; apoyándose en otros derechos como el derecho a la integridad personal o a la vida.

A pesar de ello, con el devenir del tiempo y el constante desarrollo jurisprudencial de la Corte IDH, se ha redireccionado su enfoque señalando que ellas también derivan del derecho a la salud, por lo que se puede afirmar que dichas obligaciones específicas también se pueden construir desde la protección del derecho a la salud de manera autónoma en el marco del SIDH.

a. Obligación de regulación

Como se ha señalado, la obligación de regulación se construye desde la interdependencia e indivisibilidad, además se consolida desde el artículo 26 de la CADH. De esa manera, es el Estado, a través de la estructura correspondiente, quien debe realizar actuaciones tendientes a establecer una regulación que coadyuve a la protección del derecho a la salud.

Pero la interrogante que se eleva es la relativa a qué se entiende por regulación. Para absolverla, se puede recurrir a la Real Academia Española (s.f.) que establece que regular significa “determinar las reglas o normas a que debe ajustarse alguien o algo”.

En tal sentido, se observa que la regulación está íntimamente relacionada a la obligación general de garantía y, específicamente, a la obligación de disponer medidas, mayormente legislativas, para el goce y ejercicio de los derechos humanos. Dicho escenario nos recuerda que el desarrollo de estas obligaciones se ha dado, en términos generales, en las páginas precedentes, por lo que el objetivo del presente apartado será explicar las particularidades que contiene esta obligación al ser vinculada con el derecho a la salud.

Al respecto, la Corte IDH establece, en la sentencia sobre el caso Suarez Peralta vs. Ecuador, lo siguiente:

Los Estados deben establecer un marco normativo adecuado que regule la prestación de servicios de salud, estableciendo estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas, que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 39, párr. 132)

A través de dicho extracto jurisprudencial, se puede observar que el ordenamiento jurídico de cada Estado juega un papel primordial a la hora de cumplir con la obligación de regular, pues se establece que la dación de un marco normativo adecuado es un elemento fundamental para su cumplimiento. Todo ello con el objetivo de prevenir que se vulnere el derecho a la integridad personal, el mismo que tiene incidencia de manera directa con el derecho a la salud.

Siguiendo la misma línea argumentativa, la Corte IDH, en el caso Ximenes Lopes vs. Brasil, afirma que los Estados deben:

Crear un marco normativo adecuado para establecer los parámetros de tratamiento e internación a ser observados por las instituciones de atención de salud. [De tal manera que] los Estados tienen la obligación de consagrar y adoptar en su ordenamiento jurídico interno todas las medidas necesarias para que lo establecido en la Convención sea cumplido y puesto en práctica, y que tal legislación no se transforme en una mera formalidad, distanciada de la realidad. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 29, párr. 98)

Lo que se resalta de ambos extractos jurisprudenciales es la relevancia que se le consigna al marco normativo. Pero también salta a la palestra la siguiente pregunta: ¿Qué se regula? Pues según se puede ver, en la primera cita, lo que se regula son las prestaciones de servicios de salud y se las relaciona con las entidades prestadoras de servicios públicos y privadas; no obstante, en la segunda cita se señala que la regulación determina los parámetros del tratamiento e internación de dichas instituciones.

Para responder la pregunta planteada, se debe tener presente en todo momento que la regulación tiene como objetivo final la protección del derecho a la salud y sus derechos conexos; por lo que se debe brindar ejemplos de qué medios son utilizados por la persona para el mejoramiento, mantenimiento o el restablecimiento de su salud. Si bien los ejemplos que se narrarán son solo algunos de los muchos que pueden ser utilizados, se

debe tener en consideración que contextualizarlos nos ayudará a deducir, en términos generales, qué es lo que el Estado tiene la obligación de regular.

Es así que cuando a la persona le aqueja una dolencia, recurre a la información que tiene a la mano para determinar si es que ella puede ser algo común que necesite o no medicación. Si dentro de su análisis establece que necesita ayuda para poder recuperarse acude a una farmacia o a un hospital. Si acude a una farmacia, entonces le describirá sus síntomas a la farmacéutica y esta le aconsejará comprar determinada medicina. Por el contrario, si acude al hospital, el personal de salud la derivará a un médico especializado para que la revise y pueda establecer el tratamiento correspondiente a seguir para restablecer su salud.

En caso de que se quiera mejorar la salud, la persona necesita determinar qué aspectos desea mejorar de esta, ello determinando las áreas en la que su salud parece deficiente. En tal sentido, puede concertar una cita con un médico para que le sugiera realizar una serie de pruebas y con ellas a la vista poder dar las recomendaciones pertinentes para el mejoramiento de la salud.

A través de los ejemplos narrados, se puede observar que un común denominador es la asistencia médica, la misma que se traduce en servicios, pero ello no solo queda ahí, pues también se ha tenido en consideración los servicios de otros profesionales en salud que repercuten en restablecerla, mantenerla o mejorarla, con lo cual se puede deducir que el primer objeto a regular son los servicios que repercuten en la salud.

Sin embargo, el análisis también tiene que ir dirigido a cuáles son los medios con los cuales dichos servicios pueden ser posibles; pues, según se ha visto, para el restablecimiento o el mejoramiento de la salud se ha requerido de información, de infraestructura, de medicamentos o utensilios que coadyuven a la labor de los profesionales de salud.

En consecuencia, teniendo en consideración lo expuesto, se puede precisar que la regulación también está dirigida a los bienes, por lo que los objetos de regulación son los bienes y servicios que facilitan que el ser humano tenga el mayor nivel de salud posible.

El caso Suarez Peralta vs. Ecuador ha sido un gran aporte para la interpretación de la presente obligación, pues mediante dicho caso, la Corte IDH examinó cuál era el marco normativo con el que contaba Ecuador y determinó que dicho país contaba con un marco regulatorio que podía ser utilizado para determinar si los prestadores de servicios de salud, los establecimientos y las entidades encargadas de supervisarlas cumplían con

la labor correspondiente, por lo que el derecho a la salud estaba garantizado desde el enfoque normativo.

Contextualizando ello, se resalta: (1) el hecho de que el derecho a la salud se encuentra en la Constitución de Ecuador, la cual expresa que la formulación y la vigilancia de la política de salud esta en manos del Estado, además del control de las entidades del sector, (2) existe un código de la salud que daba a conocer de la existencia de una autoridad de salud que norma y establece los requisitos que deben cumplirse para poder operar un establecimiento de atención médica, así como dicha autoridad tiene que aprobar sus programas y sus reglamentos; siendo que también la autoridad ejerce competencias de inspección y evaluación periódica, (3) el código determina el registro y los requisitos que los profesionales deben de cumplir para poder prestar servicios de salud, por lo cual se da competencia a la autoridad de investigar y reprimir cualquier conducta que se reporte como un ejercicio ilegal para imponer la multa correspondiente sin perjuicio de la justicia ordinaria, (4) existe normativa que crea una persona jurídica que tiene como principales funciones el defender los derechos de los profesionales, pero también vigilar que estos últimos cumplan sus obligaciones respectivas, ya que en caso contrario se juzgará la conducta y se aplicará la sanción correspondiente, (5) se han emitido disposiciones que regulan los derechos que poseen los pacientes, además existe un organismo público que protege dichos derechos; y por último, (6) se establece garantías respecto al derecho a la salud y se prevé la formulación de políticas públicas cuyo objetivo es la prevención y atención integral de salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, pp. 40-42, párr. 136).

Para realizar el análisis respectivo, se debe tener presente que la Constitución de cada país es la norma fundamental que prescribe la organización estatal y establece los derechos fundamentales³³ que el Estado debe garantizar, todo ello dentro de sus partes orgánica y dogmática, respectivamente (Sardón, 2010, pp. 9-11).

Teniendo en consideración lo anterior, se puede empezar analizando la estructura general que la Corte IDH ha detectado para establecer que se ha cumplido con la obligación de regulación. Por lo que primero que todo se observa que la protección del derecho a la salud es a nivel constitucional, además del establecimiento de funciones

³³ Se debe precisar que a nivel internacional se denomina derechos humanos a los derechos políticos, civiles, económicos, sociales, culturales y ambientales. Una vez que estos entran a formar parte de las Constituciones nacionales de cada país, su denominación cambia a derechos fundamentales. Por tal motivo, se utilizará dichas denominaciones indistintamente.

asignadas al Estado respecto a la formulación, ejecución y seguimiento de políticas públicas en aras de la promoción y protección de esta.

Por tanto, las políticas públicas tienen un rol imprescindible, ya que son una serie de acciones o decisiones por parte de los Estados para resolver los problemas que tiene la sociedad (Subirats et al., 2008, pp. 35-41). Estas son operativas cuando se establecen una serie de instrumentos que coadyuvan a la protección de la salud, entre los cuales, según Rubén Gómez (2012), se encuentra la normativa, pues esta ayuda a que dichas políticas se materialicen (pp. 223-236).

No obstante, también se debe agregar que para que las políticas públicas respondan de manera eficaz a determinado problema público como puede ser la desnutrición infantil, también se deben implementar programas sociales, convenios interinstitucionales, solicitar financiamientos para poder costear dichos programas, además de otras medidas que las materialicen.

Como se ha desarrollado, es la Constitución la que señala que el Estado implementa las políticas públicas que diseña, con lo cual al ser dicha norma fundamental una expresión de la voluntad de la sociedad, es esta última la que le otorga dichas competencias; entonces es correcto afirmar que la Corte IDH determina como primer paso, al cumplimiento de la obligación de regulación para la protección del derecho a la salud, que este se debe encontrar en la Constitución y que otorgue funciones al Estado para que mediante su estructura coadyuve a su efectividad.

De tal forma que una vez que se le ha otorgado las competencias correspondientes al Estado, el segundo paso a seguir es regular las actividades que realizan los que brindan las prestaciones de salud, conjuntamente con los requisitos que se necesitan para ejercer, teniendo en consideración los elementos de calidad, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad; dichas características deben estar presentes en los bienes que se requieren para otorgar dichas prestaciones (cuando se habla de bienes también se hace referencia a los establecimientos de salud).

El tercer paso que se plantearía, una vez que se ha regulado el comportamiento de los prestadores de servicios de salud y las características que deben seguir los bienes, es el referente a la determinación de los comportamientos que son reprochables respecto a los prestadores de los servicios de salud, con lo cual se tendrán infracciones y las sanciones correspondientes. Dicho tratamiento también será realizado para los bienes.

El cuarto y último paso se relaciona con la creación de mecanismos internos de protección que serán activados por la persona que vea que su derecho a la salud está

siendo vulnerado. La Corte IDH, en la sentencia *Cuscul Pivaral vs. Guatemala*, establece que dentro de los mecanismos de protección se encuentran aquel que vigila el efectivo cumplimiento de la regulación establecida en los tres primeros pasos, esta es la obligación de supervisión y fiscalización (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 78, párr. 225).

Otro aspecto fundamental que se debe tener en cuenta a la hora de regular es que ello se enmarque en la claridad y coherencia correspondiente, pues la Corte IDH, en la sentencia del caso *I.V. vs. Bolivia*, establece que, de observarse normativa contradictoria, se constituirá una vulneración a la obligación internacional de derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016, p. 69, párr. 209).

En ese orden de ideas, se deben crear mecanismos que estén a cargo de entidades que verifiquen el cumplimiento de la regulación que se ha establecido, pues esta no puede quedarse únicamente en papel, sino que tiene que ser cumplida en la realidad y así puesta en prácticas; además, dichas entidades también deben tener la competencia de emitir nuevas directrices respecto a los bienes y servicios que se deben otorgar en virtud a la protección del derecho a la salud.

Con relación a ello, se debe tener presente lo establecido por la Corte IDH, en el caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, ya que señala que los Estados son responsables de regular de manera permanente la prestación de servicios de salud, además de la ejecución de los programas que ha creado el Estado para el logro de una prestación de salud de calidad (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 39, párr. 119).

En consecuencia, se puede interpretar que la regulación debe ser realizada de manera constante, ya que tiene carácter permanente; en ese sentido esta necesita estar a la par de las nuevas necesidades de la población y de la coyuntura nacional. De tal manera que la regulación se enmarca en las nuevas problemáticas que enfrenta el país.

Por lo tanto, cuando se habla de la pandemia acontecida por el COVID-19, el Estado ha tenido la obligación de establecer parámetros de actuación de los prestadores de servicios para poder brindar las atenciones y servicios de salud de acuerdo a los estándares internacionales del derecho a la salud.

Ello concuerda con el objetivo de la regulación, pues esta está dirigida a que se dé relevancia a determinadas situaciones o que se regulen las instituciones que ponen en prácticas determinadas actividades que favorezcan el desarrollo de los derechos humanos, así como ingresar a la normativa interna instituciones jurídicas que tienen como efecto principal servir de puente para que los derechos sean efectivos y exigibles (Abramovich

& Curtis, 2014, pp. 32-33). Por lo que, ante el contexto de la pandemia, surgió, de manera latente, la necesidad de ejercitar el derecho a la salud que poseen las personas a través de todos los mecanismos posibles que ha brindado el Estado.

A modo de conclusión, la obligación de regulación ayuda a determinar cuáles son las conductas esperadas por los prestadores de servicios de salud y las características que poseen los bienes utilizados para dicho servicio, en tanto crea una expectativa en la población de que va a recibir ya sea prestaciones de origen públicas o privadas. Por lo tanto, estará vigilante de que no se vulnere su derecho a la salud y activará los mecanismos pertinentes si se llegase a un escenario de vulneración.

Ahora bien, la población no es la única que debe estar vigilante, sino que el Estado tiene la obligación de supervisar y fiscalizar el cumplimiento efectivo de la regulación que se ha emitido para la protección del derecho a la salud.

b. Obligación de supervisión y fiscalización

Si bien es cierto, el Estado ha regulado en materia de salud, también tiene la obligación de supervisar que estos lineamientos se cumplan a cabalidad por los obligados a ello. Es así que para poner en práctica la regulación establecida se deben crear mecanismos internos para la vigilancia de su implementación, por lo que se observa que la Corte IDH, en la sentencia Suárez Peralta vs. Ecuador, señala que dichos mecanismos deben ser adecuados para que se pueda fiscalizar y supervisar todos los servicios y bienes que se dan para atender a la población en materia de salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 39, párr. 134).

Por lo cual, se presupone que, dentro de la obligación de regulación, el Estado ha delimitado las facultades que tienen las entidades en materia de supervisión y fiscalización de la realización del marco normativo que está pensado para la protección del derecho a la salud. Además, esta supervisión y fiscalización se debe realizar de manera permanente y constante.

Ello concuerda con las definiciones brindadas por Maria Paola Carbajal (2014) sobre la supervisión y la fiscalización, quien entiende que la supervisión es la capacidad que tiene la autoridad correspondiente para poder realizar una serie de acciones con el fin de verificar el cumplimiento o no de la normativa, además define a la fiscalización como la capacidad de investigar posibles hechos que podrían constituir un incumplimiento y con ello se determinaría la sanción correspondiente (p. 235).

Ante lo expuesto, se observan dos momentos: (1) la obligación de supervisión debe ser realizada previamente a la situación que genera la vulneración del derecho y en

todo momento para ver si se cumple con la normativa, y (2) la fiscalización se realiza una vez tomado conocimiento de algún hecho que puede ser atentatorio contra un derecho humano.

Por lo tanto, dentro de la estructura del Estado, se instituyen las entidades que se encuentran facultadas para cumplir con las obligaciones estatales de supervisar y fiscalizar, las cuales se orientan a determinar si se ha cumplido con la normativa referente a los establecimientos de salud y las prestaciones de los servicios, principalmente.

Al respecto de los establecimientos de salud, se debe tener presente que estos pueden ser privados o públicos. En el primer caso, es un tercero quien maneja el establecimiento, en el marco de la libertad de empresa que se le otorga en la Constitución de cada país. En el segundo caso, se observa que es el mismo Estado quien los administra. No obstante, en ambos casos, se tiene que existe una obligación de observar lo prescrito en la normativa interna respecto a las funciones y características con las que deben contar dichas infraestructuras.

Con lo cual es preciso señalar lo que la Corte IDH dijo, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, ya que esta determina que la supervisión y fiscalización está orientada no únicamente a los servicios públicos de salud, sino también a los privados pues si bien es cierto es un tercero quien brinda los servicios, el Estado es quien le ha delegado dicha facultad, con ello no le exime de la responsabilidad de seguir protegiendo la salud, en cuenta ella es un bien público; de esa manera se observa que el Estado aún mantiene la titularidad de la obligación de proveer dichos servicios públicos; a razón de ello se tiene que los Estados se erigen como responsables de supervisar y fiscalizar la ejecución debida de estos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 29, párr. 96).

Teniendo en consideración lo anterior, el Estado siempre será el responsable de la provisión de los servicios de salud de calidad, en tanto si son terceros quienes lo proveen como si lo provee el mismo, de manera que los terceros interfieran en la provisión de servicios de salud no significa que se desentienda de la obligación de supervisar y fiscalizar que se esté cumplimiento con los parámetros de protección de la salud.

De igual modo, la Corte IDH, en la sentencia del caso *Alban Cornejo y otros vs. Ecuador*, establece que la supervisión debe darse de manera constante (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2007, p. 35, párr. 121). Por tanto, los Estados tienen la obligación de observar si se cumple con la normativa que protege el derecho a la salud de manera continua.

La Corte IDH, en el caso Suarez Peralta vs. Ecuador, ejemplifica algunos escenarios que se buscan evitar con el cumplimiento de la obligación de supervisión y fiscalización, en tanto relaciona que no se debe brindar atención médica en instituciones que no tengan una habilitación otorgada por el Estado o que carezcan de la higiene adecuada para poder atender a los pacientes, así como que la infraestructura debe ser un eje primordial para que dicho servicio sea brindado en condiciones óptimas (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 45, párr. 149).

Por otro lado, en la misma sentencia, se señala que las prestaciones de salud deben de ser brindadas por personal capacitado para ello, es así que se señala que se debe supervisar que los profesionales cuenten con la debida cualificación para realizar las actividades que puedan incidir en la salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 45, párr. 149).

Asimismo, la Corte IDH establece, en el caso Gonzalez Lluy y otros vs. Ecuador, que existen ciertas actividades que comportan riesgos significativos para la salud de la población, por ende, estas deben ser reguladas (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2015, p. 51, párr. 178). De ese modo, ello conlleva a que se realice la supervisión y la fiscalización correspondiente a dichas actividades.

En tal sentido, la supervisión y la fiscalización son fundamentales para la obligación de regulación, pues regular o normar sin realizar el control correspondiente equivale a nada (Robles, 2013, pp. 44-45). Ello debido a que sin estas obligaciones no se contaría con mecanismos efectivos para saber si se está cumpliendo con la normativa o, si en caso de que se presenten hechos que pueden ser atentatorios al derecho a la salud, no se pueda iniciar la investigación correspondiente para verificar si se cumple o no con la protección de dicho derecho.

Es así que es preciso determinar que la obligación de regulación tiene como correlato la obligación de supervisión y fiscalización. Asimismo, ambas obligaciones pertenecen a la obligación de garantía que se ha desarrollado ampliamente; con lo cual, se ha observado que muchos Estados del SIDH han emitido normativa ampliamente proteccionista del derecho a la salud, no obstante, no han implementado mecanismos cuyo objetivo sea observar el efectivo cumplimiento de dicha normativa.

De ese modo, se tiene que, si bien han dado un marco regulatorio que tiene la capacidad de convertirse en efectivo y eficiente, ello no se puede lograr sin mecanismos de supervisión y fiscalización correspondientes, por lo cual, al no cumplir con estas

últimas, el Estado asumiría la responsabilidad internacional de no cumplir con la obligación de garantía del derecho a la salud.

c. Obligación general de protección a la salud

La construcción de una obligación general de protección del derecho a la salud se da a partir del caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, en donde, por primera vez, se señala lo siguiente:

El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 39, párr. 118)

De ello se puede extraer dos obligaciones específicas en cuanto a la protección del derecho a la salud: (1) El Estado está obligado a asegurar que todas las personas tengan acceso a los servicios médicos esenciales y (2) El Estado debe actuar en aras de que se mejoren las condiciones de salud; estas últimas se refieren a aquellas necesidades básicas de las personas para contar con una buena salud, tales como el agua, la vivienda y más.

En la primera obligación se puede observar el acceso a los servicios médicos esenciales; de modo que la esencialidad con la que se les dotan a los servicios de salud se enmarcaría en los efectos que se producirían si la población no accediese a estos, en tanto el acceso a los servicios de salud es imprescindible y necesario para que la población pueda gozar del más alto nivel de salud posible y realizar sus actividades diarias sin ningún problema. Asimismo, el acceso a los servicios de salud puede evitar la muerte de la persona o que se llegue a un estado de salud que no pueda ser reversible como una discapacidad.

Se debe tener en consideración que el acceso a los servicios de salud implica contar con los medicamentos que se necesitan para realizar el tratamiento correspondiente, así como tener la información pertinente para que la población pueda tomar la decisión más conveniente sobre su salud.

Al respecto, en la sentencia del caso *Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela*, la Corte IDH señala que la atención médica también abarca la dotación de medicamentos adecuados para tratar el problema de salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 48, párr. 102).

En relación con ello, se debe tener presente que el servicio de salud no es solamente ser revisado por un médico, sino también que se provea los medicamentos

necesarios para su restablecimiento. De esa manera, se puede afirmar que este abarca una serie de instrumentos necesarios para atender los problemas de salud que tiene la población y, por ende, puedan ejercer plenamente su derecho a la salud.

Asimismo, los Estados deben asegurarse de que la población acceda a la información referente a la enfermedad que tiene. Ante ello, la Corte IDH, en el caso I.V. vs. Bolivia, determina que los prestadores de salud deben de informar, al menos, sobre: (1) evaluación diagnóstica, (2) las implicaciones del tratamiento propuesto, es decir debe señalar el objetivo, método, duración estimada, así como beneficios, riesgos y efectos desfavorables de este, (3) otras alternativas de tratamiento especificando sus características como en el principal tratamiento propuesto, (4) consecuencias de los tratamientos y (5) opinión médica sobre lo que estima que ocurrirá antes, durante y después del tratamiento (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016, p. 60, párr. 189).

Así, se observa que la información que se debe proveer se basa principalmente en el análisis del estado de salud del paciente, los tratamientos recomendados, los posibles efectos de estos en la condición de salud, además de plantear los escenarios a los que se enfrentará desde el inicio de su tratamiento hasta después de este. Por lo que la información que debe brindarse le ayudará a tomar una decisión más acertada sobre su salud.

En tal sentido, la Corte IDH, en el mismo caso, ha establecido que el Estado está obligado, en materia de información en salud, a lo siguiente:

La existencia de una conexión entre la integridad física y psicológica con la autonomía personal y la libertad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo y salud exige, por un lado, que el Estado asegure y respete decisiones y elecciones hechas de forma libre y responsable y, por el otro, que se garantice el acceso a la información relevante para que las personas estén en condiciones de tomar decisiones informadas sobre el curso de acción respecto a su cuerpo y salud de acuerdo a su propio plan de existencia. En materia de salud, el suministro de información oportuna, completa, comprensible y fidedigna debe realizarse de oficio, debido a que esta es imprescindible para la toma de decisiones informadas en dicho aspecto. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016, pp. 46-47, párr. 155)

En consecuencia, respecto al derecho a la salud, se tiene que la Corte IDH establece que (1) el Estado debe respetar las decisiones que tomen las personas en el

marco de su libertad y (2) el Estado debe de garantizar que la persona haya accedido a la información correspondiente para poder tomar una decisión informada respecto a su salud. También es preciso establecer que la información es proporcionada de oficio por el personal de salud, es decir que se suministre la información de manera inmediata y sin que sea necesario que los pacientes lo soliciten.

En cuanto a las características de la información, se tiene que esta debe ser: (1) fidedigna, (2) oportuna, (3) completa y (4) comprensible. Cuando se habla de que la información debe ser fidedigna, significa que la información que el personal de salud difunde debe provenir de fuentes verídicas y confiables; asimismo, cuando se dice que la información es oportuna, se hace referencia al momento en el cual esta debe ser suministrada, de esa manera, las personas tienen un tiempo prudencial para analizarla y valorarla.

Ahora bien, respecto a que la información debe ser completa, ello se relaciona con dar la integridad o totalidad de la información, sin omitir datos que pueden ser relevantes para los pacientes a la hora de dar su consentimiento. La información debe ser comprensible para todas las personas que sean receptoras de esta, en tanto ella debe ser explicada en términos claros, precisos y sencillos; además de evitar llegar a tecnicismos que pueden confundir.

Por lo tanto, en el caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, se establece que la obligación estatal de asegurar el acceso a la información constituye un elemento primordial para la emisión del consentimiento informado, en tanto este último también debe ser previo, libre y pleno; además de formar parte del derecho a la salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, pp. 52-54, párrafos. 161-166).

Teniendo en cuenta lo expuesto, los servicios esenciales que deben brindarse a la población son las atenciones a la salud oportunas, las cuales conllevan a que se cuente con los instrumentos adecuados para el tratamiento y con la información relevante para poder proseguir con dicho tratamiento. En la sentencia *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala* se establece que dicha atención a la salud debe ser “oportuna y apropiada conforme a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 107).

Al respecto, se debe tener presente que dentro de la jurisprudencia de la Corte IDH se ha identificado que las prestaciones de salud se brindan por (1) el Estado a través de sus hospitales públicos y funcionarios y (2) terceros que pueden actuar por cuenta propia o por cuenta del Estado.

Por lo cual el Estado debe asegurarse que la población acceda a los servicios esenciales de salud, ya sea a través de los servicios estatales o privados de salud. Si la población decide acudir a un hospital público, entonces la atención que se le debe brindar debe estar enmarcada en los elementos de accesibilidad, calidad, aceptabilidad y disponibilidad.

Por el contrario, si la población recibe la atención médica correspondiente en algún hospital privado, el Estado tiene el deber de garantizar que dicho acceso se encuentra en el marco de los elementos antes señalados; dicha garantía se encuentra en las obligaciones de regulación, supervisión y fiscalización que se realiza a las instituciones de salud en general.

Asimismo, es preciso recordar que la Corte IDH, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, ha señalado que la finalidad última de las prestaciones de los servicios de salud siempre será la mejoría de la población (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 59, párr. 139). Por lo que los Estados deben enfocarse en supervisar que dichas prestaciones se presten conforme a los elementos previamente mencionados.

Por otro lado, respecto a la segunda obligación identificada referente al impulso que debe realizar el Estado para mejorar las condiciones de vida, se debe recordar que el Estado tiene el poder de diseñar, implementar y ejecutar políticas públicas que mejoren las condiciones de vidas de la población, pues estas afectan directamente a la salud de las personas en el marco de los principios de interdependencia e indivisibilidad.

1.5.3 Obligaciones a la luz del artículo 26 de la CADH

Se ha hablado del desarrollo jurisprudencial del artículo 26 de la CADH, atribuyéndose el ser fundamento de la exigibilidad jurídica de los DESCA ante el SIDH; por lo que, en el presente apartado, se tratará específicamente cuáles son las obligaciones que nacen a partir de dicho articulado. En tal sentido, el artículo 26 de la CADH establece que:

Los Estados Partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados. (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 26)

Es importante tener presente que los DESCAs como derechos autónomos aparecen producto de la interpretación integral que se realiza a la Carta de la OEA. Por lo tanto, ello no será materia de discusión en el presente apartado.

De ese modo, cuando se habla de providencias se refiere a medidas o disposiciones para alcanzar determinado resultado (Real Academia Española, s.f.); estas se dan a nivel nacional o mediante la cooperación internacional. En materia de DESCAs, se ha observado que existe una gran incidencia respecto a las medidas económicas y técnicas, en cuanto los recursos económicos y el conocimiento especializado respecto a su protección y garantía no existen o no se incentivan en muchos países partes del SIDH. Por lo que muchos de ellos no pueden lograr su plena efectividad, debido a que los recursos y conocimientos deben ir de la mano.

Por ello, los Estados recurren a la cooperación internacional, entendida como “todo tipo de actividades realizadas conjunta y coordinadamente por dos o más organizaciones internacionales cualquiera que sea su ámbito u objetivo” (Agencia Peruana de Cooperación Internacional, s.f.). Dicha cooperación también se puede dar entre dos o más Estados (Agencia de Cooperación Chilena para el Desarrollo, s.f.). Así pues, según el artículo 26 de la CADH, se destaca la cooperación internacional como un medio para lograr la efectividad de los DESCAs.

Asimismo, se hace hincapié en los recursos disponibles de los Estados del SIDH; sin embargo, se debe precisar que dichos recursos no se refieren únicamente a los recursos económicos con los que cuentan los Estados y que pueden verse reflejados en los presupuestos anuales, al contrario, recursos es un concepto amplio que abarca también la tecnología, los recursos humanos, infraestructura y demás que los Estados utilicen para cumplir con las funciones que les han sido asignadas.

A lo largo del desarrollo de la presente tesis, se ha tratado de direccionar hacia la frase acuñada por Stephen Holmes y Cass Sunstein (2011) referida a que los derechos humanos cuestan (p. 33), ya que garantizar cualquier derecho humano, especialmente los DESCAs, acarrea un gasto estatal, en tanto las obligaciones que poseen los Estados respecto a ella implican actuaciones estatales que se financian con recursos económicos, así como los demás recursos previamente señalados.

Siguiendo la misma línea, Salmón (2010) refiere que la disponibilidad de recursos a la que se hace mención se configura como una condicionante que resulta operativa cuando se adoptan medidas de cualquier tipo (p. 33).

Sin embargo, como señala Juan Gonzales (2011) los recursos estatales dentro de la región parte del SIDH son limitados, por lo que el Estado posee una capacidad finita para atender o proveer los servicios que se requieren para garantizar los derechos humanos (pp. 23-27).

Ante dicha problemática, en la sentencia Poblete Vilches y otros vs. Chile, la Corte IDH observa que a razón del artículo 26 de la CADH, se distinguen tres tipos de obligaciones: (1) adopción de medidas generales de carácter progresivo, (2) adopción de medidas de carácter inmediato y (3) obligación de no regresividad (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 33, párr. 104).

a. Adopción de medidas generales de manera progresiva

Al respecto, analizando la denominación de la primera obligación, se observa que se refiere a que los Estados van a adoptar medidas generales que se van emitiendo progresivamente.

En relación con ello, en el caso Poblete Vilches, la Corte IDH señala al respecto lo siguiente:

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 efectividad de los DESCAs, ello no debe interpretarse en el sentido que, durante su periodo de implementación, dichas obligaciones se priven de contenido específico, lo cual tampoco implica que los Estados puedan aplazar indefinidamente la adopción de medidas para hacer efectivos los derechos en cuestión, máxime luego de cuarenta años de la entrada en vigor del tratado interamericano. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 33, párr. 104)

Lo primero que se nota del precedente extracto jurisprudencial es que la inacción o pasividad estatal no puede ser concebida en un Estado parte de la CADH; es así que al no actuar o no realizar alguna acción que tenga como objetivo la protección y garantía de algún contenido del derecho a la salud se estaría incumpliendo desde el primer momento dicho tratado.

Atendiendo ello, las obligaciones referentes a los DESCAs y especialmente al derecho a la salud tienen contenido específico, con lo cual se constituyen obligaciones de cumplimiento inmediato, por lo cual no es necesario esperar a la implementación de medidas para que se efectivice algún ámbito del contenido del derecho a la salud. Entre

dicho contenido se puede observar la regulación, supervisión, fiscalización y el acceso a los servicios de salud.

Ahora bien, se debe precisar que toda acción debe realizarse de manera constante, con lo cual no se podría detener la implementación de determinada medida que garantice el derecho a la salud de la población. Asimismo, dicha medida debe ser concreta, es decir debe ir dirigida hacia determinado resultado querido para satisfacer alguna necesidad de salud de las personas; con lo cual ello no quiere decir que no existan efectos colaterales que favorezcan otros ámbitos del derecho a la salud u otros derechos humanos.

Siguiendo la misma línea argumentativa, la Corte IDH, en el caso *Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala*, establece que toda acción estatal siempre se encaminará hacia lo más beneficioso para el titular del derecho a la salud, por lo que siempre habrá una mejora en las condiciones del goce y ejercicio de los derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 54, párr. 145).

Todo lo anterior se enmarca en el principio de progresividad, entendida esta como “la obligación de los Estados de ir avanzando en la cobertura de los derechos sociales prestacionales, de manera incremental y sin posibilidad de derogar los ya alcanzados” (Poyanco, 2017, p. 338). Por lo que siempre se observará que la actividad por parte de los Estados será hacia el incremento del contenido del derecho a la salud, asimismo ello tendrá que cubrir a toda la población.

Teniendo en cuenta el caso anterior, la Corte IDH reconoce que el desarrollo de los DESCAs no puede ser logrado en un periodo breve de tiempo y, en tal sentido, se requiere de un dispositivo flexible que refleje el contexto real del mundo y las dificultades nacionales para lograr la plena efectividad, por lo tanto “existe flexibilidad en cuanto al plazo y modalidad de cumplimiento de sus obligaciones de progresividad” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 52, párr. 142). Con lo cual se da ciertas prerrogativas a los Estados para la implementación de medidas que coadyuven a la garantía del derecho a la salud.

Por otro lado, en la doctrina, se debe tener en cuenta lo establecido por Abramovich y Courtis (2014), quienes establecen que la progresividad comporta dos vertientes: (1) el reconocimiento de que la plena satisfacción de los derechos humanos supone cierta gradualidad y (2) la referente al progreso, en cuanto este consiste en la obligación del Estado de mejorar las condiciones de goce y ejercicio de los DESCAs (p. 93).

Es decir, existe una gradualidad en la implementación de los DESCAs; no obstante, en tanto va avanzando la efectividad, ello conlleva a que otros derechos se beneficien de dicho avance, en el marco de los principios de interdependencia e indivisibilidad. Dicha noción concuerda con lo establecido dentro del trabajo jurisprudencial de la Corte IDH, en cuanto se reconoce que la exigibilidad de dichas medidas dependerá del tiempo y los recursos con los que cuente determinado Estado para la protección del derecho a la salud.

De esa manera, la progresividad de las medidas está asociada a los recursos escasos con los que se cuenta, sin embargo, ello no priva de que existan mecanismos de exigibilidad por parte del SIDH para el cumplimiento de este tipo de obligación, en tanto la Corte IDH, en el caso *Acevedo Buendía y otros vs. Perú*, determina que los Estados han asumido mecanismos de protección como la rendición de cuentas o la exigibilidad jurídica (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 33, párr. 102); ello individualizando los casos y analizándolos.

Sin embargo, una interrogante que aparece es la relativa a qué ocurriría si el Estado sí cuenta con recursos y estos se encuentran plasmados dentro de su presupuesto, no obstante, no los ejecuten.

Al respecto, se debe tener presente que dichos recursos están destinados para la implementación de ciertas medidas o medidas específicas consensuadas que están acorde con la normativa nacional e internacional, las cuales proveerán de bienes y servicios de salud a la población. Por lo que la no ejecución de dicho presupuesto presupone que las medidas previamente planteadas no se implementen, lo que generaría que no se utilicen el máximo de los recursos disponibles del Estado, pues, como se ha visto, si se cuenta con los recursos disponibles.

Ello se consideraría una vulneración al artículo 26 de la CADH, ya que se observa la pasividad o negligencia estatal en implementar medidas planificadas que garanticen la plena efectividad del derecho a la salud, lo que constituye una vulneración del derecho de las personas que las requieran.

b. Adopción de medidas de carácter inmediato

Cuando se habla de la obligación de la adopción de medidas cuya característica principal es la inmediatez con la que el Estado debe implementarlas, se refieren a medidas que pueden ser exigibles a través de la Corte IDH.

Es decir, ante un escenario de vulneración, se solicita la reparación correspondiente ante los medios administrativos y judiciales nacionales brindados; y de no resultar una reparación integral, se solicita a la CIDH su conocimiento para que pueda

ser trasladado y resuelto por la Corte IDH. Así, en el caso Poblete Vilches vs. Chile, la Corte IDH señala:

Estas consisten en adoptar medidas eficaces, a fin de garantizar el acceso sin discriminación a las prestaciones reconocidas para cada derecho. Dichas medidas deben ser adecuadas, deliberadas y concretas en aras de la plena realización de tales derechos. En virtud de lo anterior, las obligaciones de respeto y garantía, así como de adopción de medidas de derecho interno ... resultan fundamentales para alcanzar su efectividad. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 33, párr. 104)

A través de la lectura de dicho párrafo, lo primero que se vislumbra es que no debe existir discriminación a la hora de otorgarse las prestaciones correspondientes del derecho a la salud, de modo que no se deben construir trabas producto de motivos prohibidos; con lo cual la población debe acceder a los servicios esenciales de salud, es decir, la persona tiene el derecho a acceder a la atención médica, medicamentos e información correspondiente.

Asimismo, se enfatiza que las obligaciones generales se deben llevar a cabo de manera inmediata, con lo cual también se recalca que las medidas deben de ser concertadas, es decir deben ser producto de un debate exhaustivo por las autoridades que ejercen funciones estatales, ello en el marco de la información pertinente.

Abramovich y Courtis (2014) concuerdan con lo establecido por la Corte IDH. Además agregan que dichas medidas de efecto inmediato se configuran en la adecuación de la normativa, la regulación, supervisión, fiscalización, así como la creación de recursos efectivos; en tal sentido, el Estado debe derogar la normativa contraria al SIDH, eliminar situaciones que pueden configurarse como discriminatorias, así como crear recursos judiciales efectivos que coadyuven a su protección y reparación al igual que ellos ayuden a la determinación de responsabilidades particulares y del Estado; todo ello operativizando la obligación de regulación y supervisión previamente analizada (pp. 79-82).

c. No regresividad

La Corte IDH, en la sentencia Vera Rojas y otros vs. Chile, afirma que la obligación de no regresividad se impone frente “a la realización de los derechos alcanzados”, siendo un correlato del principio de progresividad (Corte Interamericana de Derechos Humanos,

2021, p. 35, párr. 96). Ello nos lleva a preguntarnos qué se entiende por “derechos alcanzados”.

Al respecto, se debe precisar que dicho término hace referencia a las obligaciones positivas y negativas que son el contenido del derecho a la salud. De manera que se debe recurrir al artículo 29 de la CADH, pues a través de dicho artículo se precisa cuál es el contenido del derecho a la salud en el marco de la interpretación que se realiza con los dispositivos nacionales e internacionales de protección de los derechos humanos.

Por ende, es correcto afirmar que los derechos alcanzados son aquellas obligaciones positivas y negativas que son producto de una interpretación integral de la totalidad de la normativa internacional de protección de derechos humanos, así como del ordenamiento jurídico interno.

En cuando a su vulneración, ella podría ser demostrada cuando se observe que algún Estado limite el goce y ejercicio que el derecho a la salud ha alcanzado, sin justificar su accionar; pues de configurarse una acción regresiva por parte del Estado, en la sentencia del caso *Cuscul Pivaral vs. Chile*, la Corte IDH establece que ellas se deben encontrar justificadas por razones de suficiente peso (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 52, párr. 143).

De tal manera que las medidas regresivas pueden ser legítimas siempre que: (1) su aplicabilidad sea restrictiva y (2) se analice todas las alternativas posibles (Corte Interamericana de Derechos Humanos, s.f., p. 3).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que las competencias que tienen los Estados se encuentran plasmadas en normas, por lo cual las medidas que han ampliado el espectro de protección de algún derecho se materializan en normas jurídicas, así como costumbres que devienen en obligatorias, todo ello constituye la fuerza vinculante para su cumplimiento; en consecuencia, la medida regresiva debe tomar la misma forma.

De esa manera, las medidas regresivas conforman normas que reducen la protección del derecho a la salud y derogan de manera expresa o implícitamente los derechos que forman parte de él, por lo cual se estaría incumpliendo la normativa relativa a la protección de los derechos humanos del SIDH (Abramovich & Courtis, 2014, p. 94).

Siendo la implementación de medidas regresivas objeto de reclamo por parte de la población, se debe tener en consideración el caso *Acevedo Buendía y otros vs. Perú*, pues establece que existe la justiciabilidad respecto a ellas, con lo cual se determina responsabilidad internacional si un Estado reduce o elimina el contenido de algún derecho alcanzado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2009, p. 33, párr. 103). Teniendo

en cuenta que una vez que se ha protegido determinado contenido del derecho a la salud, existe una expectativa por parte de la población de que protejan y garanticen ello.

Es así que la vulneración de la obligación de no regresividad se ve plasmada en el caso Vera Rojas y otros vs. Chile, el mismo que trata sobre una niña, llamada Martina Vera Rojas, quien tiene el síndrome de leigh y accede a los servicios de salud a través de una aseguradora; es así que dentro del plan de seguro que tiene se encuentra el de recibir la prestación de salud en su domicilio, dicho plan está regulado por la Superintendencia de Salud (Chile), por lo que en el marco de su potestad reguladora, esta emite una norma que le quita dicho beneficio al señalar que se excluyen las enfermedades crónicas, sin precisar cuáles eran. Dicha omisión causa que la aseguradora catalogue al síndrome de leigh como una enfermedad crónica, por lo cual se le excluye a Martina del servicio de salud en su domicilio; advirtiendo ese panorama, la Corte IDH señala que la emisión de dicha normativa se trata de una medida que es deliberadamente regresiva, pues no se encuentra la justificación de suprimir dicho beneficio para personas que poseen enfermedades crónicas, además encuentra que la obligación de regulación no ha sido cumplida a cabalidad, pues se ha emitido una normativa que puede causar confusión al no detallar qué se entiende por enfermedad crónica (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2021, pp. 18-49, párrafos. 51-135).

1.5.4 Obligaciones reforzadas o especiales en relación al derecho a la salud

Continuamente se ha hecho referencia a la existencia de población vulnerable frente a la cual los Estados tienen obligaciones especiales por su posición de garantía o la existencia de factores que pueden ser pasibles a la existencia de situaciones de vulneración; por lo que se procederá a desarrollar cuáles son tales obligaciones que dentro de la jurisprudencia de la Corte IDH se han detectado; teniendo como principal característica una gran incidencia en la obligación de prevención.

a. Personas privadas de la libertad

La población privada de la libertad se considera vulnerable, debido a que son los centros penitenciarios los que son totalmente responsables de su salud. De esa manera, en el caso Vélez Loor vs. Panamá, se observa que el Estado es el garante directo de dicha población, pues se encuentran bajo la custodia estatal al ser este el responsable de los establecimientos de detención, por lo que al no poder el detenido satisfacer sus

necesidades de salud por su cuenta, necesitaría de su apoyo (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2010, p. 62, párr. 198).

Así pues, se puede observar que el acceso a la salud se da en el marco de las diligencias que realicen los funcionarios estatales para que los detenidos puedan acceder a las prestaciones de salud que requieran. Asimismo, en el caso *Tibi vs. Ecuador*, la Corte IDH ha establecido que:

El Estado tiene el deber de proporcionar a los detenidos revisión médica regular y atención y tratamiento adecuados cuando así se requiera. A su vez, el Estado debe permitir y facilitar que los detenidos sean atendidos por un facultativo elegido por ellos mismos o por quienes ejercen su representación o custodia legal. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2004, p. 75, párr. 156)

Teniendo ello en consideración, el Estado, al ser el primer responsable sobre la salud de la población privada de la libertad, tiene la obligación de hacer una revisión médica de manera regular y continua sobre el estado de salud de los detenidos, con lo cual no se debe esperar que algún detenido presente una enfermedad para poder ser atendido por los funcionarios de salud; sino que al realizarse la revisión periódica, el funcionario se puede percatar de la existencia de algún problema médico y con ello se previene su agravamiento mediante el tratamiento correspondiente.

Por otro lado, si el detenido presentase alguna enfermedad, este deberá recibir el tratamiento adecuado por parte del Estado, con lo cual la obligación estatal se expande hasta el hecho de proporcionarle el médico especializado en la enfermedad que lo aqueja.

Al respecto, en la sentencia del caso *Chinchilla Sandoval vs. Guatemala*, la Corte IDH establece que el tratamiento adecuado también implica la remisión del paciente a un servicio de salud especializado y acorde a las necesidades especiales de atención que la salud del detenido requiere (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016, p. 55, párr. 171).

Asimismo, en la misma sentencia, se observa que, si bien el detenido debe permanecer en el centro carcelario correspondiente, ello se da en el marco de que dicho centro pueda asegurar que cuenta con las unidades de atención adecuadas para brindarle un tratamiento especializado; dicho tratamiento implica no solo que el médico sea especializado, sino que se cuente con todo un personal calificado, infraestructura y equipo correspondientes que pueda ayudar al mejoramiento de la salud del paciente (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2016, p. 60, párr. 184).

Es así que el Estado debe tener siempre presente que sus centros penitenciarios necesitarán estar equipados con todos los bienes y servicios necesarios para la atención de la salud del detenido, pues son clave para que este pueda acceder a una atención de salud integral.

Es preciso señalar que no siempre los centros penitenciarios pueden proveer los bienes y servicios especializados, ya que no cuentan con el presupuesto para su implementación. No obstante, según el caso *Hernandez vs. Argentina*, ello no exime al Estado de proveerlos, por lo que se tiene la obligación estatal de trasladar a los detenidos a los centros de salud adecuados a sus necesidades de salud (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2019, p. 31, párr. 87).

En consecuencia, dicho traslado representa la posibilidad del mejoramiento de la salud del detenido, pues el Estado usa todos los recursos a su alcance para que se le pueda proporcionar la mejor atención posible acorde a sus necesidades.

Lo anterior también abarca la elección del facultativo, ello quiere decir que el detenido tiene la posibilidad de elegir quién será el médico que lo atenderá, sin embargo la Corte IDH ha establecido, en el Caso *Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela*, que ello no significa que el Estado se posicione como un agente cuya función es el cumplimiento de todos los deseos y preferencias del detenido respecto a su atención médica, sino con aquellas verdaderamente necesarias que se deriven de su condición de salud real (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 48, párr. 102).

De esa manera, se tiene que la atención que se debe brindar se determina en función a las necesidades de salud de cada detenido, asimismo siempre los servicios de atención médica que se deben prestar se darán de manera completa, adecuada y oportuna, tal y como lo establece la Corte IDH en la sentencia del caso *Vélez Loor vs. Panamá* (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2010, p. 72, párr. 223).

Si es que no se brindara la atención de salud correspondiente, el Estado estaría vulnerando lo establecido en la CADH, pues la Corte IDH, en el Caso *Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela*, ha afirmado que la falta de atención médica podría considerarse una vulneración a dicho tratado en el marco de un análisis de las circunstancias de las personas, las dolencias que estas padecen y los efectos acumulativos que han aparecido durante el tiempo en que no se ha brindado la atención correspondiente (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 48, párr. 103).

b. Comunidades indígenas

Por otro lado, respecto a las comunidades indígenas, la Corte IDH, en el caso Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay, señala que el derecho a la salud es vulnerado por su conexidad con el derecho de propiedad, ya que, al no poseer acceso a sus tierras ancestrales, no pueden obtener las hierbas que se necesitan para ejercer la medicina tradicional que previene y cura las enfermedades que tienen (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005, p. 90, párr. 168).

Por lo que se puede observar que la medicina tradicional se erige como única alternativa posible de tratamiento que se le puede brindar a las poblaciones indígenas, ya que no cuentan con una atención a la salud adecuada al no tener acceso físico y económico para ir a los centros de salud y costear la medicina que los puede ayudar a mejorar. En consecuencia, se puede observar que el Estado tiene la obligación de respetar el derecho a la propiedad, porque de no hacerlo quita a la población indígena la posibilidad de recibir la atención médica que el Estado no provee.

Siguiendo la misma línea argumentativa, la Corte IDH, dentro de las reparaciones, dispone que el Estado suministra a la comunidad una atención médica y medicinas de manera periódica para que se pueda conservar las condiciones de salud de las personas dentro de la comunidad (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005, p. 104, párr. 221).

Aunado a ello, en dicho caso, la Corte IDH, someramente, resalta que se deben tomar las medidas suficientes para garantizar la condición de salud de los niños, niñas, mujeres embarazadas, ancianos e integrantes que tengan una enfermedad previa, debido a que son los más vulnerables y no podrían ejercer plenamente sus derechos humanos (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005, p. 90, párr. 169).

Asimismo, la Corte IDH, en el caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, ha establecido que la población de la comunidad indígena debe recibir asistencia médica periódica y constante o un control adecuado de sus condiciones de salud, ello en aras de prevenir que contraigan alguna enfermedad cuya previsión por medidas estatales fuese posible (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2010, p. 60, párr. 231).

c. Personas con discapacidad

El Estado también debe ser consciente de las obligaciones que tiene con la población que sufre alguna discapacidad. Por ello, tomando en cuenta la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, la Corte IDH, en el caso Furlan y familiares vs. Argentina, señala que la

discapacidad es la deficiencia física, mental o sensorial que tiene alguna persona, ello lo limita en su capacidad de realizar actividades que son esenciales en la vida del ser humano, asimismo dicha deficiencia puede ser de naturaleza permanente o temporal (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2012, p. 45, párr. 132).

Una vez conceptualizado lo que se entiende por discapacidad, se debe precisar cuáles son las obligaciones del Estado frente a esta población. En tal sentido, en el caso *Ximenes Lopes vs. Brasil*, el Tribunal ha señalado que:

Los Estados tienen el deber de asegurar una prestación médica eficaz a las personas con discapacidad mental. La anterior obligación se traduce en el deber de asegurar el acceso a las personas a servicios de salud básicas; la promoción de la salud mental; la prestación de servicios de esa naturaleza que sean lo menos restrictivos posibles, y la prevención de las discapacidades mentales. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 56, párr. 128)

En principio, se debe observar que, si bien la Corte IDH habla sobre la discapacidad mental en dicho caso, lo establecido en ella también irradia en la discapacidad en general, por lo que dichas obligaciones también deben ser aplicadas para las discapacidades físicas.

De esa manera, se observa que el Estado tiene como obligaciones: (1) asegurar el acceso a una prestación médica eficaz de los servicios de salud básicos de tenerse alguna discapacidad y (2) prevenir que las personas adquieran alguna discapacidad evitable.

Respecto a la obligación de prevención de aquellas discapacidades que pueden ser evitadas, se tiene que esta se ahonda en el caso *Vera Rojas y otros vs. Chile*, en donde la Corte IDH dice que “los Estados deben proporcionar los servicios de salud necesarios para prevenir posibles discapacidades, así como prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2021, p. 38, párr. 101)

Un ejemplo claro de ello, se visualiza en el caso de los *Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) vs. Honduras*, pues se observa que la actividad de buceo de pesca submarina sin el equipamiento adecuado puede causar una serie de accidentes que pueden derivar en una discapacidad para la persona que lo realiza; por tanto, el Estado al ser consciente de ello debe actuar conforme a lo siguiente: (1) establecer obligaciones normativas para las empresas que contratan de manera informal a la población, (2) supervisar que dichas obligaciones sean cumplidas, y, en caso que ocurra un accidente (3) proveer de un servicio de salud que garantice que la persona evite llegar al escenario

de la discapacidad, pues ello puede ser evitado si se atiende oportunamente a la persona en una cámara hiperbárica (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2021, pp. 30-36, párrafos. 82-97).

Además, en la sentencia *Ximenes Lopes vs. Brasil*, la Corte IDH agrega que el Estado debe tratar de manera preferencial a la persona con discapacidad; adecuando su trato a la condición de la discapacidad que padece (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 31, párr. 109). Lo descrito por la Corte IDH obliga a los Estados a adecuar sus protocolos para la atención de salud de las personas con discapacidad, ya que el servicio que se le debe brindar debe de ser específico a las necesidades de la propia discapacidad que posee la persona.

d. Adultos mayores

Sobre los ancianos, la Corte IDH, en el caso *Comunidad Indígena Yakye Axa vs. Paraguay*, establece que “el Estado debe atender a los ancianos con enfermedades crónicas y en fase terminal, ahorrándoles sufrimientos evitables” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2005, p. 92, párr. 175).

Se tiene que existe una obligación estatal de brindar los servicios de salud a la población adulta mayor que sufre de enfermedades en el marco de evitarles sufrimientos prevenibles, por lo que el Estado debe asegurarse de no solo hacerlos acceder a la atención médica, sino también darles cuidados paliativos, por lo que es importante realizar acciones que mejoren las condiciones de salud de dicha población.

Asimismo, en el caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, la Corte IDH afirma que existe una obligación estatal de brindar a los adultos mayores “las prestaciones de salud que sean necesarias de manera eficiente y continua” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 45, párr. 132).

De ese modo, se tiene que los adultos mayores deben recibir prestaciones de salud que se enfoquen en hacer más llevadera la realización de actividades, pese a los problemas de salud que puedan tener propios de la edad, con lo cual disminuiría los efectos que estos causen en su vida.

e. Mujeres

En materia de salud, las mujeres poseen la capacidad biológica de gestar, por lo que se lleva a término un embarazo; ello dota a la mujer de una característica diferenciada respecto a los hombres, por la cual los Estados deben establecer medidas que se ajusten a

sus necesidades biológicas; de ahí que se ha identificado, dentro de la jurisprudencia interamericana, obligaciones específicas de los Estados respecto a dicha población.

Es así que en el caso Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, la Corte IDH establece:

Los estados deben brindar políticas de salud adecuadas que permitan ofrecer asistencia con personal entrenado adecuadamente para la atención de los nacimientos, políticas de prevención de la mortalidad materna a través de controles prenatales y post-parto adecuados, e instrumentos legales y administrativos en políticas de salud que permitan documentar adecuadamente los casos de mortalidad materna. Lo anterior, en razón a que las mujeres en estado de embarazo requieren medidas de especial protección. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, p. 60, párr. 233)

De lo anterior, se puede afirmar que existe un riesgo de salud para la mujer durante su estado de gestación, por tanto, los Estados deben proporcionar una atención en salud durante todo el proceso de gestación: antes, durante y después del alumbramiento.

Dicha obligación se cristaliza en brindar una atención de salud por personal calificado que analiza el proceso de formación del ser humano para poder verificar si existen escenarios de riesgos de la vida o salud de la mujer; de esa manera se prepara para afrontarlos durante el nacimiento, además se realiza los controles post natales correspondientes.

Sin embargo, pese a brindar dicho servicio de salud adecuado, existen casos en donde acontece la muerte de la mujer, por lo que los Estados deben documentar dichos casos para poder hacer un análisis crítico de cuáles son las causas de ello y así poder evitarlo en lo sucesivo.

En atención a ello, se tiene que la Corte IDH, en el caso Manuela y otros vs. El Salvador, ha destacado que “el derecho a la salud sexual y reproductiva es parte del derecho a la salud”, asegurando que dicho derecho se refiere al acceso a la atención de salud reproductiva (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2021, p. 57, párr. 192).

Al respecto, se debe precisar que el derecho a la salud sexual y reproductiva es un derecho que posee toda la población; no obstante, se observa que el derecho a la salud en materia reproductiva tiene más incidencia en las mujeres por su capacidad biológica única, ya que, si bien es cierto que los hombres también poseen dicha esfera del derecho a la salud, su capacidad reproductiva no conlleva riesgos para su vida o salud.

f. Personas con VIH

Por último, la Corte IDH ha tratado sobre los estándares sobre el derecho a la salud de las personas que viven con VIH. Se establece en el caso *Cuscul Pivaral vs. Guatemala* lo siguiente:

El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. *Al respecto la Corte ha retomado el criterio sobre el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como el VIH, tuberculosis y paludismo* [cursivas añadidas] es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el mismo sentido, el Tribunal ha considerado que los Estado deben adoptar medidas dirigidas a regular el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya prestaciones y servicios de prevención y atención de los casos de VIH. También ha señalado que los Estados deben de tomar medidas necesarias para asegurar a todas las personas el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información de prevención, tratamiento y apoyo de VIH, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa, paliativa del VIH, de las infecciones oportunistas y las enfermedades conexas. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 41, párr. 108)

Para entender los criterios que la Corte IDH ha establecido, se debe tener en consideración que se señala que el VIH se configura como una pandemia; lo cual no puede ser equivalente a la pandemia por el COVID-19, pero nos puede ayudar a establecer criterios generales que puedan ser utilizados para describirlo.

La Corte IDH ha identificado que, para dichas situaciones, se operativiza la obligación de regulación para que la población pueda acceder a los servicios, bienes, además de información necesarios para enfrentar dicha enfermedad endémica; siendo que la accesibilidad a los medicamentos oportunamente puede significar un cambio sustancial en el estado de salud de la persona, pues el administrar la medicación conlleva a que los efectos de la enfermedad no menoscaben más su salud y que el cuerpo pueda combatir cualquier otra enfermedad que se presente.

Lo anterior también sucede con la información que se debe brindar respecto a la enfermedad que se padece. Por tanto, el Estado debe asegurar que todo ello se brinde de manera idónea.

Lo que la Corte IDH plantea es la consolidación de la atención de salud desde un enfoque integral, ya que no solo busca el tratamiento de la enfermedad para la persona que lo padece, sino que busca que se implementen todos los medios necesarios para que se prevenga el contagio; además resalta la existencia de los cuidados paliativos, teniendo en cuenta que a pesar de los esfuerzos que realice, es consciente de que no puede curar dicha enfermedad, pues el conocimiento y la tecnología no han logrado un tratamiento definitivo; todo ello se enmarca en una respuesta eficaz “ que comprende una secuencia continua de prevención, tratamiento, atención y apoyo” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, pp. 41-42, párr. 110).

Al respecto, la Corte IDH, en la sentencia, determina lineamientos claves que los Estados deben tener en cuenta en contextos como la pandemia de VIH: (1) existencia de medicamentos suficientes para tratar el VIH y las enfermedades oportunistas que se presenten, (2) recibir atención constante por parte del personal médico y (3) los pacientes deben recibir una buena alimentación y apoyo social, así como atención familiar y domiciliaria, teniendo en cuenta las diferentes necesidades de las personas (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, pp. 42-43, párrafos. 110-112).

Sobre el acceso a los medicamentos, ello se asocia con la investigación constante que se realiza en los ámbitos científicos; siendo que producto de ello son las nuevas tecnologías que pueden ser utilizadas para prevenir, tratar y curar una determinada enfermedad. En ese sentido, la Corte IDH le da una mayor incidencia a la prevención de la transmisión de la enfermedad, de manera que podemos observar que dentro de dichas nuevas tecnologías se encuentra también la figura de las vacunas, pese que ello no ha sido posible de desarrollar en el marco del VIH (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 43, párr. 113).

Sin embargo, es importante precisar la existencia de las vacunas como una tecnología de prevención relevante en los contextos de pandemia, pues ellas ayudan a que la enfermedad pueda estar controlada y que no se presente el cuadro de la enfermedad o tal vez lo mitigue, dependiendo de las características que tiene cada enfermedad y la tecnología pertinente.

Asimismo, es fundamental recibir atención médica constante, pues a través de ella se puede realizar un monitoreo sobre el progreso del paciente y poder administrar el

tratamiento correspondiente para la etapa de la enfermedad o simplemente brindar cuidados paliativos.

Finalmente, la Corte IDH habla respecto a que el Estado no solo se debe preocupar sobre el aspecto médico, ya que dicha enfermedad también afecta su salud mental y requiere que su cuerpo se mantenga en un estado de bienestar proporcionando alimentación adecuada, apoyos sociales y más; ello depende del impacto que tiene el VIH en la vida de las personas que lo padecen, añadiendo las características particulares de cada caso (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 42, párr. 112).

Ello teniendo como punto de partida que el VIH se configura como un contexto de pandemia y que el COVID-19 también se cataloga de esa forma, diferenciándose en el impacto de ambas enfermedades. Se debe señalar que, en la primera, los Estados tienen vasta información respecto a las características, modos de contagio, métodos y cuidados que se debe prestar a la población que padece dicha enfermedad.

En contraste con el COVID-19, podemos observar que ningún Estado del mundo tuvo conocimiento de ello hasta que apareció, por lo que hay una inexistencia de información respecto a las características de dicha enfermedad. En dicho aspecto, para el cumplimiento de las obligaciones internacionales referente al derecho a la salud un componente indispensable es la información de la enfermedad; por lo que el Estado debe asegurarse de auto proveerse de información idónea y veraz.

1.6 Elementos del derecho a la salud

Durante el desarrollo de la jurisprudencia interamericana, se ha señalado que la infraestructura, los bienes y servicios de salud deben estar acorde a los principios o elementos del derecho a la salud: accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad. Dichos elementos deben de ir de la mano con las condiciones y características que posee cada Estado.

1.6.1 Calidad

El primer elemento que se describirá es la calidad; siendo que ella, en la sentencia *Ximenes Lopes vs. Brasil*, se constituye como el fin último de la regulación y fiscalización, ya que el Estado debe proveer de servicios públicos de calidad (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2006, p. 29, párr. 99). En la misma línea argumentativa, en la sentencia *Suarez Peralta vs. Ecuador*, la Corte IDH señala que el Estado debe establecer “estándares de calidad para las instituciones públicas y privadas,

que permita prevenir cualquier amenaza de vulneración a la integridad personal en dichas prestaciones” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2013, p. 39, párr. 132).

En tal sentido, el elemento de calidad se erige como necesario para la provisión de servicios de salud; siendo que la obligación estatal se encuentra en: (1) observar cuáles son los estándares de calidad adecuados en la provisión de servicios de salud tomando en cuenta las experiencias internacionales y la información sobre salud pública, (2) realizar la regulación correspondiente dentro de su jurisdicción y (3) supervisar y fiscalizar su cumplimiento.

Además, en la sentencia del caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, se observa que la calidad está dirigida a la infraestructura y personal calificado que satisface las necesidades básicas y urgentes sobre la salud de la población, teniendo en cuenta que estas son fundamentales para el soporte vital de la persona (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 121).

Asimismo, en el caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, se establece que los bienes y servicios brindados deben de “ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”, ello significa que los medicamentos, los hospitales y todas aquellos bienes y servicios que se provean contengan las características idóneas para poder restablecer la salud de la persona (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 106).

Por lo cual, se puede afirmar que para establecer que algún servicio es de calidad equivale a que este servicio de salud tiene las cualidades adecuadas, apropiadas, especializadas y necesarias desde el conocimiento científico y médico para que una determinada persona pueda mejorar su salud.

1.6.2 Accesibilidad

Cuando se menciona la accesibilidad, se habla del acceso de toda la población a los servicios de salud, ya que pueden existir trabas que nieguen o dificulten el acceso a dichos servicios. De ese modo, la Corte IDH, en la sentencia Poblete Vilches y otros vs. Chile, señala lo siguiente:

Respecto a la accesibilidad, los establecimientos, bienes y servicios de emergencias de salud deben ser accesibles a todas las personas. La accesibilidad entendida desde las dimensiones superpuestas de no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económico y acceso a la información. Proveyendo de esta

forma un sistema de salud inclusivo basado en derechos humanos. (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 121).

De lo anterior, se extrae que las trabas se configuran del hecho de que las personas no posean recursos para costear una intervención médica, siendo que la falta de recursos económicos también puede derivar a que no se pueda acceder a los servicios especializados de salud en la enfermedad que padece.

Desde mi perspectiva, la falta de recursos económicos se erige como la primera causa por la cual no se puede acceder a los servicios médicos, pues de tenerlos, las personas podrían acudir a los centros de salud privados y obtener el servicio de manera inmediata.

Por otro lado, en la sentencia *Cuscul Pivaral vs. Guatemala*, se señala que se entiende por accesibilidad física al hecho de que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 106). Es decir, que los hospitales o médicos calificados se encuentren cerca de la población que sufre alguna enfermedad, además de que se cuente con toda una infraestructura apropiada a sus necesidades; lo último se evidencia de manera más patente en el caso de personas con discapacidad.

En cuanto al acceso a la información, se debe tener en cuenta que el Estado debe procurar que toda la población cuente con la información pertinente a la enfermedad que padece para poder brindar un consentimiento del tratamiento a seguir.

Por último, la discriminación es un factor por el que, en muchos casos, no se puede acceder a los servicios de salud como han sido analizados previamente.

En consecuencia, el Estado debe cuidar que la accesibilidad se cumpla en materia del derecho a la salud, siendo su obligación más patente en el caso de poblaciones vulnerables, quienes se pueden encontrar en alguna de las siguientes situaciones: (1) no cuentan con recursos económico por encontrarse en extrema pobreza, (2) ser parte de una comunidad indígena que se encuentra a horas de los hospitales más cercanos, (3) ser paciente de COVID-19 y por ello no ser atendido, y (4) no saber leer ni escribir, por lo cual no se puede entender lo señalado en una receta médica. Dichas situaciones son algunas de las muchas existentes por las cuales se puede llegar a vulnerar el derecho a la salud al no contar con la accesibilidad de los servicios de salud.

1.6.3 Disponibilidad

Respecto a la disponibilidad, en el caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, la Corte IDH ha fijado que debe existir “número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como programas integrales de salud” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 121). Es decir, que el Estado brinde bienes y servicios de salud suficientes para satisfacer a toda la población de un determinado Estado. No obstante, como anteriormente se ha precisado: los recursos estatales son limitados. Por lo tanto, dicho elemento se refleja en el marco de los recursos estatales con los que cuentan los Estados.

1.6.4 Aceptabilidad

El último elemento para tratar es la aceptabilidad, en el cual, según la sentencia del caso *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, prima que “los servicios de salud deberán respetar la ética médica y los criterios culturalmente apropiados” (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 121).

En ese sentido, los Estados deben establecer una serie de criterios éticos en relación a la prestación de los servicios de salud. Asimismo, dichos servicios deben constituirse en el marco de las diferencias culturales existentes dentro de cada Estado. Por lo cual, este debe observar cuáles son las costumbres relacionadas con el cuidado de la salud de poblaciones que tienen sus propios tratamientos medicinales, además de sus creencias respecto a una serie de factores. Es así que se puede vislumbrar la compatibilidad que debe existir entre los derechos a la salud, a la cultura y hasta la propia identidad de la persona (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2018, p. 40, párr. 121).

Cabe mencionar, que lo anterior también se relaciona, según la sentencia *Poblete Vilches y otros vs. Chile*, con lo referente a la perspectiva del género y el ciclo de vida de las personas; este último entendida como las etapas en las que se transitan durante el desarrollo del ser humano.

Por lo tanto, la aceptabilidad consiste en que los servicios de salud se adecuen a las particulares circunstancias de cada paciente.

CAPÍTULO II: DERECHO A LA SALUD EN EL PERÚ

La noción de sistemas internacionales de protección de los derechos humanos surgió a la par de la toma de consciencia por parte de los Estados de una ampliación de los roles que ejercían, por lo cual se fue consolidando la idea de un Estado Social, razón por la que se establece que este ya no se instituía únicamente como protector de la libertad de la población, sino que también tenía un rol más activo, en cuanto dador de una serie de prestaciones cuyos contenidos y límites eran establecidos a discrecionalidad de ellos.

En ese mismo sentido, Ernst Wolfgang Böckenförde determina que la actuación estatal ya no solo se centra en la represión de los riesgos que pueden configurarse en el derecho a la libertad, sino que también su actuación se orienta hacia la asunción de un carácter preventivo que tiene como objetivo la defensa y promoción de los derechos que pueden ser afectados por los riesgos sociales existentes y que se encuentran vinculados con la calidad de vida de la población (como se cita en Blancas, 2011, p. 85).

De acuerdo con ello, se visualiza que los Estados tienen sobre sus hombros más responsabilidades respecto al efectivo ejercicio de todo el catálogo de los derechos humanos. Sin embargo, una interrogante que se debe expresar es: ¿Quién determina los derechos humanos y sus contenidos a proteger? Ello se debe preguntar para entender cómo entra a tallar el SIDH en la estructura estatal y cómo es que las obligaciones que se han descrito en el capítulo precedente son de carácter vinculante para el Perú.

Primero, se debe precisar que la Constitución Política del Perú establece que “la República del Perú es democrática, social, independiente y soberana” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 43). Por lo que el Perú es “garante del bienestar” general de la población (Tribunal Constitucional, 2005, Sentencia 0048-2004-PI/TC, párr. 15); teniendo presente que dicho bienestar involucra toda una gama de derechos que necesitan ser ejercidos.

Segundo, respecto al reconocimiento del derecho a la salud en nuestro Estado, este ocupa un pilar fundamental, pues impone obligaciones al Perú para poder impulsar las condiciones materiales de dicho derecho; debido a que la existencia y funcionamiento de los servicios de salud conlleva: (1) al mejoramiento de las condiciones de vida de las

personas y (2) que la prestación eficiente logre la tutela de la sus vidas e integridades (Tribunal Constitucional, 2008, Sentencia 05842-2006-PHC/TC, párr. 50).

Todo ello implica, como señala Magdiel Gonzales Ojeda (2004), que el Estado peruano otorgue una serie de prestaciones básicas a la nación, distribuyendo bienes y servicios cuya finalidad es lograr que el ser humano viva una vida digna (p. 151). Tales bienes y servicios se traducen en una serie de prestaciones que constituyen el contenido del derecho a la salud, como previamente se ha determinado.

No obstante, ante la soberanía de una nación, los Estados son quienes, desde el primer momento, determinan el contenido de los derechos en el marco de su potestad. Lo que ha generado que cada uno de ellos sea reticente al ampliar la gama de prestaciones que contiene determinado derecho, escudándose en que su realidad social y económica no puede permitir dicha actuación y con ello se contempla la existencia de riesgos para el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

Por tal motivo, se observa la necesidad de crear un sistema de protección de derechos humanos en donde todas las partes (Estados) se comprometan a cumplir todas las obligaciones en materia de derechos humanos en el marco de la región en donde se encuentran, en tanto dichos países conocen las realidades y posibilidades en las que viven. Además, como se ha visto, a lo largo de su existencia, el SIDH ha coadyuvado en la determinación de contenidos del derecho a la salud que ahora son objeto de protección.

2.1 Recepción de las obligaciones internacionales en el ordenamiento jurídico peruano

El Perú ha suscrito una serie de tratados³⁴ de derechos humanos, entre los cuales se encuentran aquellos que ayudan a la consolidación del SIDH a nivel regional y que han sido desarrollados en el primer capítulo.

En tal sentido, cuando el Estado peruano se introduce en un procedimiento para obligarse a un tratado internacional, se debe recurrir a lo prescrito en su Constitución, pues esta norma fundamental delimitará cuáles son los pasos a seguir y el tratamiento que se brindará a dichos documentos internacionales.

³⁴ En ese sentido, se tiene que el Perú ha suscrito: (1) La Carta de la OEA, (2) La DADDH, (3) La CADH, (4) El Protocolo de San Salvador, (5) Convención Interamericana para Prevenir u Sancionar la Tortura, (6) Convención Interamericana sobre Desaparición forzada de Personas, (7) Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de la mujer, (8) Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, (9) Convención Interamericana Contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia y (10) Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores

En virtud a ello, se tiene que los tratados que versen sobre materia de derechos humanos deben ser aprobados por el Congreso antes de su ratificación por parte del Presidente de la República (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 56). De ello se obtiene que primero es la aprobación por el Congreso y lo último es la ratificación por parte del mandatario. Asimismo, se debe tener presente que la ratificación es entendida como “el acto internacional ... por el cual un Estado hace constar en el ámbito internacional su consentimiento en obligarse a un tratado” (Convención de Viena, 1969, Artículo 1).

Por lo tanto, se deduce que no se brinda el consentimiento estatal para obligarse a cumplir las disposiciones de los tratados en materia de derechos humanos, si es que no se ha realizado la aprobación correspondiente por el Congreso de la República del Perú. Así pues, la exigibilidad en materia de derechos humanos por parte del SIDH no será efectiva si es que el Congreso no aprueba el tratado para que luego este sea objeto de ratificación. Después de ello, es el mismo tratado quien observa el mecanismo de ratificación correspondiente para que se dé su celebración.

Teniendo en cuenta lo anterior, se observa que la ratificación o adhesión, según corresponda, de la Carta de la OEA³⁵, CADH³⁶ y Protocolo de San Salvador³⁷ se realizó mediante el depósito de un instrumento de ratificación o de adhesión en la Secretaría General de la OEA. Por lo que una vez que el Perú depositó el instrumento de ratificación correspondiente; este ha declarado ante el ámbito internacional que se compromete a respetar las obligaciones contenidas dentro de dicha normativa internacional ahora vinculante.

Sin embargo, un aspecto importante a precisar es la recepción de los tratados de derechos humanos en el ordenamiento jurídico peruano, para ello se recurrirá al artículo 55 de la Constitución que establece que “los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 55). De ese modo, se deben reunir dos condiciones para que los tratados constituyan derecho nacional peruano: (1) la celebración y (2) la entrada en vigor.

Cuando se habla de derecho nacional, se tiene que la palabra derecho presenta diferentes acepciones, entre las cuales resaltan el hecho de ser “un conjunto de reglas obligatorias que garanticen la convivencia social gracias al establecimiento de límites a

³⁵ Artículo 139

³⁶ Artículo 74

³⁷ Artículo 21

la acción de sus miembros” (Reale, 1984, p. 19) o constituir una “norma o conjunto de normas vigentes” de un determinado Estado (Alzamora, 1964, p. 17).

Por lo tanto, se debe tener presente que, una vez que se reúnan las condiciones previamente descritas, los tratados formarán parte del conjunto de reglas instituidas por el Perú. Consiguientemente, los mecanismos de exigibilidad desarrollados en el primer capítulo supervisarán el efectivo cumplimiento de las obligaciones, a la par de emitir nuevos lineamientos que ayuden a ampliar el espectro de protección del derecho a la salud.

De esa manera, surte efectos la teoría de la recepción automática de la normativa internacional al plano nacional; siendo que ella precisa que “al entrar internacionalmente en vigor el tratado, el Estado queda automáticamente obligado, sin necesidad de ningún tipo de acto de incorporación al ordenamiento interno” (Novak & Salmón, 2000, p. 106).

Por ello, la aplicabilidad de los tratados del SIDH será inmediata por parte de los sujetos internacionales y la población, de manera que las obligaciones generales de garantía, respeto y no discriminación, así como las específicas (regulación, supervisión y fiscalización, protección del derecho a la salud y no regresividad) serán oponible al Perú.

Un aspecto que debe ser aclarado es cuál es la jerarquía que tendrían los tratados internacionales en materia de derechos humanos dentro del ordenamiento jurídico interno, en tanto la estructura legislativa estatal es compleja, ordenándose en el marco de planos legislativos³⁸ (Rubio, 2015, pp. 119-120). Los mismos que tienen jerarquía constitucional, legal e infralegal. Toda vez que la Constitución Política del Perú ostenta rango constitucional y aquellas normas de rango de ley se presentan de la siguiente manera: las leyes, decretos legislativos, los decretos de urgencia, ordenanzas municipales o regionales y resoluciones legislativas³⁹ y Reglamento del Congreso⁴⁰.

La disyuntiva relativa a la jerarquía de los tratados internacionales fue resuelta en la Constitución de 1979, en donde se prescribía que “los preceptos contenidos en los

³⁸ Marcial Rubio señala que existen tres planos legislativos: (1) el plano del gobierno nacional en donde puedes encontrar a la Constitución y las normas con rango de ley como las leyes, decretos de urgencia, decretos legislativos, decretos leyes, reglamentos, decretos supremos y resoluciones , además de los tratados; (2) plano legislativo regional en donde se emiten ordenanzas regionales y decretos regionales; y, por último (3) plano legislativo local en donde se sitúan las ordenanzas municipales y decretos de alcaldía (Rubio, 2015, pp. 119- 156)

³⁹ El Tribunal Constitucional señala que ellas tienen rango legal porque la Constitución y el Reglamento del Congreso en sus artículos 102 y 4, respectivamente, le atribuyen dicho rango de manera implícita (Tribunal Constitucional, 2006, Sentencia 047-2004-AI/TC, párr. 17)

⁴⁰ El artículo 94 de la Constitución Política del Perú establece que el Congreso de la República elabora y aprueba su reglamento y que este tiene fuerza de ley (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 94).

tratados relativos a derechos humanos tienen jerarquía constitucional” (Asamblea Constituyente, 1979, Art. 105). Sin embargo, dicho artículo no se trasladó a la Constitución de 1993, por lo cual se generó una confusión respecto al tratamiento de los tratados de derechos humanos⁴¹.

En consonancia con ello, al no especificarse su orden jerárquico, el Tribunal Constitucional (TC) ha establecido, de manera expresa, dentro de su jurisprudencia que los tratados de derechos humanos tienen rango constitucional (Tribunal Constitucional, 2006, Sentencia 047-2004-AI/TC, párr. 61). De modo que, siguiendo dicho precepto, se fijó lo siguiente: “los tratados internacionales sobre derechos humanos no solo conforman nuestro ordenamiento jurídico, sino que, además, detentan rango constitucional” (Tribunal Constitucional, Sentencia 0025-2005-PI/TC, 2006, párr. 26).

Por otro lado, es conveniente tener presente que en el marco del SIDH, la Corte IDH emite una serie de sentencias que deben ser de observancia obligatoria para el Perú, es así que el TC determina que:

... al Tribunal Constitucional ... no le queda más que ratificar su reiterada doctrina, imprescindible para garantizar los derechos fundamentales, bien se trate de procesos jurisdiccionales, administrativos o políticos: que las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos son vinculantes para todos los poderes públicos y que esta vinculatoriedad no se agota en su parte resolutive, sino que se extiende a la ratio decidendi, incluso en aquellos casos en los que el Estado peruano no haya sido parte en el proceso. (Tribunal Constitucional, Sentencia 007-2007-PI/TC, 2007, párr. 36)

Ello quiere decir que toda la estructura estatal peruana tiene la obligación de observar las sentencias emitidas por la Corte IDH, pues estas se erigen como pautas o lineamientos obligatorios que todos los organismos del estado peruano deben tener en cuenta a la hora de ejercer sus competencias, para que así no se incurra en un escenario de vulneración de los derechos humanos.

Ahondando en lo que se ha señalado hasta el momento, se ha de notar que lo establecido a nivel regional (por los tratados interamericanos) y local (por la Constitución) conforman dos normativas que pueden ser distintas entre sí. Dicha situación puede configurar un conflicto respecto a la aplicabilidad de la normativa referente a

⁴¹ Se debe distinguir que los tratados internacionales regulan los derechos humanos, así como otras materias. Por ello, se observa que los tratados en general, según el numeral 4 del artículo 200 de la Constitución, tienen rango de ley (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 200).

derechos fundamentales, de manera que se pueda llegar a preferir una sobre otra, sin tener en cuenta que ambas tienen rango constitucional.

En ese sentido, lo que se ha establecido en el marco de la doctrina y a nivel normativo es que la normativa aplicable, en el caso de existir conflicto entre ellas, es aquella que es más favorable para la persona. De modo que los Estados deben cumplir la obligación de realizar todas las medidas a su alcance para hacer efectivo el pleno ejercicio de los derechos humanos.

Además, se debe agregar que ello se identifica con el principio *pro homine* que impone que los organismos estatales no deben asumir la interpretación más restrictiva de la lectura de los derechos humanos, sino que se debe optar por aquella que coadyuve al más pleno ejercicio del derecho invocado (Tribunal Constitucional, Sentencia 0075-2004-AA/TC, 2004, párr. 6).

Al respecto, en el Nuevo Código Procesal Constitucional se ha establecido, en su artículo VIII del Título Preliminar, lo siguiente:

El contenido y alcances de los derechos constitucionales protegidos por los procesos regulados en el presente código deben interpretarse de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados sobre derechos humanos, así como las decisiones adoptadas por los tribunales internacionales sobre derechos humanos constituidos según tratado de los que el Perú es parte.

En caso de incompatibilidad entre una norma convencional y una constitucional, los jueces preferirán la norma que más favorezca a la persona y sus derechos humanos. (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo VIII)

Teniendo en cuenta dicho artículo, es correcto afirmar que todos los organismos estatales deben de observar obligatoriamente el contenido de los derechos humanos que se encuentran en: (1) los tratados internacionales, (2) las decisiones de tribunales internacionales y nacionales, además (3) de la normativa local que los regula.

Sin embargo, en caso de incompatibilidad, aparece el principio *pro homine* en el ordenamiento jurídico interno, tal como lo señala el Nuevo Código Procesal Constitucional; constituyéndose como criterio de interpretación que deben seguir los operadores de justicia cuando se encuentran ante un conflicto entre el tratado internacional internalizado y la normativa constitucional, de modo que se utiliza la normativa más amplia o la interpretación más extensiva del derecho humano. Con lo cual, indiscutiblemente, se ha otorgado una mayor protección a la persona.

A nivel interamericano, también dicho principio coadyuva a la labor interpretativa de los organismos supervisores de las obligaciones estatales, es así que se tiene que ello concuerda con el control de convencionalidad⁴², mecanismo que nace como herramienta de protección de los derechos humanos y su contenido dentro del SIDH; cuyo objetivo es, según Néstor Pedro Sagües (2022), tutelar “la plena eficacia del sistema interamericano de derechos humanos frente a normas, prácticas, interpretaciones, conductas u omisiones de índole local (nacional, provincial, municipal, etc.) que puedan obstaculizarlo” (p. 495).

Puede que de la lectura del párrafo anterior, se entienda en un primer momento que la normativa interamericana supuestamente se erige como superior ante la normativa interna; no obstante, se debe recordar que la primera contiene el artículo 29 de la CADH, la misma que establece que no se limitará los derechos humanos y los contenidos que se han reconocido internamente, siendo que la interpretación a la que el SIDH se quiere direccionar es aquella que es más favorable para el ser humano, no prefiriéndose una sobre otra.

Por lo tanto, el control de convencionalidad se desarrolla conjuntamente con el principio *pro homine*, comprendiendo que se debe aplicar aquella interpretación que dote de más contenido favorable al derecho a la salud, pues, en algunos casos, la normativa interna ha expandido más el ámbito de protección o, viceversa, lo ha hecho el SIDH.

Dicho hecho conlleva a que se dé una interpretación conforme a través de la cual el contenido de una norma pueda ser modificado (agregándole, restándole o sustituyendo) hasta orientarse a la más favorable para la persona (Sagües, 2022, pp. 503-505).

Por tanto, como bien se ha visto, el contenido del derecho humano se configura a partir de la interpretación más extensiva que se realice al ordenamiento jurídico interno, pues de no hacerse ello se estaría limitando el ejercicio del derecho a la salud, ya que decidir aplicar una sobre otra constituirá dejar de lado alguna bondad que probablemente se encuentre en el SIDH o en el plano nacional.

A pesar de ello, la interpretación que se realiza en el marco del principio *pro homine* no significa que exista una protección ilimitada del derecho a la salud, pues según Adriana Alejandra Melgar Rimachi (2015), este se instaura como “un criterio hermenéutico de máximo disfrute del derecho de acuerdo al ajustamiento interno y

⁴² Este será aplicado por las autoridades correspondientes “en el marco de sus respectivas competencias y de las regulaciones procesales correspondientes”, según el caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México (Corte Interamericana de Derechos Humanos, 2010, p. 86, párr. 225).

formalmente protegido” (p. 166). Entendiéndose que la interpretación también aterrizará en las condiciones sociales y económicas que posee un país como el Perú; dichas condiciones se encuentran dentro del ordenamiento interno y de las políticas públicas que el Estado peruano tiene.

2.2 Constitucionalización del derecho a la salud

2.2.1 Derecho a la salud en la Constitución Política del Perú

Ahora bien, una vez afrontado el desafío de determinar cómo es que el derecho internacional de derechos humanos se integra al derecho nacional peruano, se debe analizar qué es lo que dice nuestra Carta Magna respecto al derecho a la salud, siempre teniendo en cuenta que dicho documento normativo constituye la norma fundamental que ordena la estructura estatal, define las obligaciones que tiene el Estado, además de establecer cuáles son los derechos y obligaciones que posee todo ser humano.

En tal sentido, la Constitución Política de Perú establece que “todos tienen derecho a la protección de su salud ... así como el deber de contribuir a su promoción y defensa” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 7). A través de dicho articulado, se puede ver que la salud de todas las personas, sin distinción, es objeto de protección, por lo cual todas ellas poseen la titularidad del derecho a la salud que puede ser ejercida en cualquier momento.

Sin embargo, la norma también establece que, así como existe un derecho, correlativamente, existe un deber por parte de la población de contribuir junto al Estado a que dicho derecho sea promovido y defendido. Es decir, la protección, promoción y defensa del derecho a la salud es una tarea que debe ser cumplida por la sociedad y el Estado.

No obstante, se debe tener presente que la población no se encuentra organizada ni institucionalizada. Ello genera que, si bien tiene un deber respecto al derecho a la salud, esta no cuenta con las herramientas necesarias para poder cumplir con la tarea que se le ha encomendado; por lo tanto, requiere de lineamientos orientadores que puedan seguir y tener siempre a consideración a la hora de realizar acciones que puedan ser perjudiciales para su salud y la de la sociedad.

En consecuencia, se necesita que el Perú cumpla con su obligación de regulación para determinar qué acciones debe realizar la población, además de señalar qué comportamientos perjudican el derecho a la salud, por lo que deben abstenerse de realizarlos. Dicho trabajo es parte de la labor legislativa que pertenece a los planos de

gobierno (nacional, regional y local). Igualmente, la regulación también abarca el accionar estatal y de los funcionarios que se encuentran a su servicio en el marco de las competencias que ostentan.

Al respecto, la Constitución Política del Perú señala que: “El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla de forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 9).

Dicho artículo gira en torno a la política de salud nacional, la misma que es definida como “los objetivos prioritarios, los lineamientos, los contenidos principales de las políticas públicas, los estándares nacionales de cumplimiento y la provisión de servicios deben ser alcanzados y supervisados para asegurar el normal desarrollo de las actividades públicas y privadas.” (Congreso de la República del Perú, 2007, Ley 29158, Artículo 4).

Conforme ha detallado el TC, dicho mandato constitucional consagra al Poder Ejecutivo como el que cumple “la tarea de planear, normar y supervisar la política de salud, lo que supone que recaer en el Ministerio de Salud, como órgano especializado de este poder del Estado, la obligación de garantizar el derecho a la salud de todos los peruanos” (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 27).

A través de lo anterior, se tiene que el Estado debe: (1) trazar objetivos principales a cumplir, (2) proveer de herramientas (normas, programas y más) para cumplir dichos objetivos y (3) supervisar su efectivo cumplimiento. Es preciso recordar también que la tarea del cumplimiento de los objetivos debe ser realizada por todo organismo estatal, incidiendo en el hecho de que las prestaciones de salud son el eje principal para la satisfacción de las necesidades de la población, así como que la descentralización de dichos servicios constituye un objetivo primordial.

En consonancia con ello, el TC respecto a dicho artículo ha señalado que la salud impulsa al Estado a realizar todas las acciones necesarias para que se cuente con un acceso equitativo a los servicios de salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 13), pues se ha visto que la provisión de servicios de salud se concentra en la capital, siendo dejados de lado aquellas poblaciones vulnerables (comunidades indígenas, población en extrema pobreza y otros) que no cuentan con los recursos suficientes para trasladarse y obtener un servicio esencial para su condición de salud. Por consiguiente, se observa el nacimiento del principio de equidad en salud, cuya finalidad es facilitar a todos

las personas el acceso equitativo a los servicios de salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 32).

Bajo la misma línea argumentativa, se presenta el artículo 11 de la Constitución Política del Perú que señala “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud ... a través de las entidades públicas, privadas o mixtas. [Asimismo] supervisa ... su eficaz funcionamiento” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 11).

Entonces, el Estado reconoce que las prestaciones de salud son proveídas por el mismo o por terceros, siendo que en ambos casos le corresponde la obligación de supervisión de que estos servicios sean brindados en condiciones óptimas y humanas por todos los agentes que participan en la cadena de producción de bienes y servicios en materia de salud.

2.2.2 Contenido constitucionalmente protegido

En los párrafos precedentes, se han brindado nociones preliminares de lo que la Constitución ha observado respecto al derecho a la salud, ahora se analizará lo que el TC ha interpretado respecto al contenido constitucionalmente protegido de dicho derecho, teniendo en cuenta que el máximo intérprete de la Constitución, en reiteradas oportunidades, ha recurrido a la jurisprudencia interamericana para fundamentar su posición.

El término de contenido constitucionalmente protegido se plasma en el Nuevo Código Procesal Constitucional como una causal de improcedencia de los procesos constitucionales, esta se relaciona con que los hechos y el petitorio de las demandas que se presentan en ellos no están referidos en forma directa al contenido del derecho que ha sido invocado (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo 7).

Es así que los procesos constitucionales (hábeas corpus, hábeas data, amparo y proceso de cumplimiento), determinados en la Constitución Política del Perú y desarrollados procesalmente en el Nuevo Código Procesal Constitucional, deben referirse al contenido constitucionalmente protegido de los derechos fundamentales que la persona posee; de manera que ante hechos que atenten contra estos, se cuente con una garantía constitucional que pueda ser utilizada en cualquier momento para que cesen tales actos.

Entonces, es fundamental entender qué significa contenido constitucionalmente protegido en la jurisprudencia, teniendo en cuenta que esta no ha tenido una posición firme respecto a su definición, pues la denominación que se le ha acuñado ha sido variada

(contenido esencial, contenido directamente protegido y otros); siendo que dicha disyuntiva también se ha encontrado presente en la doctrina.

Al respecto, se debe expresar lo mencionado en el fundamento de voto del Magistrado Espinosa-Saldaña Barrera, quien establece que el contenido esencial es “una porción de cada derecho fundamental que merece protección a través del proceso de amparo”, además de expresar que en el Nuevo Código Procesal Constitucional su denominación es contenido constitucionalmente protegido (Tribunal Constitucional, Sentencia 03138-2021-PHD/TC, 2022, párr. 2).

Asimismo, se debe tener presente que el contenido del derecho a la salud abarca una serie de derechos y libertades, además de encontrarse en constante proceso de ampliación por las nuevas necesidades que se presentan como se ha determinado en el capítulo anterior. Sin embargo, no todo ese contenido es protegido por los procesos constitucionales, especialmente por el proceso de amparo. De manera que existe una parte de dicho contenido que va a ser objeto de protección por contener la esencialidad del derecho fundamental.

Así, Luis Castillo Córdova (2010) señala que el contenido esencial⁴³ es “aquel conjunto de facultades o atribuciones que hacen que el derecho humano sea ese y no otro diferente” (p. 95). Además, es pertinente traer a colación, lo señalado por Juan Salazar Laynes (2008), quien reconoce que el TC utiliza el contenido esencial o constitucionalmente protegido para “delimitar su campo de acción y competencia” (p. 147).

De ello se desprende que el contenido constitucionalmente protegido de cada derecho fundamental tiene características propias que lo hacen lo que es, así como constituye un punto de partida y un límite para la actuación del máximo intérprete de la Constitución, siendo que lo que busca proteger es aquella parte del derecho fundamental que lo hace único.

Por otro lado, Teresa Freixes señala que el contenido del derecho fundamental se va a visualizar analizándolo en cada momento concreto, pues así se determinará el bien jurídico que subyace y sin el cual el derecho pierde su objeto (como se cita en Morales, 2017, p. 151).

Ello quiere decir que el contenido que se le confiere al derecho fundamental, que en este caso es el derecho a la salud, se determina en el marco de una interpretación de

⁴³ Se debe remarcar que contenido esencial es sinónimo de contenido constitucionalmente protegido en el presente trabajo.

los hechos del caso en concreto. De esa manera no solo se tendrá una lectura normativa sino que también se analizará cuál es el papel primordial que toma el derecho a la salud en la vida de cada persona y por qué determinado contenido es considerado primordial de protección, ello guarda relación con el principio *pro homine*.

A través de lo establecido por la citada autora, se puede concluir que es posible que el contenido constitucionalmente protegido por el derecho fundamental se expanda en el marco de las circunstancias en que se solicita dicha protección, ello se encontrará justificado en el hecho de que la persona que recurre a los procesos constitucionales solicita tutela de urgencia.

Ante ello, es preciso recordar que lo que el Tribunal Constitucional ha determinado en el caso Azanca Alhelí Meza García:

El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe proteger tratando que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida. (Tribunal Constitucional, Sentencia 02945-2003-AA/TC, 2004, párr. 28).

De ello se infiere el objetivo que tiene el derecho de salud: realizar acciones de prevención, conservación y restablecimiento para que la persona pueda gozar del más alto disfrute de bienestar en su vida, el mismo que ha sido objeto de análisis en el capítulo precedente.

En consecuencia, si hay acciones u omisiones por parte de terceros o el Estado respecto a determinada prestación que se otorga por la existencia del derecho a la salud y este comportamiento genera una repercusión negativa respecto al objetivo que se protege a través de dicho derecho, entonces se observará que se ha vulnerado el contenido constitucionalmente protegido, en tanto este es activado para que la persona cuyo derecho ha sido vulnerado recurra a las herramientas brindadas por la Constitución Política del Perú y que son resueltas por el TC, haciéndoles valer su pretensión; siendo que si la omisión u acto de aquellos que no vulneren el contenido constitucionalmente protegido irán a ser resuelto por vías ordinarias.

En relación a ello, el TC señala que “el derecho fundamental a la salud comprende una serie de posiciones iusfundamentales, las cuales pueden ir desde el derecho a los servicios de salud hasta el derecho a que no se impida el goce efectivo de una buena

salud”, determinando que el contenido también comprende recibir un servicio de salud integral (prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación) y con las condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica (Tribunal Constitucional, Sentencia 00260-2017-PA/TC, 2021, párr. 2).

Lo anterior supone la protección del acceso a la prestación de salud, teniendo esta como características fundamentales ser integral, oportuna, accesible, aceptable y de calidad (las mismas que han sido analizadas previamente).

Por lo tanto, el contenido constitucionalmente protegido: (1) es aquella parte del derecho fundamental que se protege por los procesos determinados por la Constitución, (2) dicha parte debe interpretarse a la par con los hechos que acontecen para solicitar una tutela de urgencia y (3) el TC ha determinado que ello implica recibir un servicio de salud integral acorde a las características de calidad, aceptabilidad, oportunidad y accesibilidad.

2.2.3 Dimensiones del derecho a la salud

El ser humano se desarrolla física y mentalmente durante todo su ciclo de vida, y en ambas dimensiones incide el derecho a la salud, pues las políticas públicas que las involucran tomarán en cuenta aquellas medidas que son beneficiosas para que las personas se desenvuelvan sin ningún problema en sus actividades cotidianas y mantengan su normal funcionamiento orgánico.

Ello concuerda con lo expresado por el TC, quien ha establecido que “la garantía de la protección del derecho a la salud no solo abarca la salud física, sino también la salud mental” (Tribunal Constitucional, Sentencia 01146-2021-AA/TC, 2021, párr. 14).

Aunado a la anterior idea, es primordial señalar que el bienestar social también sería una dimensión que tiene gran repercusión en la salud de las personas, prueba de ello son los determinantes o condiciones de la salud, que son definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (Organización Panamericana de la Salud, s.f.).

Del mismo modo, el TC ha considerado que los determinantes de la salud son “aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud del individuo” (Tribunal Constitucional, Sentencia 05048-2016-PA/TC, 2020, párr. 55). Dicha idea se toma de la Ley N° 30947, la misma que establece además que ellos “pueden ser asuntos de opción individual o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y

ambientales que escapan al control de los individuos” (Congreso de la República del Perú, 2019, Ley 30947, Artículo 5).

Es decir, los determinantes sociales son circunstancias, condiciones, particularidades y/o situaciones que vive una persona, ellas influyen en cómo evoluciona su salud durante todo su ciclo de vida. En aras de entender ello, se debe tener presente la existencia de poblaciones vulnerables, quienes son más susceptibles de sufrir una vulneración a su derecho a la salud.

Un ejemplo de lo anterior es cuando la condición de pobreza de dicha población no les permite acceder a un servicio de salud de calidad y accesible, en tanto no cuentan con los recursos económicos para transportarse a hospitales especializados en la enfermedad que los aqueja o no tener la posibilidad de adquirir determinada medicina que es necesaria para su condición en muchos casos.

Por ello, se puede visualizar que la obligación de protección a la salud que desarrolla la Corte IDH también obliga a los Estados, como el Perú, a impulsar las condiciones determinantes de la salud de las personas, pues cabe recordar que los derechos humanos son interdependientes e indivisibles entre sí; en consecuencia, el mejoramiento de un derecho conlleva inmediatamente el mejoramiento del derecho a la salud.

2.2.4 Sobre los tratamientos

Un tema que exige una mayor atención es el relativo a los tratamientos que se requieren para mejorar o restablecer la condición de salud de la persona. Dichos tratamientos conllevan a que ellas adquieran medicamentos o productos farmacéuticos necesarios para que se acceda al servicio de salud por formar parte de él y, de esa manera, se ejerza plenamente el derecho a la salud.

En principio, conforme se ha desarrollado en el capítulo anterior, la persona que accede al servicio de salud por sufrir alguna dolencia requiere de toda la información necesaria para sopesar las opciones de tratamiento con las que cuenta.

En ese mismo sentido, el TC ha establecido que, si bien el paciente posee el derecho a elegir el tratamiento, después de haberle brindado todas las alternativas posibles, el ejercicio de la libertad de su elección está condicionada a que esta se dé en el “marco de la normatividad vigente y mediante el uso de medicamentos aprobados por la autoridad competente” (Tribunal Constitucional, Sentencia 00422-2021-PA/TC, 2021, párr. 19).

Analizando el párrafo precedente, se observa que la libertad de elección de tratamiento es un contenido constitucionalmente protegido por el derecho a la salud; no obstante, se determina un limitante, pues la normativa interna ha precisado cuáles son los medicamentos que deben circular sobre el territorio peruano en el marco de las competencias conferidas a la autoridad pertinente.

Por tanto, para ejercer el derecho a la salud, los prestadores del servicio de salud deben tener en cuenta brindar información de tratamientos que se ciñan a lo preestablecido por dicha autoridad, siempre que ello siga un procedimiento riguroso y especializado, pues, como se ha visto, dentro del campo de la medicina, la tecnología se ha ido desarrollando exponencialmente.

En lo concerniente a lo anterior, la libertad de escoger el tratamiento también está sujeta a límites que pueden configurarse en el marco de la disponibilidad de los medicamentos y en la estructura de los institutos prestadores de servicios de salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 0298-2020-PA/TC, 2021, párr. 10).

Ello se origina debido al financiamiento del sistema de salud peruano, pues este puede ser público, privado o mixto. Es decir, el acceso a la prestación de salud se financia por fondos netamente públicos (el Estado peruano es el único que paga) o privados (el usuario del servicio de salud es el único que paga), así como por un copago (el usuario y el Estado pagan dicho servicio), todo ello concuerda con el artículo 11 de la Constitución Política del Perú.

Asimismo, se debe tener en cuenta que cuando se habla de que el usuario realiza el pago o copago, se está señalando también que, en muchos casos, es el seguro que han contratado quien cubre el costo del servicio, pues al final del día quien efectivamente paga es el usuario que está al día en los pagos mensuales del seguro que ha contratado.

En tal sentido, teniendo en cuenta lo descrito y analizando lo dicho por el TC, se debe considerar que la libertad que se tiene sobre la elección de tratamientos está condicionada a cuál hospital se acuda y cómo es que se financia la prestación del servicio de salud a la cual se está accediendo.

Por esa razón, podemos ver que, en su afán de avanzar hacia una protección equitativa del derecho a la salud, el Perú ha impulsado el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud⁴⁴ (PEAS) que es financiado por los sectores público y privado (regímenes

⁴⁴ El artículo 13 de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, define el PEAS como una “lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean

contributivo, semicontributivo y subsidiado) en el marco del seguro de salud con el que cuente la persona; considerando que dicho plan contiene las condiciones asegurables que pueden ser aquellas condiciones obstétricas, pediátricas, neoplásicas, transmisibles y no transmisibles, entre la cuales cada una tiene “intervenciones de prevención, diagnóstico y seguimiento, y un número definido de prestaciones por cada tipo de intervención, el cual varía en cada caso concreto” (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 5).

En vista a lo anterior, el Estado peruano se organiza, ya que toma en cuenta cuáles son los tratamientos que va a financiar de manera íntegra y cuáles son los recursos que serán utilizados para ello. Es decir, existe un listado de intervenciones que serán obligatorias de cumplir y por ello los actores de salud no pueden omitir realizarlas escudándose en una falta de presupuesto o disponibilidad.

Por otra parte, el TC habla sobre las exclusiones de tratamientos médicos en el marco del acceso universal a la salud:

Las exclusiones de las coberturas médicas del sistema de salud público, en el marco del proceso de aseguramiento universal e integral de salud, deben constituir la excepción y no la regla. Para ello no solo se debe cumplir con la regulación expresa de las exclusiones médicas, sino que además se debe otorgar la oportunidad a quienes requieren tales tratamientos, medicamentos o material biomédico no coberturados (no financiados ni subsidiados), de acreditar que se encuentran en la imposibilidad de acceder por sus propios medios a dichos servicios o bienes, a través de algún comité evaluador u oficina de ayuda o bienestar social de la entidad responsable. (Tribunal Constitucional, Sentencia 01146-2021-AA/TC, 2021, párr. 36)

A propósito de ello, se debe tener presente que la norma de aseguramiento universal en salud nace con el objetivo de que las personas accedan a “un servicio de calidad, cualquiera que sea su condición económica, protegiendo a las familias de los riesgos de empobrecimiento asociado con eventos de enfermedad” (Wilson et al., 2009, p. 207).

Más aún, dicha norma se origina con el objetivo de que se cumpla la política nacional de acceso universal a los servicios de salud, en el cual el Perú se compromete a

estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios” (Congreso de la República del Perú, 2009, Ley 29344, Artículo 13).

asegurar todas las condiciones necesarias para que la población tenga un acceso universal a las prestaciones de salud en forma “gratuita, continua, oportuna y de calidad” (Acuerdo Nacional, 2022).

Teniendo en cuenta lo anterior, se debe recordar que la efectividad del derecho a la salud depende de la progresividad, siendo que es un derecho social que se supedita a los recursos existentes del Perú, por lo que la plena efectividad todavía es un largo camino que debe recorrer el país.

Por tal motivo, dentro de las coberturas de salud (como la del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú) que son parte del sistema nacional de salud peruano, se ha observado exclusiones para la provisión de ciertos productos médicos; sin embargo, como el Tribunal señala, ello no debe ser la regla, sino la excepción, pues se debe considerar que existen poblaciones que no cuentan con los recursos necesarios para acceder a dichas prestaciones, con lo cual se estaría vulnerando su derecho a la salud.

De esa manera, lo que se busca es que la progresividad no sea un obstáculo o impedimento para que el derecho a la salud sea accesible económicamente al no poder las personas proveerse de los productos médicos necesarios para que gocen de una vida de calidad y con ello fomentar la dignidad humana de la persona.

Es así que el TC señala que no debe negarse rotundamente dicho tratamiento, sino que se debe establecer un mecanismo idóneo para que se analice cada caso concreto y, en consecuencia, las personas puedan acceder a él y así proteger el derecho a la salud en el marco de la accesibilidad.

De ahí que el TC determina que, en los supuestos de exclusión de dichos tratamientos, medicamentos o material biomédico, se deben seguir los siguientes criterios:

- a. Que el medicamento, tratamiento o material biomédico haya sido prescrito por una junta médica adscrita al sistema de salud en el cual se encuentre el asegurado o asegurada, el paciente o la paciente.
- b. Que la falta de medicamento, tratamiento o material biomédico amenace con vulnerar o vulnere los derechos fundamentales a la vida o la integridad personal del asegurado o asegurada, u otros derechos conexos con el derecho fundamental a la salud.

c. Que el medicamento, tratamiento o material biomédico excluido no pueda ser reemplazado por otro que figure dentro de los planes obligatorios de salud.

d. Que el paciente o la paciente no tenga capacidad de pago para sufragar el costo del medicamento, tratamiento o material biomédico respectivo. (Tribunal Constitucional, Sentencia 01146-2021-AA/TC, 2021, párr. 37)

Dentro de los criterios establecidos por el TC, se consagra, en primer lugar, que dicho tratamiento debe estar prescrito necesariamente por la junta médica competente, por lo que se tendrá certeza de si ello es efectivamente necesario para la salud del paciente, pues mejorará la calidad de vida de este y hará más llevadera la enfermedad que tiene.

El segundo criterio que se brinda es el relativo a la relación de interdependencia e indivisibilidad que existe entre los derechos humanos; tomando de esa manera una mayor importancia, pues expresamente se relaciona que el hecho de no proveer un servicio médico íntegro conlleva a la vulneración de otros bienes jurídicos protegidos además de la salud.

En el tercer apartado, se hace mención sobre aquellos medicamentos que pueden ser sustituidos por otros que sí figuran en los planes obligatorios de salud, es decir, se debe analizar si el producto médico tiene potencial de poder ser sustituido por otro que obligatoriamente se debe proveer; con lo cual no se configuraría una vulneración, debido a que al ser sustituido por un producto que se encuentra dentro de los planes, se garantiza su derecho.

Por último, se debe realizar un análisis respecto a si el paciente tiene el poder monetario para adquirir el producto con el objetivo de observar si este puede auto proveerse de dicho tratamiento. En otras palabras, el comité, una vez analizados los criterios anteriores, debe verificar si el paciente puede pagar dicho tratamiento sin mermar su economía, pues si ello último ocurriese podría observarse una vulneración a otros derechos por no afectarse el derecho a la salud.

2.2.5 Rol del Estado respecto al derecho a la salud

Si bien dentro del capítulo anterior, se ha desarrollado de manera exhaustiva las obligaciones que tiene el Estado peruano frente al derecho a la salud, se considera oportuno a la par examinar los diferentes pronunciamientos que ha emitido el TC a la hora de proteger el derecho a la salud en el marco de su jurisprudencia. Para comenzar, el TC ha señalado que:

El derecho a la salud, en tanto derecho social, también debe ser definido como prestacional, toda vez que su efectivización está sujeta a la actuación concreta, directa y activa del Estado, razón por la cual su faz positiva permite su transformación en un típico derecho programático, vale decir un derecho cuya satisfacción requiere acciones prestacionales. (Tribunal Constitucional, Sentencia 05842-2006-PHC/TC, 2008, párr. 53)

Efectivamente, el derecho a la salud implica una serie de acciones positivas por parte del Estado para que este se logre materializar dentro de la vida de los seres humanos habitantes de un determinado territorio; no obstante, como reiteradamente se ha venido expresando, estas acciones se configuran dentro del principio de progresividad sin dejar de lado que existen obligaciones inmediatas por parte del Perú. En tanto, el brindar un servicio que cuente con las características de aceptabilidad, calidad, accesibilidad y disponibilidad son primordiales para que el sistema de salud peruano se encuadre en los estándares internacionales de protección.

Un tema que debe ser recordado es la relación existente entre la disponibilidad y los recursos que tiene un Estado como el Perú para proteger su derecho a la salud, pues se ha observado que, en algunos casos, la disponibilidad del servicio se ve trastocada por la falta de presupuesto que tiene un Estado para implementar políticas eficaces que sean capaces de proveer a las poblaciones un servicio de calidad. En ese caso, podemos ver que el TC se pronuncia señalando:

Los derechos sociales, como el derecho a la salud pública, no pueden ser exigidos de la misma manera en todos los casos, pues no se trata de prestaciones específicas en tanto dependen de la ejecución presupuestal para el cumplimiento de lo exigido, lo contrario supondría que cada individuo podría exigir judicialmente al Estado un puesto de trabajo o una prestación específica de vivienda o salud en cualquier momento. (Tribunal Constitucional, Sentencia 02945-2003-PA/TC, 2004, párr. 32)

Dentro de dicho extracto jurisprudencial, se observa que el TC admite que el derecho a la salud debe ser analizado en cada caso concreto, pues la plena efectivización de este acarrea un gasto público por parte del Estado, quien impulsa políticas públicas para que el acceso a las prestaciones de salud sea universal.

En ese sentido, podemos traer a colación lo señalado por el TC en el caso José Luis Correa Condori, en donde se concibe que el derecho a la salud contiene obligaciones mediatas que deben ser cumplidas por el Estado peruano, ello se refleja en la “ejecución

de políticas sociales para que el ciudadano pueda gozar de ellos o ejercerlos de manera plena” (Tribunal Constitucional, Sentencia 2016-2004-AA/TC, 2004, párr. 4).

Bajo la misma línea argumentativa, tenemos que el derecho a la salud se reconoce también como un servicio público asistencial que necesariamente “requiere para su efectividad normas presupuestales, procedimentales y de organización que hagan viable su eficacia en la práctica” (Tribunal Constitucional, Sentencia 02480-2004-PA/TC, 2008, párr. 7).

En otras palabras, aparece la faceta de servicio público de dicho derecho, lo que da lugar a que se den normas técnicas que conduzcan el aparato estatal para que se ejecute normativa y acciones que coadyuven a la efectividad del derecho.

Por lo tanto, su protección comprende la obligación por parte del Estado de garantizar de manera progresiva la calidad de vida de las personas, ello a través de la inversión “en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido” (Tribunal Constitucional, Sentencia 3208-2004-AA/TC, 2005, párr. 6).

Desde dicho panorama, el derecho a la salud no se debe traducir como un gasto por parte del Estado, sino como una inversión que a largo plazo traerá beneficios a toda la población sin excepción, mejorando de esa manera sus condiciones de vida y, por lo tanto, avanzando hacia un objetivo en común: el acceso universal de la salud.

Todo lo anterior se colige con los tipos de roles que el TC ha explicado que el Perú ejerce respecto al derecho a la salud: (1) respetar, (2) protegerlo y (3) cumplir. Dichos roles calzan dentro de las obligaciones internacionales que han sido materia de análisis dentro del primer capítulo; siendo que la primera obligación significa que el Perú y sus funcionarios deben abstenerse de realizar acciones que conlleven que dicho derecho sea vulnerado.

Por otra parte, las obligaciones de proteger y cumplir dan forma a la obligación general de garantía, pues dentro de ellas se observa la obligación estatal de impedir que terceros (ya sea personas naturales o jurídicas que no sean parte del Estado) impidan el pleno disfrute del derecho; más aún, ella expresa que se deben tomar medidas cualquiera sea su índole para “facilitarlo, proporcionarlo y promoverlo” (Tribunal Constitucional, Sentencia 05842-2006-PHC/TC, 2009, párr. 54).

De manera más precisa, sobre la obligación de respetar el derecho a la salud, se tiene que toda persona, ya sea una persona privada de su libertad, inmigrantes ilegales,

representantes de las minorías o solicitantes de asilo, el Perú debe abstenerse de imponer y/o practicar políticas discriminatorias para su acceso (Tribunal Constitucional, Sentencia 04007-2015-PHC/TC, 2019, párr. 57). Por lo cual, el TC resalta la protección de las poblaciones vulnerables, tal y como la Corte IDH ha expresado en distintas oportunidades dentro de su jurisprudencia. Es así que el TC determina:

Ahondando más sobre la obligación de proteger, el TC ha señalado que la atención de salud no es una actividad exclusiva del sector público, pues el privado también puede realizar actividades relacionadas a ello, sin embargo, el Estado tiene la obligación de supervisar que dicha privatización no sea una amenaza para el derecho a la salud, realizar un control respecto a la comercialización de material médico y medicamentos requeridos para que se ejecute el servicio de salud, así como verificar que el personal de salud tengan la educación y experiencia necesaria para poder prestar los servicios de salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 04007-2015-PHC/TC, 2019, párr. 58).

En concreto, el TC ha dividido el sector público del privado, con lo cual si bien es cierto ambos proveen de servicios de asistencia médica a la población, el Perú debe realizar su labor de supervisión y fiscalización para la correcta provisión de dichos servicios, teniéndose como punto de partida los estándares que la Corte IDH y el TC han desarrollado.

Se agrega que el Estado además tiene la obligación de proveer de “la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud” distribuidos equitativamente, conjuntamente con el hecho de crear instituciones que los asesoren (Tribunal Constitucional, Sentencia 04007-2015-PHC/TC, 2019, párr. 59).

Es así que, bajo las anteriores premisas, el TC ha resuelto que el Estado debe adoptar todas aquellas medidas posibles para que dicha prestación presente una eficacia práctica, teniendo en cuenta que ellos deben sujetarse a los principios “de continuidad en la prestación del servicio, eficacia, eficiencia, solidaridad y progresividad, etc.” (Tribunal Constitucional, Sentencia 03426-2008-PHC/TC, 2010, párr. 9).

2.2.6 Rol del Tribunal Constitucional en las políticas públicas de salud

Si bien es correcto afirmar que las políticas públicas son competencia de otros poderes y que estas se diseñan en el marco de las obligaciones internacionales originadas por los tratados internacionales de derechos humanos y la constante interpretación que el TC ha venido realizando sobre los roles que debe asumir el Estado, también se debe tener en

consideración lo que prescribe la Constitución Política del Perú sobre dicho órgano constitucionalmente autónomo, ya que este es responsable de ser “el órgano de control de la Constitución” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 201).

Al asumir dicha función, el TC tiene que verificar que las acciones que se realizan a favor de los DESCAs se encuentran enmarcadas dentro del respeto y protección de los derechos fundamentales o derechos humanos que se encuentran en la parte dogmática de dicha norma fundamental; en consecuencia, el TC ha expresado respecto a su papel relacionado a las políticas públicas lo siguiente:

A la judicatura constitucional no le corresponde suplir al legislador o a la autoridad de gobierno en la definición de las políticas públicas orientadas a la satisfacción de los elementos integrantes del derecho a la salud, ni en las decisiones que se adopten para hacer efectiva su realización. Ello, qué duda cabe, involucraría una indebida intromisión en las competencias (deliberativas y técnicas) constitucional o infraconstitucionalmente atribuidas a estos órganos. (Tribunal Constitucional, Sentencia 02566-2014-PA/TC, 2018, párr. 16)

En otras palabras, el TC concuerda que no debe inmiscuirse en las labores que deben realizar las autoridades competentes sobre “las soluciones específicas de cómo manejar asuntos públicos” (Lahera, 2004, p. 7), entendiéndose que dicho hecho comportaría una intromisión respecto a las facultades que se les ha brindado a los gobiernos nacional, local y regional para elaborar medidas concernientes a la plena efectividad del derecho a la salud, específicamente a los elementos que debe reunir las prestaciones de salud.

De esa manera, el TC dejó sentado que “en principio, no tiene participación en el diseño de las políticas, no decide qué opción es mejor que otra, ni prioriza metas”, sin embargo, debe observar o verificar que cuando se apliquen estas, no se genere vulneraciones de los derechos fundamentales o su afectación por su omisión (Tribunal Constitucional, Sentencia 0014-2014-PI/TC, 2015, párr. 18).

Con lo cual es pertinente recordar nuevamente que las “políticas públicas que debe llevar a cabo un Estado exigen, desde promover la existencia de medios organizacionales ... pasando por medios procedimentales e incluso legales, orientados a prevenir, investigar y reparar actos violatorios de derechos fundamentales” (Tribunal Constitucional, Sentencia 1776-2004-AA/TC, 2007, párr. 40).

En suma, las políticas públicas originan una serie de medidas que exigen que la estructura del Estado se oriente a cumplir los contenidos de las obligaciones

internacionales previamente descritas, siendo que el TC, como regla, no participa en su diseño.

Es así que, en el marco de las ideas que se han venido desarrollando, se observa que, por una parte, se ha descrito qué es lo que el TC no tiene facultad de hacer frente a las políticas públicas. Por otro lado, no se debe olvidar el hecho de que esta institución es la máxima intérprete de la Constitución y, por lo tanto, tiene el deber de proteger los valores que esta contiene; viéndose desde dicho ángulo, el efecto denominado constitucionalización de la política, a través del cual se establece que “en un Estado Constitucional lo político, lo social o lo económico no pueden manejarse al margen de lo dispuesto en los diferentes preceptos constitucionales y de lo que se infiere de ellos” (Tribunal Constitucional, Sentencia 0014-2014-PI/TC, 2015, párr. 14).

Por ello, el TC señala que “los jueces y juezas constitucionales pueden evaluar la constitucionalidad de ciertas políticas públicas, máxime si hoy asumen labores de integración social” (Tribunal Constitucional, Sentencia 0014-2014-PI/TC, 2015, párr. 16).

Es decir, el TC asume la función de verificador de que el diseño y la implementación de las políticas públicas no sean contrarias a los derechos fundamentales que la Constitución y los tratados internacionales protegen, ello en función a que existen otros organismos públicos que tienen el conocimiento técnico y especializado para diseñarlas.

En relación con las políticas materia del derecho a la salud, el TC destaca que las decisiones políticas que deben de realizar las instituciones competentes se refieren a lo siguiente:

... para alcanzar que los servicios de salud se presten de acuerdo a las condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad se requiere de otro número importante de decisiones de política institucional. Nos estamos refiriendo a decisiones de política institucional que definan como se puede ampliar la oferta de establecimientos médicos (disponibilidad), como se puede permitir que las personas de escasos recursos accedan a los servicios de salud (accesibilidad económica), como es posible impulsar y fortalecer la salud intercultural en nuestro país (aceptabilidad), y cómo garantizar que los servicios médicos se brinden en condiciones adecuadas de seguridad, oportunidad y profesionalismo (calidad). (Tribunal Constitucional, Sentencia 3228-2012-PA/TC, 2016, párr. 30)

A razón de lo anterior, cuando hablamos de disponibilidad siempre se debe tener en cuenta que ello implica un gasto público, pues la construcción de infraestructura sanitaria en pueblos rurales, la provisión de medicamentos, así como la formación de especialistas en las áreas requeridas de acuerdo a la epidemiología del país se logra, en gran medida, con los recursos estatales.

Teniendo ello presente, se debe concordar que la información relativa a los problemas sanitarios que presenta el Perú y sus necesidades, la reúne organismos distintos del TC, además de que dichas soluciones conllevan a la búsqueda de información técnica y especializada como previamente se ha venido sosteniendo. Por lo tanto, dichas soluciones se traducen en las políticas públicas para paliar esas situaciones.

Sin embargo, la judicatura constitucional puede evaluar lo siguiente respecto a ellas:

... (1) se ha obviado la formulación de un plan o política que enfrente determinado problema relativo a la salud (déficit de existencia); (2) se ha incumplido la materialización efectiva de un plan adecuadamente formulado (déficit de ejecución); (3) se ha desatendido algunas de las dimensiones o principios relevantes del derecho a la salud en la formulación o implementación de una política pública en salud (déficit de consideración); (4) se han establecido políticas claramente contrarias a los principios que rigen el derecho a la salud (déficit de violación manifiesta) o claramente inconducentes (déficit de razonabilidad) o insuficientes para el cumplimiento de determinados objetivos prioritarios de la salud (déficit de protección deficiente o déficit de protección de niveles esenciales de salud); (5) se ha obviado enfrentar determinados aspectos que impiden la ejecución efectiva de la política pública y que terminan generando resultados negativos en salud (déficit de confrontación de problemas estructurales de salud). Esto último puede ocurrir si se ha adoptado una política pública en salud sin permitir la participación de la sociedad civil o los directamente afectados en la política pública involucrada (déficit de participación política); se ha actuado sin precisar mecanismos de rendición de cuentas (déficit de transparencia); o se ha procedido olvidando el establecimiento de una línea de base e indicadores de derechos humanos que permitan evaluar el impacto de la política pública en el goce efectivo del derecho a la salud (déficit de evaluación de impacto). (Tribunal Constitucional, Sentencia 3228-2012-PA/TC, 2016, párr. 36)

En el extracto jurisprudencial precedente, existe una palabra que constantemente se repite, esta es déficit, la misma cuyo significado es “falta o escasez de algo que se juzga necesario” (Real Academia Española, s.f.). De ahí que cuando se habla de los déficits que debe evaluar el TC sobre las políticas públicas se relaciona a la falta de previsión respecto a las medidas que son necesarias para la protección de los derechos humanos.

Al respecto, para entender lo dicho por el TC, se debe recordar que las políticas públicas no nacen de la nada, es decir, ellas responden a un problema público que se está enfrentando y combatiendo por el país, por lo tanto, se usarán todos los medios necesarios para que dicho problema se solucione de manera adecuada.

En esa disyuntiva es donde se puede observar el déficit de existencia, pues él nos lleva a cuestionar si los organismos correspondientes han formulado o diseñado una política, plan o programa que solucione el problema relativo a la salud; por ejemplo, un problema al que se enfrenta el Perú es la obesidad infantil, la cual genera efectos negativos en la salud de los niños y niñas del país, por lo cual desde esa perspectiva, el trabajo que realizaría el TC es verificar si se ha implementado un plan que coadyuve en la solución del problema que se ha encontrado.

Después, se habla del déficit de ejecución cuando sí se ha formulado un plan o política que enfrente determinado problema, pero las autoridades competentes no han ejecutado algún componente de dicha política, lo que es lo mismo: no han cumplido con las funciones o tareas asignadas en el marco de ella.

En vista de ello, por ejemplo, se puede ver que existe una política pública que se encuentra dentro de una normativa que necesita ser reglamentada para que se proceda a su correcta ejecución; no obstante, la autoridad competente no realiza la labor que se le ha encomendado.

En ese sentido, también es posible que, si se haya formulado y ejecutado la política pública; no obstante, no hayan considerado, desde el inicio, los elementos o principios relativos al derecho a la salud, con lo cual se observa que no han tenido en cuenta dentro del diseño la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad; por lo que observa un déficit de consideración.

Lo que es igual a decir que se diseñe una política para que crezca la disponibilidad de instituciones prestadoras de servicios de salud sin tener en consideración que también se debe contar con el personal capacitado para que presten servicios de calidad y especializados sobre las enfermedades que padecen las poblaciones vulnerables, con lo

cual se observa que no se ha tomado en cuenta que los recursos humanos, infraestructura, así como los bienes y servicios de salud van de la mano.

Lo siguiente que se puede ver es que se haya diseñado o ejecutado una política pública, pero que estas: (1) sean opuestas a los principios o elementos que rigen el derecho a la salud, por lo que se vulnera este (déficit de violación manifiesta); (2) sean inconducentes o inadecuados para la protección de los derechos fundamentales (déficit de razonabilidad) y (3) dichas medidas sean insuficientes para que se cumpla el objetivo prioritario para la salud (déficit de protección deficiente o déficit de protección de los niveles esenciales de salud). A su vez, todo ello se enmarca en el déficit de respeto suficiente (Tribunal Constitucional, Sentencia 02566-2014-PA/TC, 2018, párr. 39).

Por ejemplo, en la primera, se podría establecer que el Perú ha diseñado una política que se orienta a aumentar la disponibilidad de infraestructura dentro de las poblaciones indígenas; sin embargo, se señala que únicamente dicha población será la beneficiaria, por lo que se excluye de su uso a todas las personas que no pertenecen a ella, lo que vulneraría la universalidad del derecho a la salud, así como su accesibilidad, pues se podría presentar un escenario de discriminación.

En el segundo caso, se podría ver que el actuar del Estado si bien ayuda a que se ejerza el derecho a la salud, también fomenta la vulneración de otro derecho fundamental. En el tercer caso, el Estado ha diseñado e implementado una política pública; no obstante, esta carece de las herramientas necesarias para alcanzar el objetivo de salud.

Finalmente, el TC señala que se debe evaluar la existencia del déficit de confrontación de problemas estructurales en salud, dentro del cual se visualiza que el Estado ha omitido considerar aspectos trascendentales para que la ejecución de la política pública alcance un resultado efectivo. Por tal motivo, se genera un resultado negativo en la salud de las personas.

Ello se puede encontrar en el momento en que el Estado no solicita la opinión de la sociedad civil o las personas que serán afectadas de manera positiva o negativa respecto a la ejecución de dicha política, pues quien mejor que ellas para contar las experiencias que han vivido (déficit de participación política). En consecuencia, se debe buscar mecanismos que generen un ambiente de debate para tener conocimiento de las necesidades apremiantes que deben ser satisfechas, siendo el presupuesto participativo una herramienta con la que se cuenta para saber cuáles son las áreas en salud en las que se deben invertir.

Se agrega que se debe evaluar la falta de transparencia (déficit de transparencia), siendo esta denominada así debido a que se debe comprobar “si no existe información pública actual y accesible sobre las políticas públicas y su ejecución” (Tribunal Constitucional, Sentencia 02566-2014-PA/TC, 2018, párr. 39).

De modo que dicho déficit involucra que el Estado no debe de dejar de proveer información, en tiempo real y sin ninguna traba burocrática, respecto a la existencia de políticas y su ejecución, motivo por el cual se tienen los portales de transparencia de los diferentes organismos estatales.

Acerca del déficit de control que aparece dos años después de la Sentencia 3228-2012-PA/TC, se observa que el TC debe examinar si a razón de las políticas implementadas, se han configurado mecanismos de rendición de cuentas o de supervisión que permitan que la población evalúe y vigile que su diseño y posterior ejecución se realiza de acuerdo a la normativa y al respeto de los derechos humanos (Tribunal Constitucional, Sentencia 02566-2014-PA/TC, 2018, párr. 39). Todo ello se puede ver reflejado en los informes que emiten los distintos organismos que deben implementar las políticas en salud como el Ministerio de Salud respecto a su actuación para que se logren los objetivos institucionales que han sido trazados.

Asimismo, el TC debe analizar el déficit de evaluación de impacto, el mismo que repercute en que no se hayan otorgado indicadores con enfoque de derechos que ayuden a establecer si la política pública ha sido efectiva para que las personas gocen plenamente del derecho a la salud; dicho de otra manera, el TC debe chequear si el Estado, a la hora de plantear una política pública, ha fijado o no cuáles son los indicadores que deben ser evaluados para responder a la pregunta relativa a si la política pública ha cumplido con su objetivo o ha funcionado, además de contestar si ha garantizado o no el pleno ejercicio de dicho derecho.

Incluso, el TC ha delimitado cuáles son sus competencias respecto al control de la eficacia de la obligación de progresividad. En ese mismo sentido, se puede visualizar que este control con el control de las políticas públicas comparte las mismas características, pues ambos se enfocan en ellas, pero con el control de la obligación de progresividad se resalta de manera expresa que las medidas deben ser continuas, por lo que siempre se debe ir avanzando hacia una plena efectividad y sin retroceder.

En lo que atañe a lo anterior, el TC ha sopesado lo siguiente: (1) verificar que existen planes para que se dé una ampliación progresiva de la protección del derecho fundamental en cuestión, (2) controlar que se ejecute el plan trazado para que no exista

una prolongación indefinida que sería contrario a la obligación de progresividad, (3) que el plan se haya realizado con un enfoque de derecho y la especial protección de las poblaciones vulnerables, (4) verificar que se hayan incluido indicadores de evaluación que evalúen el plan y así poder tener conocimiento de si se ha destinado “hasta el máximo de recursos disponibles” y (5) si se ha fomentado espacios donde participen la sociedad y población involucrada (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 29).

Claro está que los pronunciamientos analizados han sido consecuencia de la implementación de la política de aseguramiento universal en salud, la misma que incide en gran medida en la relativa al acceso universal de prestaciones de salud.

Ello en virtud de que el aseguramiento se constituye como una herramienta que protege a las personas frente a las contingencias que se puedan suscitar ante la presencia de una enfermedad, pues a través de ella toda la población, sin importar su condición económica y social, puede acceder a servicios de salud de calidad que ayuden a su rehabilitación (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 16). Así no se afectará las finanzas individuales o familiares de la persona que necesita acceso a un tratamiento imprescindible para combatir la enfermedad.

Es así que, al momento de analizar dicha política, el TC también ha considerado que el aseguramiento universal cumpla las exigencias que se derivan del principio de equidad en salud; dicho principio comparte las siguientes variables dentro de su contenido:

En primer lugar, la exigencia de enfrentar las desigualdades sociales que tienen un efecto negativo y dificultan el logro de una buena salud ... desde que el principio de equidad en salud pretende una equiparación en el goce del más alto nivel posible de salud física y mental, y no solo en la prestación de los servicios de salud, este exige que se ataquen diversas inequidades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud...

En segundo lugar, ha de considerarse en el principio de equidad en salud, el reconocimiento de la interdependencia de los derechos fundamentales y, por último, la posibilidad de disfrutar equitativamente de ellos, especialmente de los que tienen incidencia en el goce del derecho a la salud... de modo que para el acceso equitativo a la salud puede ser importante la provisión adecuada de un servicio de salud, como la no exclusión de la capacidad de hacer oír la voz frente a un trato discriminatorio por parte del Estado.

En tercer lugar, el principio de equidad en salud supone también la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica ...

En cuarto lugar, ... supone también el respeto del principio de no discriminación en la provisión de los servicios médicos...

Por último, ... exige también una asignación de recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos ... (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 34).

Con lo cual se puede ver que el contenido del principio de equidad en salud no solo se enfoca en el derecho a la salud, sino también necesita combatir aquellas desigualdades sociales, pues se sabe que evidentemente existen otros factores que impiden que las personas ejerzan de manera plena dicho derecho, ya sea por la discriminación, situación socioeconómica, la incorrecta distribución de la riqueza, falta de medidas de higiene personal, falta de agua potable y otros que interfieren en que se fomente y proteja todos los derechos humanos que implican que la persona tenga una vida digna y de calidad. Todo ello se relaciona con el segundo punto referente a la relación de interdependencia que ha sido vastamente explicada en las páginas precedentes.

Consecutivamente, se habla de que dicho servicio debe ser integral y sin discriminación, por lo que necesariamente se exige al Estado que distribuya de manera equitativa, teniendo en cuenta las desigualdades sociales que se presentan en el Perú y la priorización de las poblaciones vulnerables.

En resumidas cuentas, lo que se ha plasmado en el presente apartado es que el TC no queda excluido de verificar que las políticas públicas se diseñen, implemente, ejecuten y evalúen de acuerdo con los estándares de protección de los derechos fundamentales. Si bien la tarea que realiza puede ser vista como una interferencia de las competencias de otros organismos públicos, ello sería una conclusión inválida, pues el TC tiene como competencia verificar que las acciones que se realizan en el Perú, Estado democrático y social, sigan la normativa constitucional y los tratados internacionales de derechos humanos, con lo cual también debe verificar que las obligaciones internacionales que han sido internalizadas sean efectivamente cumplidas en el territorio peruano.

No obstante, conforme se ha explicado, el TC no debe intervenir dotando de contenido a dichas políticas públicas, lo que es lo mismo que diseñarlas, sino que este

debe “evaluar el incumplimiento o cumplimiento de la deficiencia de los estándares...planteados, más no los contornos ni posibles alcances de las políticas institucionales bajo cuestión” (Tribunal Constitucional, Sentencia 02566-2014-PA/TC, 2018, párr. 41).

En atención a ello, se ve que la actuación del TC respecto a las políticas públicas se limita a determinar la existencia de tales deficiencias y, correspondientemente, ordenar a los organismos competentes a subsanarlas a causa de que se está violando el derecho a la salud, sin perder de vista el hecho de decidir sobre el caso en concreto que se está tratando.

En otras palabras, el TC insta a las autoridades públicas a realizar acciones a favor de determinado derecho humano cuando se observe que la omisión o acción de la política pública vulnera de manera reiterada el derecho fundamental, por lo que exhortará a los ministerios, gobiernos regionales, gobiernos locales, poder legislativo o poder judicial a realizar o abstenerse de cometer actos contrarios a la protección de este.

Siguiendo el mismo razonamiento, también se debe hablar sobre la herramienta que el TC ha brindado para la protección más eficaz de los derechos fundamentales y que ha tenido incidencia en el derecho en cuestión: estado de cosas inconstitucional.

La misma que es definida como una situación de “violación masiva y/o generalizada de uno o varios derechos fundamentales”, viéndose que dicha situación afecta a un grupo significativo de personas; además que ello se origina por la inexistencia o escasez de planes, servicios o programas relacionados a la garantía y respeto del derecho a la salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 03426-2008-PHC/TC, 2010, párr. 30).

Lo anterior debe leerse a la par de que la subsanación de dicha deficiencia involucra una o varias entidades públicas tales como el Ministerio de Economía y Finanzas, el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud (EsSalud), entre otros.

Por lo tanto, las soluciones deben involucrar a todos los organismos que han sido mencionados previamente; por tal motivo, se puede ver la emisión por parte del TC de sentencias estructurales cuyos efectos no solo se restringen a las partes que interponen el recurso, sino que se busca ampliar “los márgenes de acción para proteger derechos de terceros” (Sánchez, 2020, p. 151).

Ello ocasiona que se emitan sentencias constitucionales que luchen contra el desinterés de las autoridades de proteger determinada dimensión o elemento del derecho a la salud, lo que a su vez suscita que los beneficios o consecuencias de dicha sentencia alcancen a toda una población que se ve desprotegida.

2.3 Sistema de salud peruano

Siendo las prestaciones de salud el contenido constitucionalmente protegido, es pertinente examinar cómo funciona el sistema de salud que las provee; teniendo como punto de partida lo expresado por Alberto Cairampoma (2021), quien señala que la salud es un servicio público cuya actividad y continuidad es imprescindible y esencial para el desarrollo humano y su dignidad, no considerándose relevante quien lo provee (p. 123).

Primero que todo, conviene tener presente que el sistema de salud es un conjunto de herramientas, las cuales pueden ser procedimientos, normativa, principios, que tienen como finalidad alcanzar un fin: la provisión de servicios de salud de calidad. Sin embargo, ella se “caracteriza por una importante fragmentación y segmentación” (Ministerio de Salud, 2019, p. 36), lo que quiere decir que se encuentra subdividida.

Pese a ello, el presente desarrollo, se enfocará en determinar: (1) quién financia las prestaciones de salud y (2) quién las provee. Haciéndose la salvedad de que existe una división funcional respecto a la función de administración de fondos de financiamiento y la referente a la prestación de servicios de salud, es decir respecto a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) (Guzmán & Quintanilla, 2021, p. 337). Agregándose, las Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), las cuales son diferentes a las IPRESS, pero su función se desenvuelve en la gestión y administración de los recursos de estas últimas (Villegas, 2021, p. 181).

Así pues, para empezar el primer punto, no se debe perder de vista que dicho sistema se sustenta en recursos, que como previamente se ha constatado, pueden ser humanos, económicos u otros. Entre los cuales, se debe destacar que los recursos económicos son los que tienen un papel trascendental en dicho sistema, pues sin ellos no sería posible tener los bienes y servicios requeridos para que la población acceda a las prestaciones de salud integral.

Por lo tanto, si bien dicho sistema abarca proveedores públicos y privados de salud, cada uno de ellos incorpora dentro de su estructura un conjunto de mecanismos de suministro de servicio de salud, así como mecanismos de financiamiento (EsSalud, 2013, p. 43).

Concordando con lo anterior, para mayor ilustración, se debe hacer mención a los elementos de dicho sistema de acuerdo con Donald Savigny y Taghreed Adam, ya que dichos autores señalan lo siguiente al respecto:

Los elementos principales de un sistema de salud son los siguientes: (i) prestación de servicios de salud e infraestructura; (ii) personal sanitario y administrativo especializado; (iii) información sanitaria respecto de los determinantes de salud, situación sanitaria y desempeño del sistema; (iv) tecnologías médicas; (v) recursos para el financiamiento de la salud; y, (vi) cuerpo de liderazgo y gobernanza. (como se cita en Guzmán & Quintanilla, 2021, p. 336)

Entre los elementos citados, se puede encontrar a los recursos de financiamientos de salud, pues ellos tienen gran incidencia en el cumplimiento de la obligación de la progresiva efectividad del derecho a la salud, además que a través de ellos se sustenta la existencia de todo el sistema de salud, especialmente de las prestaciones de salud.

De manera que podemos verificar que el Estado ha previsto que dicho financiamiento sea público o privado, en donde se pueda ver la intervención del derecho a la seguridad social, pues conforme se ha señalado dicho derecho nos protege contra las contingencias que se presenten durante nuestras vidas.

En consideración a lo anterior, se debe tener en cuenta que los recursos públicos se sustentan en la recaudación que realiza el Estado, mientras que los privados son aquellos que los propios usuarios financian.

Dichos recursos son administrados por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), a través de las cuales se puede acceder a distintos regímenes de financiamiento de salud, estas últimas son: (1) régimen contributivo, (2) régimen semicontributivo y (3) régimen subsidiado. Los cuales son descritos de la siguiente manera:

1. El régimen contributivo: Comprende a las personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
2. El régimen subsidiado: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.
3. El régimen semicontributivo: Comprende a las personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores,

según corresponda. (Congreso de la República del Perú, 2007, Ley 29344, Artículo 19).

Constatándose que dichos regímenes coadyuvan a que la población acceda a servicios de salud de manera accesible y de calidad, ya que ellos se traducen en recursos que son inyectados a las IPRESS; en tanto, se observa que, si se presta un servicio de salud, se realiza el pago correspondiente por parte de la IAFAS a la que pertenece la persona y, de esa manera, existe un flujo financiero que sustenta las prestaciones de salud.

Así se puede ver que el Seguro Social de Salud (EsSalud), las instituciones aseguradoras privadas y aquellos que pertenecen a la Sanidades de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas corresponden al régimen contributivo (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 3). A ello se le suma que los regímenes semicontributivo y subsidiado provienen del Seguro Integral de Salud (SIS), la misma que se originó en el marco de la Política de Aseguramiento Universal de Salud previamente detallada. (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 10).

Por añadidura, concerniente a la inversión en el sistema de salud, el Estado está constantemente fomentando la inversión del sector privado, así como lleva a cabo la inversión correspondiente para el mejoramiento de dicho sistema en todos los niveles de gobierno con el objetivo de contar con disponibilidad y, consecuentemente, se llegue a la universalidad del acceso a los servicios.

Ahora bien, una vez establecido cómo se financian los servicios de salud, es necesario hacer hincapié en el segundo punto referente a las IPRESS, las cuales son definidas como los establecimientos de salud, servicios médicos de apoyo y complementarios de la atención de salud, públicos, privados o mixtos que tienen como fin la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación (Ministerio de Salud, 2020, p. 17). De ellas parte la infraestructura y todos los bienes y servicios necesarios y especializados para la atención integral de salud.

Por tanto, se retomará la característica que tiene nuestro sistema de salud: la fragmentación. Ello en virtud de comprender la subdivisión de las IPRESS públicas y las privadas. Por tal, se empezará determinado aquellas que pertenecen al sector público en el marco de los niveles de gobierno: nacional, regional y local.

De ahí se tiene que (1) a nivel nacional, se congrega el MINSA, EsSalud que está adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, las sanidades de la Policía Nacional del Perú, la del Ejército del Perú, la de la Fuerza Aérea del Perú, la de la Marina

de Guerra y del INPE; (2) el siguiente nivel (regional) está conformado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y, por último, (3) a nivel local abarca establecimientos de salud de una provincia o distrito (Ministerio de Salud, 2019, p. 36).

Cada una de ellas puede tener una red de instituciones prestadoras de servicios de salud para la población, teniendo en cuenta que se fomenta la descentralización en la provisión de los servicios públicos de salud, tema que será materia de desarrollo en el siguiente apartado.

Por el contrario, las IPPRES privadas son aquellas que se financian con el régimen contributivo, cuyos servicios son brindados a la “población con capacidad de pago a través de los seguros privados” (Ministerio de Salud, 2019, p. 36).

Lo dicho hasta el momento, nos lleva a percatarnos que las IAFAS pueden contar con redes asistenciales que se traducen en IPRESS; por ejemplo, EsSalud cuenta con redes asistenciales en todos los departamentos del Perú y estas redes abarcan hospitales, policlínicos, postas u otros que se distribuyen dentro de todo el territorio peruano.

2.4 Descentralización de la salud en el Perú

Cuando se habla de descentralización, se debe hacer mención del artículo 188 de la Constitución Política del Perú, pues este prescribe lo siguiente:

La descentralización es una forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país. El proceso de descentralización se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y transferencias de recursos del gobierno nacional hacia los gobiernos regionales y locales. (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 188)

De ello se desprende que la descentralización opera como una forma de gobierno que debe ser observada en cada acción que realiza el Estado, pues se erige como mandatoria, ello a razón de que dicha forma de organización tiene como finalidad que todo el país se desarrolle; entendiendo el desarrollo como la acción de avanzar a la satisfacción de todas las necesidades de la población de modo sostenible y continuo. Es así que ella conlleva al mejoramiento de los servicios públicos que se le provee a la ciudadanía (Presidencia del Consejo de Ministros, 2011, p. 7).

Igualmente, se puede distinguir que la descentralización es un proceso que se llevará a cabo de manera progresiva por el gobierno nacional, quien transferirá una serie

de facultades, obligaciones, responsabilidades y atribuciones a los otros niveles de gobierno para que así puedan “ejercer un rol más activo en la elaboración y ejecución de políticas articuladas en beneficio de los ciudadanos” (Contraloría General de la República, 2016, p. 25).

En materia de salud, el artículo 9 de la Constitución plasma que los servicios de salud deben de ser descentralizados, pues se tiene que es el gobierno más cercano a la población quien es el más idóneo para ejercer dicha función o competencia de manera más eficiente (Congreso de la República del Perú, 2002, Ley 27783, Artículo 14).

Dicho criterio se configura en virtud de que los gobiernos más cercanos (gobiernos regionales o locales) representan de manera más centralizada o concentrada los intereses de la población que vive en su territorio; por ende, saben cuáles son sus necesidades básicas y lo que exigen del Estado, lo que implica que se fomente el acceso equitativo de los servicios de salud en el Perú combatiendo, consecuentemente, las desigualdades sociales existentes entre las regiones del país.

Por lo demás, ello supone una mayor participación ciudadana en las medidas que se implementen a favor del derecho a la salud; por lo tanto, no se observará un déficit de participación política como lo describe el Tribunal Constitucional dentro del rol de verificar las políticas públicas, pues dentro de dichos gobiernos pueden instalarse mecanismos que coadyuven a la población a la toma de decisiones respecto a qué necesidades son las más prioritarias a atender, todo ello acompañado de la supervisión continua del cumplimiento de las medidas que ya han sido concertadas.

Uno de los elementos que se ha citado previamente son los relativos al sistema de salud, entre los cuales encontramos a la gobernanza, la cual está conducida por el Ministerio de Salud (MINSA), quien se erige como ente rector del Sistema Nacional de Salud; por lo tanto, ejerce la rectoría del sector salud (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1161, Artículo 4-A).

Dicha competencia conlleva a que el MINSA se instaure como la Autoridad Nacional de Salud, pues a su cargo está la función rectora de la “formulación, la dirección y gestión de la política nacional de salud” (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1161, Artículo Primera Disposición Complementaria Final).

Sin pasar por alto lo señalado en el Reglamento de la Ley 30895, ya que establece que los gobiernos regionales y locales también se constituyen como autoridades en materia de salud de sus respectivas jurisdicciones y siempre de acuerdo a las políticas

nacionales de la materia y a las competencias asignadas por el ordenamiento jurídico vigente (Ministerio de Salud, 2020, Artículo 15)

En ese sentido, la rectoría del sector salud implica el diseño de políticas nacionales, multisectoriales y sectoriales, teniendo a consideración que dicho sector está conformado por el MINSA, entidades adscritas a él e instituciones de naturaleza pública o privada que se encuentren en todo nivel de gobierno, además de aquellos particulares que participan en las actividades de salud; pues tienen impacto directo o indirecto en la salud individual y colectiva de la población (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1161, Artículo 4).

Con lo cual dicho ministerio tiene a su cargo la función regulatoria que será obligatoria para todas las personas jurídicas y naturales a nivel nacional. Ello va acompañado de la supervisión y la articulación del cumplimiento de las políticas y normas en materia de salud que emita dicha entidad (Contraloría General de la República, 2016, p. 11).

Ello concuerda con lo que significa el término ente rector, pues dicha denominación alude a la “autoridad técnico-normativa a nivel nacional; [quien] dicta normas y establece los procedimientos relacionados con su ámbito; coordina su operación técnica y es responsable de su correcto funcionamiento” en el marco de todas las leyes correspondientes (Congreso de la República, 2007, Ley 29158, Artículo 44).

De tal forma que la rectoría entraña que exista una entidad especializada en la materia que se busca mejorar en el país, siendo en el presente caso la salud, en tanto dichas instituciones poseen la capacidad de análisis técnico, pues su función principalmente es conocer todos los supuestos que pueden involucrar alguna afectación a la salud de la población y, por ende, prevenir que dichos escenarios no acontezcan. Por el contrario, los gobiernos locales y regionales no se especializan netamente en dicha materia, en tanto ellos deben atender una demanda infinita de necesidades que no solo involucra la afectación de dicho derecho, sino otros.

Partiendo de ello, se puede observar que el MINSA posee una serie de facultades que se ejercen para regular, supervisar, conducir y evaluar el cumplimiento de las obligaciones en materia de salud por parte de toda la población y entidades que participan dentro del sector salud, cuya finalidad última es brindar servicios de salud integrales.

Por tal motivo, se puede visualizar que en el marco de su rectoría se le ha delimitado su competencia dentro del Título I del Decreto Legislativo 1161, Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Así,

entre las cuales se pueden reflejar competencias que son clave para combatir la pandemia del COVID-19: (1) salud de las personas, (2) aseguramiento en salud, (3) epidemias y emergencias sanitarias, (4) inteligencia sanitaria, (5) recursos humanos en salud, (6) infraestructura y equipamiento en salud, además de (7) investigación y tecnologías en salud (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1161, Artículo 3).

En atención a ello, el MINSA es la entidad que por excelencia deberá cumplir las obligaciones de regulación, protección a la salud, supervisión y fiscalización tratadas en el capítulo anterior, obligaciones que son fundamentales para que se proteja a cada una de las personas que se encuentren dentro del Perú. De igual modo, deberá ser la entidad encargada del proceso de descentralización, en tanto ella es aquella que posee las capacidades humanas, técnicas, tecnológicas, económicas u otras que deben ser transferidas a los otros niveles de gobierno.

Por ende, ante el proceso de descentralización, se debe tener presente que no solo se pueden transferir competencias, sino que también se deben transferir conocimientos, pues como se ha expresado: ellas no se encuentran especializadas en la atención integral de la salud. Por ello, debe ser el MINSA quien verifique el proceso de manera continua, ya que la razón de ser de dicha entidad es la protección de la salud pública, por lo cual siempre estará en constante búsqueda de soluciones de problemas que se presenten dentro del territorio peruano.

Se debe agregar que, a nivel nacional, el Poder Ejecutivo tiene a su cargo una serie de hospitales e institutos especializados, por lo cual también debe supervisar la plena prestación de dichos servicios a la máxima capacidad posible, pues este debe ser el referente de los otros niveles de gobierno en el cumplimiento de sus funciones.

En ese orden de ideas, todo lo dicho hasta el momento no significa que los gobiernos regionales y locales no realicen acciones de fomento de la protección de la salud, debido a que ella es una es una tarea que es realizada por todos los niveles de gobiernos, por lo que se puede constatar que es una competencia compartida (Congreso de la República, 2002, Ley 27783, Artículo 36). Ello en virtud de las razones que han sido explicadas anteriormente.

Así pues, los gobiernos regionales y locales también realizan acciones de protección de salud que pueden encontrarse plasmadas en ordenanzas regionales y municipales, respectivamente; pero estas se encuentran sujetas a lo establecido por el MINSA.

Se debe empezar hablando sobre los gobiernos regionales, pues estos conjuntamente con el gobierno nacional participan en la salud pública de su jurisdicción, por lo cual el MINSA aprueba la Resolución Ministerial 405-2005-MINSA, la misma que reconoce que las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) constituyen la autoridad de salud en sus respectivas regiones (Ministerio de Salud, 2005, Artículo 1).

En ella también se informa sobre los lineamientos que deben de ser aprobados para la organización de las DIRESA, por lo que nacen los Lineamientos para la adecuación de la organización de las direcciones regionales de salud en el marco del proceso de descentralización por la Resolución Ministerial 566-2005-MINSA (Ministerio de Salud, 2005, Artículo 1).

Consecuentemente, se puede ver que a nivel regional, dichos gobiernos tienen las siguientes funciones en materia de salud: (1) la formulación, aprobación, ejecución, conducción y supervisión a las políticas de salud regionales; (2) la coordinación de aquellas medidas que se implementarían en el ámbito regional sobre la salud integral de la población; (3) la promoción y ejecución de medidas de prevención a favor de la salud; (4) la organización de los niveles de atención y administración de las entidades que brindan prestaciones de salud en la región; (5) la de organizar, implementar y mantener las prestaciones de salud de modo integral, es decir los servicios de salud para la prevención, protección, rehabilitación y recuperación de la salud; (6) la de realizar acciones de supervisión y fiscalización de las entidades que prestan servicios de salud, ya sean públicas, privadas o mixtas; (7) la de direccionar y ejecutar de manera coordinada acciones de prevención y control de riesgos y daños de las emergencias y desastres; (8) la relativa a realizar acciones de planificación, financiamiento y ejecución de proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento que promuevan el desarrollo tecnológico en materia de salud en la región; (9) la de proveer a la población información respecto a la gestión que se realiza del sector, así como cuál es la oferta de infraestructura y servicios de salud en el ámbito regional (Congreso de la República, 2002, Ley 27867, Artículo 49).

Todo lo anterior es realizado por la DIRESA de cada región, dirección que también tiene a su cargo, según los lineamientos aprobados por la Resolución 566-2005-MINSA, la administración de los hospitales y las direcciones de redes de salud⁴⁵ que se encuentren localizados en dicha región.

⁴⁵ Ellas son “un órgano desconcentrado de la DIRESA, responsable de la administración de los establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución

En el marco de los párrafos precedentes, se debe resaltar que la propia normativa establece que la atención en salud debe ser integral, de modo que no solo se busca que las personas recuperen sus estados de salud anteriores a una enfermedad, sino también están focalizados en la prevención, pues dicha obligación evita que se lleguen a escenarios de vulneración grave de los derechos humanos.

Ahora, dichos gobiernos tienen a su cargo instituciones prestadoras de servicio de salud, por lo que ellos proveen servicios de salud que deben prestarse conforme a los criterios establecidos por la Corte IDH y adoptados por el TC. Por ende, se puede notar que los gobiernos regionales tienen la función de proveer servicios de salud y realizar acciones de prevención.

Asimismo, se debe poner especial énfasis en la tarea de supervisión y fiscalización a las entidades prestadoras de servicios de salud, en tanto ellas deben cumplir con los estándares de calidad.

En la misma línea, la ejecución de proyectos de infraestructura sanitaria es una medida que ataca de manera directa la falta de disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud, por lo que el MINSA debe realizar una tarea de fiscalización sobre las autoridades sanitarias regionales y locales; evaluando si se presentan problemas administrativos, financieros u otros en la correcta ejecución del proyecto, además de alertar de dichos problemas a la Contraloría General de la República para que realice las acciones necesarias en el marco de sus competencias.

Lo mismo ocurre a nivel local, teniendo en cuenta que las municipalidades también comparten funciones en materia de salud, entre las cuales, se debe resaltar que: (1) gestionan la atención primaria de salud⁴⁶, la construcción de postas médicas o puestos de salud, además del equipamiento de estos últimos y (2) realizan campañas en materia de medicina preventiva y educación sanitaria (Congreso de la República, 2003, Ley 27972, Artículo 80).

Así, dicho nivel de gobierno es quien se encuentra más próximo a la población; de ahí que las acciones en materia de salud y especialmente la relativa a las prestaciones de dichos servicios tome una gran relevancia, pues a través de ellas se puede recabar

interrelacionados entre sí” ello es parte de los lineamientos aprobados por la Resolución Ministerial 566-2005-MINSA (Ministerio de Salud, 2005)

⁴⁶ Definida, según el Ministerio de salud, como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familiares 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 autorresponsabilidad y autodeterminación” (Ministerio de Salud, 2020, p. 9).

información que es determinante para el diseño de una política, además de que se realicen medidas que garanticen el pleno ejercicio del derecho a la salud.

En resumen, cabe resaltar las competencias relativas: (1) políticas en materia de atención integral de la salud y (2) prestación de servicio integral de salud. Competencias que los tres niveles de gobierno poseen, sin embargo, el nivel nacional marca la pauta que deben seguir los regionales y locales, pues el primero se erige como ente rector del sistema nacional de salud en el Perú, además de reunir la información referente a las necesidades de salud y posibles soluciones que obtiene por la coordinación existente entre dichos niveles de gobierno.

2.5 Mecanismos de tutela del derecho a la salud

Una vez delimitado los actores que se involucran en el ejercicio del derecho a la salud, se requiere saber cuáles son los mecanismos de tutela que el Perú ha implementado para que la provisión de los servicios de salud se encuentre de acuerdo a los estándares nacionales e internacionales que han sido objeto de análisis previo. En vista que la plena efectividad de los DESCAs exige que se construyan mecanismos efectivos a fin de que se diluciden hechos que pueden involucrar vulneraciones de dichos derechos fundamentales (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2010-PI/TC, 2012, párr. 37).

Entonces, en el presente apartado, se presentarán los mecanismos que el Perú ha implementado a través de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), en el cual se puede constatar la potestad sancionadora que ostenta dicha entidad por la comisión de infracciones realizadas por las instituciones encargadas de la provisión de servicios de salud, así como aquellas instituciones encargadas del financiamiento de dicho derecho, además de la tutela constitucional.

2.5.1 Tutela administrativa

La normativa peruana establece de manera expresa una serie de derechos y libertades que se derivan del derecho a la salud y son fundamentales para la protección de los usuarios de los servicios de salud; dichos derechos se desarrollan en la Ley General de Salud y en la Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, Ley 26842 y Ley 29414, respectivamente.

Entre las libertades y derechos que se hace mención se circunscriben las siguientes: (1) acceso a los servicios integrales de salud física y mental, en el marco de calidad, aceptabilidad, accesibilidad y disponibilidad; (2) consentimiento informado; (3) libertad de elección de IPRESS y de tratamiento; (4) información en materia de salud

pública; (5) derechos reproductivos en relación a los métodos anticonceptivos y los tratamientos de reproducción asistida con la información correspondiente; (6) recibir certificado médico; (7) participación en la promoción del derecho a la salud, (8) recibir información sobre los derechos que posee y cómo ejercerlos; (9) información sobre los tratamientos, riesgos y efectos adversos; (10) a negarse al tratamiento e informarse lo que ello conlleva; sin perjuicio de otros que se puedan visualizar en la normativa o hayan sido desarrollados precedentemente y aquellos que se puedan ir reconociendo en el marco de la naturaleza expansiva del derecho a la salud.

Por otro lado, dentro de dicha normativa, se ha tenido un especial cuidado en considerar la existencia de poblaciones vulnerables como las personas con discapacidades, niños, adultos mayores, adolescentes, madres gestantes y otras, siendo de esa manera ellas objeto de especial protección. Resaltándose la obligación de prevención a que no se llegue a un escenario de discapacidad, así como la rehabilitación respectiva de dicha población; asimismo, también se habla de los determinantes sociales que pueden afectar a la salud de las personas con discapacidades (Congreso de la República del Perú, Ley 26842, 1997, Artículo 9).

En base a la protección de los usuarios de los servicios de salud, el Estado establece una serie de recursos que podrán ser utilizados como mecanismos de exigibilidad, ello en virtud del literal f del numeral 15.3 del artículo 15 de la Ley 26842, en donde se señala que las personas tienen derecho a ser oídas por las instancias correspondientes en relación a su disconformidad sobre la atención que han recibido, así como a recibir respuestas de ellas; es por ello que se le proveerá de dichos recursos para que así se pueda discutir sobre las prestaciones de salud ejecutadas (Congreso de la República del Perú, Ley 26842, 1997, Artículo 15).

En efecto, para que la protección de los derechos, libertades y poblaciones vulnerables sea efectiva, el Estado debe otorgar una serie de instrumentos que respondan a las situaciones de vulneración del derecho a la salud, en tanto debe proporcionar un marco legal (obligación de garantía y obligación de regulación) que permita exigir a los prestadores de los servicios de salud brindar una prestación adecuada a las características particulares de cada persona; considerando que de no brindarse ello, se podría imponer una sanción, además de obligarlo a prestar la prestación acorde a las características exigidas.

Ello se condice con lo establecido en la Ley 29414, en donde el artículo 3 establece que:

los establecimientos de salud y órganos de los gobiernos Nacional, regional y local son responsables de organizar instancias de carácter independiente, autónomo y confidencial que garanticen equidad y justicia para la protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud. (Congreso de la República del Perú, Ley 29414, 2009, Artículo 3)

De modo que en el desarrollo reglamentario de la Ley 29414, se establece que, ante las situaciones de disconformidad con el servicio brindado, los usuarios del servicio de salud pueden presentar: (1) reclamos a las instancias competentes de las IPRESS o las IAFAS o (2) acudir vía queja a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) (Ministerio de Salud, 2015, Artículo 28).

Dichos mecanismos han sido regulados por el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, públicas, privadas y mixtas, aprobado por Decreto Supremo 030-2016-SA, en el cual se refleja el desarrollo de las etapas de atención, el plazo para determinar una respuesta por parte de las entidades a las que se presentan dichos recursos, así como las características que deben tener los libros de reclamaciones en salud de las entidades previamente mencionadas.

Además, mediante dicho documento normativo, se describe que los reclamos y quejas son manifestaciones escritas o verbales que se originan por la insatisfacción de los servicios, prestaciones, coberturas solicitadas o recibidas por parte de las IPRESS, IAFAS o UGIPRESS, además que la interposición del primero no constituye vía previa de la segunda (Ministerio de Salud, 2016, Artículo 5); siendo que la diferencia entre ellos oscila en la entidad a la que será presentado el reclamo o queja y, consecuentemente, lo resolverá.

En dicho contexto, se puede determinar que los reclamos serán atendidos por aquel que ha prestado el servicio de salud; sin embargo, la queja será resuelta por SUSALUD, entidad que tiene entre sus funciones la defensa y protección del derecho a la salud de la población y cuya estructura orgánica se encuentra configurada para ello como se verá más adelante cuando se trate sobre la función de supervisión.

En relación con los reclamos, estos se admiten y se procede a la investigación correspondiente, concluyéndose con el Informe de Resultado de Reclamo por parte de la IPRESS o la IAFAS (Ministerio de Salud, 2016, Artículo 21). En dichos informes, las

instituciones antes mencionadas responderán, observando los requisitos establecidos por la norma.

Respecto a las quejas, estas son la materialización de la labor de supervisión que realiza SUSALUD (Ministerio de Salud, 2016, Artículo 26), a ello se le suma que estas son admitidas y resueltas por la Intendencia de Protección de Derechos en Salud, órgano en línea de SUSALUD. Teniendo en cuenta que, si se verifica la presunción de la comisión de alguna infracción, se realiza un Informe Inicial de Queja que es remitido a la IPRESS, IAFAS o UGIPRESS para que presente los descargos correspondientes (Ministerio de Salud, 2016, Artículo 37).

Una vez analizados los documentos anteriores (Informe Inicial y descargos) y habiéndose llegado a la conclusión de la existencia de una presunta comisión de infracción, se remite un Informe Final de Queja a la Intendencia de Fiscalización y Sanción, recomendando el inicio de un procedimiento administrativo sancionador (PAS); generándose el término de la atención de la queja presentada (Ministerio de Salud, 2016, Artículo 40).

Es pertinente señalar lo que el Reglamento de Infracción y sanciones de SUSALUD⁴⁷ establece sobre la infracción, pues ella es aquella acción u omisión que afecta: (1) la cobertura prestacional o financiera del asegurado, (2) los derechos a la vida, salud e información de las personas usuarias, (3) los estándares precedentemente desarrollados respecto a las prestaciones de salud (Ministerio de Salud, 2014, Artículo 2). Por ende, si se verifica que los hechos se encuadran en el supuesto de hecho de la infracción, entonces de manera preliminar, se recomendará que se inicie un PAS contra la IPRESS o IAFAS, con lo cual se buscaría la protección del derecho a la salud.

Realizada la recomendación en el informe final de queja sobre el inicio del PAS, la Intendencia de Fiscalización y Sanción es quien conduce la fase de instrucción en donde se archiva el caso o se dispone el inicio de dicho procedimiento, imputándose los cargos respectivos y recomendando medidas de carácter previsional, cuando se requiera. Obteniéndose, de esta manera, un informe inicial y final de instrucción que será elevado a la Superintendencia Adjunta de Regulación y Fiscalización para que esta última resuelva o archive, originándose así el fin de la primera instancia (Ministerio de Salud, 2014, Artículo 2). Se debe agregar que el trabajo que realiza la superintendencia se

⁴⁷ Aprobado por Decreto Supremo 031-2014-SA

conduce dentro de la fase resolutoria, cuya resolución puede ser impugnada y será el Tribunal de SUSALUD quien resuelva en última instancia administrativa.

A propósito de los PAS, el inicio de dicho procedimiento también surge a raíz de las facultades supervisoras y fiscalizadoras que SUSALUD tiene a su cargo. Es decir, cuando durante una acción de control, se advierta que existe una presunta comisión de una infracción, los órganos de SUSALUD que se encuentren a cargo de dicha acción de control, remiten el informe respectivo para que se pueda proceder al inicio del PAS (Ministerio de Salud, 2014, Artículo 9).

La función de supervisión de SUSALUD se encuentra regulada en el Reglamento de Supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, aprobado por el Decreto Supremo 034-2015-SA. Dentro de dicho marco legal, se observará quiénes participan en la supervisión, las etapas de ella, además de las medidas que corresponda imponer a dichas instituciones.

De manera que, en tal reglamento, se establece cuáles son los órganos competentes de SUSALUD para llevar a cabo acciones de supervisión, por lo que se verá que: (1) la Intendencia de Supervisión de IAFAS lleva a cabo aquella supervisión de las actividades que realizan las IAFAS y los aspectos financieros y contables de las UGIPRESS; (2) la Intendencia de Supervisión de IPRESS realiza acciones de supervisión de los procesos relacionados con la oportunidad, calidad, disponibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud brindados por parte de las IPRESS; (3) la Intendencia de Protección de Derechos en Salud lleva a cabo acciones de supervisión de los actos o hechos que vulneren los derechos de los usuarios de salud por intervención de oficio o a solicitud de parte; (4) la Intendencia de Promoción de Derechos en Salud lleva a cabo la vigilancia de la implementación y operación de las plataformas de atención al ciudadano en las IAFAS o IPRESS; y (5) la Intendencia de Investigación y Desarrollo valida que la información generada por las IAFAS, UGIPRESS y IPRESS sea de calidad, oportuna, disponible y transparente (Ministerio de Salud, 2015, Artículo 12).

Dichas actividades de supervisión derivan, de ser el caso, en la elaboración de un informe final de presuntas infracciones por los órganos de SUSALUD competentes mencionados en el párrafo anterior; dichos informes serán puestos a conocimiento de la Intendencia de Fiscalización y Sanción si existiera la presunta comisión de alguna infracción que vulnere el derecho a la salud, recomendándose el inicio del PAS.

Cabe destacar que las acciones de supervisión se activan de oficio o por alguna denuncia presentada a SUSALUD, por una persona natural o jurídica que no es el usuario del servicio o tercero legitimado.

En concreto, se puede afirmar que, en el marco administrativo, el Estado ha provisto de una entidad que realice las funciones de regulación, supervisión, fiscalización e imposición de sanciones, de ser el caso, ante actos u omisiones que vulneren el derecho a la salud en razón de no prestar servicios integrales de salud o prestarlos inadecuadamente.

En consecuencia, el Perú ha cumplido la obligación de garantía en el extremo referente a la identificación de una entidad como SUSALUD para que vigile el correcto funcionamiento de las IPRESS e IAFAS que intervienen en la cadena de producción de servicios de salud, fijando mecanismos de protección como el PAS para que se tutele a las personas usuarias de dichos servicios.

2.5.2 Tutela constitucional

A lo largo del presente capítulo, se ha citado una serie de sentencias constitucionales cuyo objeto ha sido dilucidar las obligaciones que el Estado tiene respecto al derecho a la salud. Ellas han sido establecidas en los diferentes procesos constitucionales que han surgido a raíz de la vulneración de dicho derecho. En consecuencia, se puede verificar que la población ha utilizado dichos procesos para solicitar la tutela de su derecho al Estado, especialmente al TC.

Ello concuerda con lo expresado por Luis Roel Alva y Ronny Rojas Álvarez (2021), quienes establecen que la exigibilidad a nivel interno de los DESCAs se ampara en la utilización de los procesos constitucionales, ya que estos son mecanismos idóneos que pueden lograr su pleno cumplimiento y satisfacción (p. 114).

Entre los procesos constitucionales identificados por los citados autores se encuentran el proceso de amparo y el proceso de cumplimiento. El primero tutela todo derecho que no se encuentra bajo el paraguas de los “procesos de habeas corpus, habeas data o proceso de cumplimiento” (Landa, 2011, p. 211), de manera que dentro de los derechos que se encuentran bajo su protección se puede visualizar el derecho a la salud (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo 44).

En tal sentido, el amparo se erige como un mecanismo de exigibilidad directa, en cuanto, conforme se ha estimado, es una institución procesal que exige los DESCAs de manera autónoma, sin recurrir a otro derecho para fundamentar su pretensión. Si bien es

cierto se puede analizar la interdependencia e indivisibilidad existente entre otros derechos humanos, ello no significa que el TC únicamente se base en esa relación para declarar vulnerado el derecho a la salud.

Así, el segundo proceso al que se hace mención tiene como objeto que se ordene el cumplimiento de determinada acción al funcionario o autoridad pública que se encuentra renuente a realizarlo en el marco de las competencias que les han sido atribuidas (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo 65). Es decir, mediante norma o acto administrativo se ha ordenado al funcionario realizar determinado acto; no obstante, este hace caso omiso a la orden que le ha sido encomendada, hecho que genera, a la larga, que no se efectivice determinado derecho fundamental.

El TC clarifica que dicho proceso constitucional reconoce y protege “la configuración del derecho constitucional de asegurar y exigir la eficacia de las normas legales y de los actos administrativos”, pues se observa un escenario en donde una autoridad no quiere acatar una orden que incide en la vulneración de un derecho fundamental (Tribunal Constitucional, Sentencia 0168-2005-AC/TC, 2006, párr. 9).

Por consiguiente, se tiene que el TC determina que existe un derecho a la eficacia de las normas o actos administrativos, ya que estas dos últimas se fundan en la distribución de competencias que tiene cada órgano que estructura el Estado y cómo dichas funciones coadyuvan a que se dé el pleno ejercicio de los derechos.

A causa de lo que se ha descrito, se puede visualizar una protección indirecta de los derechos fundamentales, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud; de ahí que el proceso de cumplimiento proporcione un mecanismo de exigibilidad indirecto, “siempre y cuando exista un mandato claro, concreto y vigente, dispuesto en una ley o un acto administrativo, que se encuentre indisolublemente ligado a la protección de los derechos fundamentales” (Tribunal Constitucional, Sentencia 2002-2006-PC/TC, 2006, párr. 3). Por tanto, se puede afirmar la existencia de una relación de interdependencia entre el derecho a que las normas tomen plena eficacia y el derecho a la salud.

Siguiendo la misma línea argumentativa, vale decir que también existe la exigibilidad indirecta del derecho a la salud en el proceso de hábeas corpus, pues si bien dicho proceso ha sido diseñado para la protección del derecho a la libertad, este también protege el derecho a la salud por la conexidad existente con su derecho objeto de protección.

Al respecto, se puede ver que uno de los tipos de habeas corpus, específicamente el habeas corpus correctivo, extiende su protección hacia otros derechos fundamentales

que se están vulnerando, tales como la vida, la integridad psicológica o física y el mismo derecho a la salud de aquella población que se encuentra en custodia del Estado por estar recluido en establecimientos penitenciarios (Tribunal Constitucional, Sentencia 5559-2009-PHC/TC, 2010, párr. 4).

En otras palabras, el hecho de que la persona se encuentre en reclusión, puede llevar a acciones arbitrarias por parte de los agentes estatales que vulneren el derecho a la salud de la persona detenida. Cabe agregar que dicho proceso también se ha erigido como una herramienta que ha dado lugar a que haya un mayor análisis y debate respecto a la naturaleza del derecho a la salud y las obligaciones del Estado respecto a ella.

Por otro lado, es pertinente recordar que todos los procesos constitucionales, independientemente de sus características particulares, tienen como finalidad la protección de los derechos fundamentales que son reconocidos por la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos, además de la protección de “los principios de supremacía de la Constitución y fuerza normativa” (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo II). Por lo que siempre se observará la protección del derecho a la salud, pese a que el proceso constitucional no sea el idóneo para verificar netamente el cumplimiento de las obligaciones nacidas de dicho derecho.

En suma, se ha considerado que: (1) el amparo es el proceso constitucional que protege el derecho a la salud de manera autónoma, (2) mediante los procesos de cumplimiento y habeas corpus se protege el derecho a la salud de manera indirecta y (3) los procesos constitucionales al tener como finalidad última la protección de los derechos humanos, si dentro de su análisis se encuentra un conflicto relativo a la vulneración del derecho a la salud; optarán por su protección, por lo que se convertirán en un mecanismo de garantía indirecta.

2.6 Problemas que enfrenta el derecho a la salud en el Perú

A pesar de que, a lo largo del presente trabajo de investigación, se ha visto que el Perú ha ido avanzando progresivamente en la emisión de normativa y diseño de mecanismos de tutela de los derechos humanos, también se debe tener presente que dicho avance se ha visto empañado por una serie de problemas estructurales que enfrenta el país, entre los cuales se distinguen la corrupción y la mala gestión de los gobiernos en turno.

Es pertinente establecer que la Constitución confiere una serie de competencias a cada una de las autoridades que se encuentran ejerciendo una función pública, las cuales deben ser cumplidas a cabalidad y siempre observando la protección de los derechos

fundamentales de cada una de las personas que se encuentran dentro del territorio del Perú; por eso lo expresado en el fundamento de voto del magistrado Espinosa-Saldaña Barrera cobra sentido, pues señala que las atribuciones que se les ha otorgado no son ilimitadas, ya que deben seguir los parámetros constitucionales y legales que se han configurado a lo largo del tiempo; siendo que ello busca evitar el manejo equivocado de los recursos del gobierno y la corrupción (Tribunal Constitucional, Sentencia 0017-2018-PI/TC, 2020, párr. 3).

De manera que ambas se erigen como dificultades que menoscaban el actuar estatal para la protección de los derechos humanos; en consecuencia, el Estado debe realizar acciones que tengan como objetivo erradicarlas, pues de lo contrario se podría afirmar que no se está cumpliendo con las obligaciones de garantía y progresividad, lo que, consecuentemente, conlleva a la vulneración del derecho a la salud.

2.6.1 Corrupción

Lo anterior también ha sido objeto de pronunciamiento del TC, pues este ha reconocido que la corrupción es uno de los más graves problemas que existen en nuestra sociedad (Tribunal Constitucional, Sentencia 0101-2022-PA/TC, 2022, párr. 7). A razón de ello, se desarrollará qué se entiende por corrupción para luego pasar a trazar cuál es el nexo existente entre ella y la vulneración de los derechos humanos.

Anne Peters (2018) relaciona la corrupción con la omisión de la observancia de la normativa, pues las decisiones administrativas o políticas que toman las autoridades no siguen un procedimiento legal que ha sido creado con el propósito de ordenar y transparentar la actuación estatal y, por lo tanto, se oriente al cumplimiento de objetivos que ayuden al desarrollo del país, especialmente de las personas que viven en él; en tal sentido, la corrupción se constituye como la negación de los derechos (pp. 27-28).

Para entender ello, es necesario recordar lo siguiente: (1) la Constitución Política del Perú es la norma suprema que refleja los principios y valores que la sociedad peruana debe de respetar y proteger, y (2) dicha norma establece las funciones y competencias de los funcionarios públicos. Dichos puntos van de la mano para que se configure el correcto funcionamiento del Estado y que las personas puedan disfrutar de los bienes y servicios que son necesarios para su vida.

Sin embargo, se ha visto que los funcionarios se apartan de los deberes constitucionales que les han sido encomendados, por lo que se está desconociendo el carácter vinculante y obligatorio de la norma, de modo que el no ejercicio de sus

funciones puede derivar en que no se cumpla con la provisión de determinado servicio que se le ha encargado, lo que genera, a su vez, que no se ejerza de manera plena el derecho involucrado con el servicio que no se está proveyendo.

Así, agrega Alfonso Quiroz que la corrupción origina una serie de actos como la recepción u ofrecimiento de sobornos, la malversación, la mala gestión de los fondos estatales y gastos públicos, entre otros (como se cita en Roel, 2022, p. 539). Dichos comportamientos se traducen en el desvío de las funciones que han sido conferidas a los funcionarios, pues su comportamiento omite los parámetros constitucionales y legales, siendo que lo que se busca a través de ellos es un beneficio propio en desmedro de los intereses colectivos.

Partiendo desde lo dicho hasta el momento, se afirma que las autoridades públicas hacen un mal uso de las funciones que les son otorgadas por norma, negando de esa manera el desarrollo del país por ventajas o beneficios económicos o políticos indebidos para ellos o para terceros (Defensoría del Pueblo, 2010, p. 71).

Ahora bien, los funcionarios públicos tienen la tarea de realizar acciones que fomenten y protejan los derechos de las personas, estas acciones se convierten en gestión de los recursos económicos, financieros, humanos, entre otros. No obstante, ello se ve obstaculizado por el hecho de que los funcionarios desvían dichos recursos con el objetivo de obtener beneficios individuales.

En tal sentido, como afirma Roel (2022), los recursos económicos se pierden y desperdician ante la corrupción, pues ello no permite que el Perú pueda invertirlos en la implementación y mejoramiento de los servicios públicos que concretan los derechos fundamentales; en consecuencia, no se permite un correcto funcionamiento de la administración estatal (pp. 539-541). Un claro ejemplo de ello es cuando las autoridades y los proveedores de bienes y servicios concertan determinado precio (aumentándole para que se utilicen mayores recursos públicos) en un procedimiento de adjudicación pública para que se pueda construir infraestructura sanitaria necesaria en el país, de modo que se deja a lado la competitividad que se busca dentro del procedimiento para poder obtener la oferta más beneficiosa.

En otras palabras, cuando se habla de corrupción, se habla de un fenómeno social en donde se visualiza que las personas comprometen sus principios y valores por la obtención de un beneficio, lo que genera el perjuicio de la población en general, pues nulifica o reduce la efectividad de los derechos humanos.

El impacto que se genera en el pleno ejercicio de los DESCAs se origina debido a que dichos derechos se materializan de manera más patente en la provisión de servicios, los cuales se fundamentan en un gasto público que conlleva el uso de bienes y servicios de calidad; estos últimos son provistos por terceros para ejecutar una obra o coadyuvar a la provisión de los servicios públicos. Pese a ello, una vez que entra a tallar la corrupción, los insumos de los servicios públicos pueden ser de mala calidad, estar sobrevalorados o no ser aptos para la población objetivo, entre otros problemas.

Ello da como resultado que los servicios públicos que se brindan no alcancen los estándares internacionales de protección de los derechos humanos. Por lo que la CIDH reafirma la relevancia que tiene el combate contra la corrupción para que dichos problemas no se presenten y con ello se evite el escenario de no garantía ni goce efectivo de los derechos, pues su efectividad depende, en mayor medida, del presupuesto público (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2017, p. 1).

Roel (2022), comentando respecto a las medidas que el Perú ha adoptado contra la lucha de la corrupción, destaca la implementación de un organismo (Comisión de Alto Nivel Anticorrupción, creada por la Ley 29976) que dialoga, fomenta y propone políticas públicas o soluciones que ataquen dicho problema; que si bien es cierto es un signo positivo, ello debe ir acompañado de la ejecución constante de tales propuestas, pues dichas iniciativas deben ponerse en acción (pp. 546-547).

Siguiendo la misma línea argumentativa, el mismo autor resalta que las medidas que se deben tomar deben tener en cuenta la prevención, la cual parte de la obligación de garantía en el marco del SIDH. Por lo tanto, no solo es necesario usar herramientas que castiguen los actos de corrupción, sino que deben buscar prevenir que el acto se concrete, pues una vez concretado dicho acto, ya se ha vulnerado los derechos humanos de las personas que esperaban que el Estado les otorgara una serie de servicios que les permitirán que se ejerzan plenamente los derechos fundamentales (Roel, 2022, pp. 547-561).

De modo que la corrupción afecta el efectivo ejercicio de los derechos humanos, en cuanto no permite que la acción estatal amplíe los beneficios que los ciudadanos deben gozar respecto a los servicios públicos, teniendo en consideración que para su efectividad se debe usar el máximo de los recursos posibles. Al ser el Estado consciente de ello, no solo debe proponer medidas, sino debe ejecutarlas para que no acontezcan hechos de corrupción, contribuyendo, en ese sentido, en el cumplimiento de la obligación de prevención.

Otro aspecto relevante que se ha de tratar es una de las consecuencias que se genera por la corrupción, este es el debilitamiento de la confianza existente de la población respecto a las instituciones democráticas (Tribunal Constitucional, Sentencia 02148-2019-PHD/TC, 2020, párr. 7).

Dicha consecuencia se puede visualizar al día de hoy, pues se observa que las personas ya no creen en las instituciones democráticas como el Congreso, que en principio nació para representar los intereses de la población; sin embargo, con el transcurso del tiempo, se acentuó la percepción de que dicha institución se ha degenerado hasta convertirse en un foco de intereses individuales que representan los grandes grupos económicos y no los intereses de las poblaciones vulnerables y la población en general.

Lo anterior, genera, a su vez, que la sociedad tampoco cumpla con el rol que debe realizar sobre el fomento de los derechos humanos como es el pagar los tributos pertinentes para que estos sean utilizados para el financiamiento de políticas de salud que mejoren la calidad de vida de los ciudadanos.

En conclusión, la corrupción es un problema que ocasiona: (1) la no utilización de los recursos para la protección de los derechos humanos, (2) la reducción de la efectividad de los DESCAs, (3) la falta de confianza en las instituciones democráticas que deben cumplir funciones de provisión de servicios públicos y (4) que la sociedad no contribuya en la defensa y promoción de los derechos humanos.

2.6.2 Mala gestión

En el presente apartado se desarrollará la mala gestión que se visualiza a través de la descentralización, es decir mediante los gobiernos locales, regionales y nacional. Ello ha sido tratado precedentemente, en donde se ha expuesto nociones básicas respecto a los problemas que se enfrentan al traspasar competencias y recursos.

Antes que todo, se deben exponer dos conceptos claves para entender el problema al que el Estado se enfrenta para cumplir con sus obligaciones respecto al derecho a la salud: (1) gobierno y (2) gestión pública.

Cuando se habla de gobierno, según Dupay, se habla de un elemento del Estado, pues este último se constituye de población, territorio y gobierno; siendo el gobierno una expresión de la voluntad del Estado al ser un aparato político que se ha instaurado a razón de él, asimismo, su fundamento se determina por el satisfacer las necesidades básicas de aquella población que se encuentra dentro de su autoridad o jurisdicción (como se cita en Salmón, 2014, pp. 64-63).

En otros términos, el gobierno es una forma de expresión política, cuya función principal es dar voz y soluciones a la población que se encuentra dentro de él, teniendo en cuenta que la autoridad que la dirige fue elegida por la población que será beneficiada con sus decisiones en todos los ámbitos, ya sea en materia de salud, educación, medio ambiente, entre otros.

Por otra parte, al hablar de gestión pública, nos referimos a la manera o forma en que un gobierno conduce sus actividades para cumplir las obligaciones o funciones a las que está obligado (Wolf & Gürgen, 2000, p. 3). Es decir, la gestión pública es la manera en cómo se organiza y dirige determinado gobierno para cumplir las funciones que le han sido asignadas por norma y, con ello, satisfacer las necesidades de la población que los ha elegido.

Por tanto, ambos conceptos implican que una determinada autoridad que se encuentre a cargo de una jurisdicción realice las actividades que le han sido encomendadas en el marco de sus capacidades para cumplir con el fin último del Estado: asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos humanos a través de los servicios públicos.

De esa forma, al mencionar la mala gestión de los gobiernos, se hace referencia a que la manera en que las autoridades están cumpliendo sus funciones es deficiente, inadecuada, ineficiente e ineficaz para el cumplimiento de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos; por lo que, consecuentemente, se observaría una falta de efectividad de dichos derechos. Lo cual se debe a una variedad de factores, entre ellos, la falta de capacidad técnica o especializada en materia de salud, como se ha expuesto previamente.

Al respecto, se observa que, si bien la descentralización es un mecanismo que ayuda a que se busquen soluciones con los actores involucrados, ya sean públicos o privados (también los usuarios de los servicios), este mecanismo, como se ha mencionado en páginas anteriores, debe ir acompañado de un desarrollo constante de las capacidades de respuesta de aquellas personas que tienen a su cargo la dirección de las políticas de salud en los distintos niveles de gobierno, así como aquellas que las ejecutan dentro de sus ámbitos.

No obstante, ello no es la única causa para que se observe la mala gestión, pues se debe tener presente que la nueva autoridad que ingresa al gobierno puede carecer de conocimientos sobre el funcionamiento y la estructura del Estado, por lo cual no cumpla

sus funciones a cabalidad. Por eso, se puede ver la falta de liderazgo, supervisión y fiscalización en la provisión de servicios públicos de calidad como la salud

La mala gestión también genera la pérdida de los recursos públicos, pues el desconocimiento acarrea una serie de errores que se traducen en gasto de bienes, servicios y personal para atender las áreas deficientes de manera recurrente.

Adicionalmente, se debe hacer una atinencia respecto a la mala gestión y la corrupción, ya que ellas se diferencian en que la primera es una falta de capacidades para el cumplimiento de sus funciones; mientras que la segunda es el no cumplimiento de sus funciones por obtener un beneficio propio. Si bien es cierto, ambas causan un impacto negativo hacia los derechos fundamentales de la población, ellas se originan por distintos motivos.

Un tema constante y en donde se visualiza de manera más palpable la desprotección del derecho a la salud es en la ejecución del gasto público en salud, pues se tiene que los gobiernos locales y regionales se escudan en que no poseen los recursos necesarios para cumplir sus obligaciones de salud; sin embargo, no ejecutan el presupuesto que ya tienen para la provisión de bienes y servicios respecto a la prestación de salud integral. Por ese motivo, se ha realizado una búsqueda respecto a cuál ha sido el gasto de dichos gobiernos sobre la función salud desde el año 2010 al 2022.

Tabla 2.1*Ejecución de gasto en el sector público en salud (%)*

AÑO	NIVELES DE GOBIERNO		
	NACIONAL	REGIONAL	LOCAL
2010	87.8	74.3	67.9
2011	81.8	81.7	50.7
2012	88.9	85.3	49.8
2013	94.4	91.1	60.3
2014	92	89.2	72.2
2015	95.5	91.9	64.1
2016	94.5	91.1	67.7
2017	92.7	88.3	71.7
2018	93.3	86.3	71.7
2019	94.4	84.2	69.6
2020	85.9	90.9	66.1
2021	87.9	88.7	62.3
2022	93.4	87.9	64.6

Nota: Información de Consulta de Ejecución de Gasto de los años 2010 al 2022, recuperada el 03 de enero de 2023.

El % representa la razón del Devengado (Artículo 43 del Decreto Legislativo 1440) entre el PIM (Presupuesto Institucional Modificado), expresado en porcentaje.

En la tabla anterior, se puede determinar que entre los años 2010 y 2022 dentro de los gobiernos locales, se ha ejecutado menos del 73% del presupuesto asignado para la función salud, siendo el año 2012 donde se realizó la menor ejecución (49.8 %) y el año 2014 donde se realizó la mayor ejecución presupuestaria (72.2 %). Dichas cifras demuestran que se ha dejado de ejecutar por lo menos el 17% del presupuesto en la función salud. Por lo que podemos afirmar que los gobiernos locales han realizado una mala gestión de los recursos estatales que se les ha asignado para que se fomente y proteja el derecho a la salud.

Sobre los gobiernos regionales, se puede ver que existe una tendencia a ejecutar menos del 92% del presupuesto durante los años antes mencionados. En donde la menor ejecución (74.3 %) se realiza en el año 2010 y la mayor (91.9 %) en el 2015. De manera que se deja de ejecutar por lo menos 8% del presupuesto.

Respecto al gobierno nacional, se observa que ejecuta más del 94% del presupuesto asignado, teniendo como máxima ejecución (95.5 %) el año 2015 y la menor ejecución (81.8 %) el año 2011.

De lo descrito hasta el momento sobre la Tabla 2.1, se puede deducir que los gobiernos locales ejecutan menos en comparación con el gobierno nacional y los

gobiernos regionales, además que es el gobierno nacional el que realiza una mayor ejecución de gasto respecto a los otros niveles de gobierno.

Por lo tanto, en términos de ejecución de gasto, el gobierno nacional es quien realiza una mejor gestión pública de los recursos estatales; por el contrario, ello no pasa con los gobiernos locales. Entonces, se debe fortalecer las capacidades de gestión de gasto de estos últimos para que así puedan cumplir las funciones que se les ha dado sobre el derecho a la salud de su población.

Otro problema concreto que se ha detectado dentro de la investigación del presente trabajo es la demora que existe en el Ministerio de Salud (ente rector) para el cumplimiento de su obligación de regulación, en tanto, se puede observar que el 28 de diciembre de 2018, el Congreso de la República emite la Ley 30895 que fortalece su función rectora para que se garantice de manera efectiva el derecho a la salud de la población mediante la adecuada implementación de las políticas nacionales y sectoriales dentro de los niveles de gobiernos previamente descritos, siendo que en dicha norma se establece que el Ministerio de Salud reglamentará dicha ley. Sin embargo, es recién el 15 de octubre de 2020 que el MINSA publica el Decreto Supremo 030-2020-SA, que aprueba dicho reglamento, casi dos años después del mandato respectivo.

Pese a ello, dicha reglamentación no está completa, pues se puede verificar que la segunda y tercera disposiciones complementarias finales del Reglamento de la Ley 30895 establecen que se debe aprobar, nuevamente, dos reglamentos: (1) Fiscalización y (2) Infracciones y Sanciones relacionadas al incumplimiento de políticas nacionales sectoriales y multisectoriales y normas de la Autoridad Nacional de Salud.

No obstante, a la fecha⁴⁸ dichos reglamentos no han sido publicados, únicamente se han creado los grupos de trabajo mediante la Resolución Ministerial 910-2020-MINSA del 3 de noviembre de 2020 y la Resolución 1090-2021/MINSA del 17 de setiembre de 2021.

Dicha inacción por parte del gobierno nacional conlleva a que no se lleve a cabo la descentralización de la función salud hacia los gobiernos regionales y locales, pues el no establecer las infracciones y sanciones de las conductas que realizan las autoridades de salud regional y local se traduce en que no existan mecanismos de fiscalización idóneos que puedan ser activados no solo por las entidades públicas, sino también por la población beneficiada por el cumplimiento de dicha política.

⁴⁸ 5 de marzo de 2023

Por ende, el gobierno nacional también está realizando una mala gestión, pues no pone al alcance de las autoridades competentes cuáles son las consecuencias de la omisión de sus funciones en el marco de la implementación de las políticas públicas, lo que genera que dicha inacción no conlleve responsabilidades funcionales o administrativas. De modo que no se refuerza la protección del derecho a la salud, pues el implementar completamente dichas políticas acarrea mayores beneficios a la población dentro de las jurisdicciones respectivas.



CAPÍTULO III: DERECHO A LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

En los capítulos anteriores se ha realizado un análisis respecto al panorama normativo, jurisprudencial y doctrinario del derecho a la salud a nivel regional y nacional, ello con el objetivo de determinar las obligaciones que tiene el Perú respecto a tal derecho, debido a que dicho estudio nos ayudará a examinar si las obligaciones, que han sido descritas a lo largo de este trabajo, fueron cumplidas durante la pandemia de COVID-19 que se está atravesando a nivel mundial y que ha tenido repercusiones negativas a nivel interno dentro del bienestar social, físico y mental de las personas.

En tal sentido, se debe empezar describiendo el contexto en el que el Perú se encontraba durante dicho periodo que hasta ahora asola el sistema de salud peruano y la vida de su población.

3.1 Nociones preliminares sobre la pandemia del COVID-19

Los primeros casos de COVID-19 aparecieron en la ciudad de Wuhan en China por el mes de diciembre de 2019 (Lassio & Cruz, 2022, p. 9); dicha enfermedad era desconocida hasta ese entonces, por lo que no se tenía ninguna información respecto a su definición, medios de transmisión o propagación, sintomatología, tratamientos y efectos a futuro en la vida del paciente que la padecía.

Ahora bien, la información que se ha recabado hasta el momento es que: (1) es una enfermedad infecciosa cuyo origen es el virus de SARS-CoV-2, (2) desarrolla “una enfermedad respiratoria leve a moderada”, en cuyos estadios no se requiere un tratamiento especial, (3) se puede llegar a un cuadro grave que requiera atención médica inmediata, (4) el cuadro grave es más probable que puede ser desarrollado por aquellas personas que padecen enfermedades subyacentes⁴⁹ y las personas mayores, y, por último, (5) la enfermedad se propaga por partículas líquidas que se exhalan cuando las personas hablan, tosen, estornudan, cantan o respiran (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

El hecho de que se propague de la manera mencionada produjo la expansión de la enfermedad fuera del territorio de China, pues se traspasó fronteras internacionales

⁴⁹ O comorbilidades como diabetes, VIH, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, entre otros.

llegando hasta otros continentes a visualizarse casos de personas infectadas con COVID-19; generando una alarma mundial.

De modo que dicha situación se catalogó como una pandemia, la misma que es definida como “epidemia que se ha extendido por varios países, continentes o todo el mundo y que, generalmente, afecta a un gran número de personas”; siendo la epidemia el aumento del número de infectados por una enfermedad de modo inusual en un área geográfica determinada (Organización Panamericana de Salud, s.f., p. 7).

Sin embargo, antes que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarara al COVID-19 como una pandemia⁵⁰, se anunció el 6 de marzo de 2020 que ya se había detectado el primer caso de COVID-19 en el territorio peruano. Dicha noticia constituyó el punto de partida para que el Estado peruano comience a tomar consciencia de la magnitud y gravedad del problema público de salud que se estaba gestando.

Vale decir que el Perú no contaba ni cuenta con la capacidad necesaria para enfrentar la pandemia; así se puede ver que, dentro de la Ley General de Salud (LGS), existían tres artículos que facultan al MINSA a regular medidas que puedan paliar los efectos que tendría el COVID-19, además de los que se establecen en la Constitución Política del Perú, los cuales han sido desarrollados en el capítulo anterior. Los artículos a los que se hace referencia en la LGS son el 79, 130 y 132.

El primero prescribe que la autoridad de salud correspondiente posee la facultad de establecer medidas enfocadas en la prevención y control, las cuales tendrán como objetivo evitar que aparezcan o se propaguen enfermedades transmisibles; dichas medidas serán obligatorias para todo actor que participe en el sector de salud (Congreso de la República del Perú, Ley 26842, 1997, Artículo 79).

El artículo 130 de la LGS determina cuáles son las medidas de seguridad que se pueden emplear para la prevención y control de la transmisión de enfermedades como el COVID-19; entre ellas figuran la cuarentena, vacunación, suspensión de servicios o trabajos, además de la suspensión de actividades producción o comercio y otras que se consideren necesarias para cumplir con el objetivo previamente señalado (Congreso de la República del Perú, Ley 26842, 1997, Artículo 130).

En vista a ello, se puede precisar que las medidas encontradas en el artículo citado en el párrafo anterior no son una lista taxativa, sino que pueden ir formándose sobre la marcha; teniendo en cuenta la información pertinente sobre la enfermedad que se propaga

⁵⁰ Dicho anuncio se dio el 11 de marzo de 2020

en el territorio peruano, pues ello sería fundamental para configurar medidas idóneas y adecuadas que eviten que acontezcan escenarios de graves vulneraciones del derecho a la salud.

Lo anterior guarda relación con lo establecido en el artículo 132 de la LGS, pues se prescribe que las medidas que impone la autoridad de salud deben de sujetarse: (1) al principio de proporcionalidad, (2) a que la temporalidad de su ejecución o implementación se propicie en el marco de un análisis del riesgo grave e inminente que las fundamentó y (3) que en caso que se afecten otros derechos, se debe procurar que dicha afectación sea lo menos perjudicial posible para ellos, entre los que comprenden la libertad de circulación de las personas o la libertad de empresa (Congreso de la República del Perú, Ley 26842, 1997, Artículo 132).

Es decir, si bien es cierto se tiene la libertad para imponer medidas que ayuden a prevenir y controlar la expansión de la enfermedad entre la población, dicha facultad o competencia debe enmarcarse en ser la menos lesiva para otros derechos, ser proporcional a los fines que persigue, además de que se ejecuten únicamente mientras subsista el inminente y grave riesgo para la salud pública del país; lo cual se sustenta en el test de proporcionalidad que será desarrollado más adelante.

En consecuencia, dicho articulado fue el origen de una serie de medidas trascendentales que se tomaron en el Perú para que se cumplan las obligaciones internacionales de protección del derecho a la salud que han sido objeto de desarrollo en los capítulos antecedentes.

En ese orden de ideas, se debe considerar que desde la detección del primer caso COVID-19 a la fecha⁵¹, el país ha atravesado cinco olas de COVID-19; siendo estas últimas definidas como las fases epidemiológicas en las cuales se observan mayores casos de transmisión de la enfermedad. La progresión de dichas olas también trajo consigo nuevas variantes del virus, lo que significó desafíos constantes para el Estado.

Dicho contexto ha evidenciado las deficiencias existentes del sistema de salud peruano, pues la falta de personal médico, medicamentos, infraestructuras han conllevado a que miles de peruanos hayan perdido la vida en la lucha contra el COVID-19 u otras enfermedades preexistentes que no han sido atendidas a tiempo; con lo cual se puede afirmar que la incapacidad estatal se ha traducido en miles de muertes.

⁵¹ 22 de enero de 2023

Para sustentar la anterior afirmación, se debe considerar la comparación existente entre el número de muertes antes de la pandemia y después de que esta aconteciera, por tal motivo se presenta la siguiente tabla que ha sido elaborada con información proveniente del Sistema Informático Nacional de Defunciones del Perú⁵².

Tabla 3.1

Total de personas fallecidas entre los años 2018 y 2022

Año	Total de fallecidos
2018	112 809
2019	114 941
2020	226 623
2021	248 371
2022	143 742

Nota: Información del Sistema Informático Nacional de Defunciones (http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp)

La Tabla anterior comprende la totalidad de fallecidos entre los años 2018 y 2022; dichos años han sido tomados en cuenta para establecer que antes de que ingrese el COVID-19 al país, el número de muertes en los años 2018 y 2019 eran mucho menores a comparación de los años 2020, 2021 y 2022; siendo estos últimos los años en los que el COVID-19 ha tenido presencia en el Perú. En consecuencia, se puede señalar que, en los años 2020 y 2021, las cifras de muertes aumentaron en más de cien mil; precisando que es el 2021 en donde se registró la cifra más alta.

Bajo la misma línea de análisis, se puede determinar que, en el 2022, la cifra de fallecimientos disminuyó considerablemente a los años antecedentes, pues si bien la cifra es mayor a la de los años 2018 y 2019; ella no es equiparable a las que se registraron entre el 2020 y 2021. Lo cual puede haber sido producto de la efectividad de las medidas que han sido impuestas por el Estado peruano para que se contenga o controle la enfermedad.

Es pertinente también que se desagreguen dichas cifras en el marco de los departamentos que componen el Perú para poder verificar cuál es el departamento que sufrió más los embates de la pandemia. Por lo tanto, a través del mismo sistema por el cual se reunió la información anterior, se ha trabajado la Tabla 3.2.

⁵² Dicho sistema es utilizado por el MINSA, pero administrado por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)

Tabla 3.2*Total de personas fallecidas entre los años 2018 y 2022 por departamentos*

Departamentos	2018	2019	2020	2021	2022
Amazonas	847	942	1310	1232	846
Ancash	5552	5714	8794	10 261	6191
Apurímac	1418	1712	2241	3559	2073
Arequipa	5589	6924	11 613	12 820	7253
Ayacucho	2043	2207	3092	4157	2858
Cajamarca	3528	3377	6023	7394	5017
Provincia Constitucional del Callao	4403	4438	12	9788	5078
Cusco	6544	6398	7836	9930	6126
Huancavelica	1916	1983	2459	3166	2175
Huánuco	3099	2870	4277	5229	3478
Ica	4127	4527	7773	8619	4720
Junín	5699	6196	8562	11 313	6507
La Libertad	7535	8309	13 763	14 774	9343
Lambayeque	4072	619	8416	5256	2963
Lima	33 318	34 875	86 889	95 855	49 979
Loreto	1984	2226	5119	4541	2918
Madre De Dios	508	716	1088	1110	847
Moquegua	793	867	1572	1377	888
Pasco	552	654	1233	1700	1072
Piura	6309	6028	13 951	13 114	8121
Puno	5561	5695	8164	10 235	6725
San Martín	2782	2805	4355	5059	3344
Tacna	1381	1396	2161	2289	1501
Tumbes	907	1010	1785	1861	1217
Ucayali	1837	1981	3516	3135	2083
Total	112 304	114 469	216 004	247 774	143 323

Nota: Información del Sistema Informático Nacional de Defunciones (http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/defunciones_registradas.asp)

En esta tabla se puede evidenciar que efectivamente las defunciones constantemente han ido en aumento para que en el año 2022 se reduzca la cifra. Asimismo, se verifica que Lima tiene de manera consecutiva las más altas cifras de fallecimientos durante los años 2018 al 2022. Respecto al departamento que posee la menor cifra de defunciones, se advierte que, durante dicho periodo, Madre de Dios en el 2018, 2021 y 2022 ha tenido la menor cifra respecto a los otros departamentos; sin embargo, en 2019 y 2022, Lambayeque y la Provincia Constitucional del Callao, respectivamente, registran las menores cifras.

Un tema que se debe poner en manifiesto es que, al momento de recabar la información del Sistema Informático Nacional de Defunciones del Perú, se ha observado una serie de incongruencias en las cifras totales de defunciones por años; pues cuando se desagregan ellas por departamentos y haciéndose la suma respectiva, ello no se condice con lo establecido en la Tabla 3.1.

Es decir, en la Tabla 3.1 se muestra que, en los años 2018, 2019, 2020, 2021 y 2022 las cifras de defunciones alcanzaron los 112 809, 114 941, 226 623, 248 371 y 143 742, respectivamente. En contraste con lo visualizado en la Tabla 3.2, en donde se tiene que, en los años anteriormente señalados, las muertes ascienden a 112 304, 114 469, 216 004, 247 774 y 143 323, respectivamente.

Lo cual nos da una diferencia de 505, 472, 10 619, 597 y 419 defunciones que no se encuentran mapeadas dentro de la Tabla 3.2, ello evidencia que existe un problema con dicho sistema, ya que se está proveyendo información inexacta, lo que demuestra que el Estado no brinda información de calidad que puede ser fundamental para tomar las decisiones públicas.

Teniendo en cuenta lo anterior, ahora nos enfocaremos en los años donde el COVID-19 ha mantenido su presencia. Por lo tanto, se debe exponer cuántas personas se infectaron y cuántas personas han fallecido producto de dicha enfermedad, por lo que a continuación se presenta la Tabla 3.3 que ha sido elaborada con la Información de la Sala COVID-19 del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, la cual es imprescindible para saber cuál ha sido el impacto del COVID-19 en la población peruana.

Tabla 3.3

Total de casos reportados y fallecidos de COVID-19 entre los años 2020 y 2022

Año	Total de casos	Total de fallecidos
2020	1 087 692	95 335
2021	1 364 514	107 986
2022	2 019 709	14 957

*Nota: Información de la Sala COVID-19, resumen de la situación actual del país al 14/01/2023.
(<https://www.dge.gob.pe/covid19.html>)*

La tabla muestra que en el año 2020 hubo 1 087 692 casos positivos de los cuales 95 335 derivaron en la muerte de los pacientes. En el 2021, la cifra de infectados y de fallecidos ascendieron a 1 364 514 y 107 986, respectivamente; sin embargo, en el 2022, la cifra de defunciones descendió drásticamente, a pesar de que la cifra de infectados asciende a 2 019 709 en comparación con los años antes mencionados.

El descenso de muertes en el 2022 puede tener como explicación el hecho de que la medida de vacunación coadyuvó a que no se llegue a un cuadro grave de la enfermedad, pues se tiene que, si bien las muertes han disminuido, los casos de contagio se hacen más patentes, en cuanto las restricciones que se impusieron sobre la libertad de tránsito y reunión fueron dejadas sin efecto progresivamente.

De igual modo, comparando las cifras de la Tabla 3.1 con la Tabla 3.3, se puede determinar que el aumento de defunciones que se registra en el Sistema Informático Nacional de Defunciones del Perú es a causa del fallecimiento de los casos de COVID-19 que se presentan en el país.

Por otro lado, es importante expresar que el número de contagios que se visualizan dentro de la Tabla 3.3 pueden ser un elemento constitutivo para que se pueda llegar a vulnerar el derecho a la salud, en tanto dichas personas no puedan acceder a los servicios de salud, medicamentos y procedimientos que son primordiales para mantener o restablecer su estado de salud.

Lo señalado hasta el momento se resume, como señala Victor Zamora Mesía (2021), en dos fracturas existentes en la capacidad estatal para combatir la pandemia, donde la primera se refiere a la limitada aptitud del Estado para que se garantice toda clase de servicios públicos que se encuentran relacionados con los derechos fundamentales en el marco de la interdependencia e indivisibilidad, pues dichos servicios deben contener condiciones mínimas que ayuden a que se reduzca el contagio; la segunda se identifica con la precariedad de la provisión de bienes y servicios de calidad que se deben de recibir de manera oportuna para que así se pueda reducir la tasa de mortalidad que se ha visualizado en las tablas precedentes (p. 576).

Es decir, la primera fractura que se debe atender es aquella referente a que los servicios públicos que no son tarea del MINSA y se encuentran relacionados con los derechos al trabajo, alimentación, vivienda, transporte, entre otros, funcionen para que así se pueda reducir el contagio del coronavirus dentro del país, pues con ello se evitaría que exista una mayor demanda de los servicios de salud sin tener la oferta necesaria para

satisfacerla de manera adecuada; buscándose, de esta manera, soluciones para combatir la mala gestión y corrupción.

Asimismo, se observa que debe haber una comunicación constante entre los distintos sistemas funcionales que tiene el Estado, pues así se encontrará e implementará una respuesta integral para que luche contra la transmisión del COVID-19.

A ello se le suma la segunda fractura, la misma que se orienta a señalar que el sistema de salud carece de las condiciones adecuadas para brindar un servicio integral de calidad y oportuno a aquellas personas que lleguen con cuadros graves de coronavirus para ser atendidas, pues existe una falta de financiamiento, infraestructura, recursos humanos, entre otros, para brindar un servicio que permita el ejercicio de manera plena del derecho a la salud de cada persona que lo requiera; de modo que dicha falta puede conllevar a que se produzca el fallecimiento del paciente, por lo que las defunciones van en aumento.

En conclusión, en el presente apartado se ha descrito las características que ha presentado el COVID-19 en la población, la normativa utilizada para diseñar medidas que ayuden a contener la pandemia, además de evidenciar las cifras de defunciones y contagios por coronavirus que se han producido por las fallas del Estado para combatir dicha enfermedad.

3.2 Búsqueda de información

Una de las cuestiones más discutidas durante la pandemia y que es trascendental para el diseño de medidas que ayuden a paliar los efectos que esta ha tenido en la vida de miles de personas es la información respecto a cómo actúa y cuáles son las características que el COVID-19 posee. De manera que lo primero que se buscó encontrar es cómo se transmitía el coronavirus de persona a persona, pues una vez determinado ello se podría dar las medidas necesarias para que se evite el contagio masivo dentro de la población peruana.

Al respecto, conforme se ha establecido en el apartado precedente, el mundo no tenía ningún conocimiento especializado sobre dicha enfermedad; no obstante, el hecho de que ella haya ido avanzando de manera acelerada, traspasando fronteras, conllevó a que otros países hayan experimentado los impactos que ella traía consigo y, por lo tanto, puedan ser capaces de narrar aquellas vivencias, por lo que se pudo obtener nociones generales sobre su transmisión y sintomatología.

Así se puede ver que la información se erige como una herramienta imprescindible para combatir los contagios y la mortalidad imperante en el país, ya que a través de ella se efectiviza de manera plena el derecho a la salud de cada uno de los individuos que se encuentran en el territorio peruano, conforme se ha explicado en el primer capítulo.

Es así que en el marco de lo hasta ahora señalado, se debe precisar que en la pandemia se debieron suscitar dos situaciones respecto a la información: (1) el Estado debe proveerse de información idónea de fuentes confiables para poder diseñar medidas y que esta sea transmitida a la población; además (2) el Estado debe asegurar que la población acceda a información fidedigna, oportuna, completa y comprensible. Dichas situaciones se confrontan con el desconocimiento sobre el COVID-19 que se ha venido señalando.

En la primera situación, se puede afirmar que el Perú sabía poco o nada respecto a la enfermedad; en consecuencia, no podía brindar información a la población. Dicho escenario llevó al Estado a buscar fuentes de información fuera del país sobre el COVID-19 y las medidas que se ejecutaron para tratar de mitigar sus efectos, que bien podían ser de países extranjeros, especialistas o de organismos internacionales. Teniendo en consideración que estos últimos se encontraban en la capacidad de recabar, sistematizar y difundir la información dentro de los países latinoamericanos.

Respecto a la segunda situación, se debe agregar que la población tiene el derecho de mantenerse informada por todos los medios posibles que no únicamente pueden ser de fuentes estatales, es decir, el Estado no es la única fuente de información a la que la población tiene acceso. Pese a ello, esta última se configura como una vía de acceso al derecho a la salud, en cuanto esta se brinda en el marco de la obligación internacional de proveer información fidedigna, oportuna, completa y comprensible en materia de salud, la cual podrá ser exigida en cualquier momento por parte de la población al tener mecanismos de exigibilidad nacionales e internacionales.

En tal sentido, asegurar que se acceda a la información que cuente con dichas características se puede lograr cuando es el Estado quien las provee, pues se ha visto que a veces la información a la que la población tiene acceso no reúne los requisitos antes señalados, lo cual puede suponer que no se ejerza libremente su voluntad al tomar decisiones de salud y autocuidado.

Por consiguiente, al recaer la responsabilidad de proveer información en materia de salud en el Estado, este se ha visto en la necesidad de acudir a las fuentes de información internacionales, entre las cuales se encuentra la OMS; organismo que ha

tomado un gran protagonismo en la lucha contra el COVID-19, ya que este ha podido reunir y sistematizar la información que los Estados y especialistas han brindado sobre el tema en cuestión.

3.2.1 Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud

La OMS nace como un organismo internacional en 1946, cuyo objetivo es que se alcanzara el mayor grado de salud posible en todos los países del mundo (Conferencia Sanitaria Internacional, 2014). De modo que su ámbito de actuación se enmarca en la salud de la población, lo que conlleva a que se instituya como un organismo especializado y técnico en materia de salud.

Dentro del artículo 2 de la Constitución de la OMS se establece una serie de funciones, entre las cuales se encuentran, el actuar como una autoridad coordinadora respecto a asuntos de sanidad, la cual será llevada a cabo mediante la colaboración que se realiza con organismos especializados, grupos de profesionales, grupos de científicos u organizaciones que dentro de su actividad realicen acciones en materia de salud, ya sea promoción, investigación u otros; así como prestar ayuda a los Estados en caso que acontezca alguna emergencia sanitaria como la que se registró en Wuhan (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Ante lo expuesto, se puede deducir que la OMS tuvo conocimiento desde el primer momento de que una nueva enfermedad se encontraba asolando China, pues dicho país suministraba información sobre su progreso en su territorio (Organización Mundial de la Salud, 2020, párr. 10). A ello se le suma el hecho de que dicho organismo ha ayudado a combatir una serie de epidemias que se han registrado en el mundo como la malaria, sida o tuberculosis.

Todo ello implica que se constituya como un organismo capacitado para brindar información, recomendaciones y asistencia a países que no cuentan con los recursos necesarios para lidiar con crisis de salud. Por tales motivos, dicho organismo realizó una evaluación de las características del COVID-19 y presentó las recomendaciones correspondientes en el marco de las experiencias vividas por sus funcionarios y la información suministrada por las autoridades chinas.

Pese a ello, existen voces que critican el hecho de tener como fuente de información a la OMS, en tanto la lentitud en la cual está dio la alerta de una pandemia mundial y el paupérrimo manejo de las situaciones que involucran un grave e inminente riesgo para la salud pública de los países (Matteo Goretti, 2020, párr. 1).

Es decir, en principio, se critica a la OMS por no gestionar de manera diligente y rápida todas las acciones necesarias para prevenir que el COVID-19 acarree los impactos que se han visto al día de hoy; luego, se agrega que el accionar de dicho organismo no ha tenido buenos resultados en emergencias sanitarias.

A pesar de dichas críticas, nos debemos enfocar en el hecho de que dicho organismo internacional cuenta con la capacidad técnica para recomendar planes, lineamientos y medidas que puedan ser factibles a implementarse en los diferentes países de las regiones, ello en consideración a que este tiene influencia y presencia en todos ellos; entendiendo las realidades de los sistemas de salud regionales, por lo que puede brindar recomendaciones de carácter general y específico, siendo que estas últimas se emitirán examinando cada una de las circunstancias y características de los países que cuenten con sistemas de salud deficientes.

Igualmente, se debe recalcar que la OMS canaliza la información respecto a la pandemia, pues los países que han experimentado sus embates le suministran datos para que esta pueda realizar el estudio o análisis correspondiente y, en el marco de sus facultades, realizar todas las acciones necesarias para que se supere el contexto que se atraviesa.

En virtud de todo lo señalado, se fundamenta la razón por la cual el Estado peruano debe tener en cuenta, a la hora de establecer políticas, la información que la OMS difunde, pues, como se ha venido resaltando, es un organismo especializado y técnico que ha experimentado la lucha contra epidemias y está enfocado en la salud, además de aquellas condiciones sociales que interfieran en que se pueda gozar de una buena salud.

Es más, la Corte IDH ha citado en muchas oportunidades la información de la OMS como fuente para sustentar su posición, lo mismo ocurre con nuestros tribunales locales (especialmente el TC) y las entidades emisoras de la normativa que se ha citado en este trabajo.

A razón de lo anterior, se puede visualizar que la Corte IDH en la sentencia del caso Poblete Vilches ha utilizado el preámbulo de la Constitución de la OMS para determinar qué se entiende por salud; de igual manera, en la sentencia Cuscul Pivaral, se observa que dicho organismo usa la información recabada por la OMS para poder sustentar su posición respecto a las medidas que han implementado los países para luchar contra el VIH; sentencias que han sido materia de análisis en el primer capítulo.

Bajo la misma línea argumentativa, desde el TC, se destaca que las declaraciones que realiza la OMS justifican las medidas que toma el gobierno para paliar las

consecuencias del COVID-19 y disminuir los contagios; un claro ejemplo de ello es la medida referente al uso obligatorio de las mascarillas (Tribunal Constitucional, Sentencia 00233-2022-PA/TC, 2022, párr. 37).

Si bien dichas declaraciones no constituyen únicamente la única fuente de información sobre recomendaciones y efectos del COVID-19, ellas han sido ponderadas y reconocidas por el máximo intérprete de la Constitución como una fuente a tomar en cuenta para poder fundamentar las decisiones políticas a las que se arriban, en tanto, como se ha destacado, la OMS es un organismo conformado por expertos en salud pública.

Asimismo, se puede ver sendas sentencias emitidas por el TC⁵³ y por la Corte IDH que han tenido en consideración las recomendaciones de la OMS para poder fundamentar sus decisiones respecto a los casos concretos que se presentan. De ahí que se pueda establecer que la información que difunde la OMS es primordial, no solo para la labor legislativa y ejecutiva, sino que también a través de ella se puede llegar a esclarecer hechos que conlleven a determinar si se ha vulnerado el derecho a la salud o no, pues otorga fundamentos científicos y técnicos a la autoridad judicial correspondiente para motivar su decisión.

Por otra parte, se debe precisar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “es un organismo especializado en salud del Sistema Interamericano y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud” (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Con lo que se asevera el hecho de que la OMS tiene a la mano información respecto a los sistemas de salud de nuestra región, tal como se ha dicho precedentemente.

3.2.2 Otras fuentes de información

Ahora bien, vale decir que el Estado debe recurrir a otras fuentes de información para poder convalidar, afirmar o comprobar que los lineamientos y recomendaciones expresados por la OMS son factibles de ejecutar en territorio peruano. Ello a razón de que la existencia de diferentes opiniones coadyuva a que se sopesen todas las alternativas posibles para prevenir y controlar la pandemia por el COVID-19.

En lo concerniente a ello, el Perú debe visualizar la data de los Estados que están revelando a su población a través de los portales de transparencia respectivos, ello en virtud de que se realice un seguimiento constante de cómo está avanzando y desarrollándose la enfermedad dentro de todos los países que se enfrentan a la pandemia.

⁵³ Sentencias 00009-2020-PI/TC, 01348-2021-PA/TC, 01811-2020-PHC/TC, entre otras.

De modo que al ver cómo ella se desarrolla, se puede realizar un análisis comparativo entre sus estados situacionales y el contexto peruano; verificando, en ese sentido, las diferencias demográficas, geográficas, capacidades sanitarias, entre otras variantes que podrán ayudar a hacer un examen más exhaustivo sobre cuáles serán los efectos que esta tendrá en el Perú.

De manera que, en el país, los funcionarios observaron los datos del estado situacional de China respecto al COVID-19 y elaboraron proyecciones de cómo sería el ciclo de acción de dicha enfermedad en nuestro territorio, en otras palabras, se proyectaba cuál sería la tasa de contagios en el marco de cómo había progresado ella en China; siendo ello decisivo para que el gobierno empiece a tomar consciencia del problema de salud público que se avecinaba y a tomar las medidas preventivas necesarias para que tal desastre no aconteciera (Jochamowitz & León, 2021, pp. 41-55).

Aunado a lo anterior, otras fuentes de información que ayudarían a diseñar medidas de prevención del coronavirus se basaban en información histórica, estadísticas elaboradas por científicos, trabajos académicos, entre otros; fuentes que en una situación de desconocimiento como la pandemia por el COVID-19 eran fundamentales para la toma de decisiones políticas.

En conclusión, el Perú debe tomar en cuenta la información brindada por la OMS, pero ello debe ir acompañado con la corroboración de datos y un análisis de toda la información que podía obtener de diferentes fuentes; pues, una vez que este bagaje de información se filtre, ella podrá ser difundida entre la población mediante las vías de comunicación estatales, ya que así se asegura el acceso a una información completa, fidedigna, oportuna y comprensible respecto al coronavirus y las medidas que ellos deben tomar para proteger su salud, la de su familia y la de la población en general.

3.3 Interacción de las obligaciones relacionadas a la protección a la salud durante la pandemia

Conforme se ha visto en el primer capítulo, todas las obligaciones internacionales que tienen por objetivo la protección del derecho de salud se encuentran entrelazadas la una a la otra; ello conlleva a que no se pueda hablar de una obligación sin traer otra a colación; ya que, según se ha analizado, todas ayudan a que se provea de un ordenamiento jurídico que brinde todas las herramientas necesarias para que se protejan los derechos humanos y la población pueda reclamar dicha protección.

Las obligaciones mencionadas en el párrafo anterior también se encuentran presentes dentro del ordenamiento jurídico interno por los fundamentos que han sido explicados en el segundo capítulo; en consecuencia, no solo las normas internacionales en materia de derechos humanos se han enfocado en determinar cómo se regula las actuaciones estatales en relación con los seres humanos, sino también ello ha sido llevado al terreno nacional, hecho que está plasmado dentro del articulado de la Constitución Política del Perú.

A causa de ello, en el presente apartado, se examinará la actuación estatal respecto a la protección del derecho a la salud durante la pandemia del COVID-19; dicha actuación se reflejará en las medidas que se han diseñado e impuesto para que las personas puedan ejercer de manera plena dicho derecho. Por ello, se desarrollarán las principales medidas que el Estado ha tomado para controlar y prevenir más contagios que conlleven a una mayor mortalidad; medidas que se sujetarán a los artículos 79, 130 y 132 de la LGS que han sido expuestos anteriormente.

3.3.1 Planes de prevención, contención, control y atención

En el presente apartado, se expondrá acerca de los planes que el Estado ha diseñado para prevenir el contagio y la mortalidad que se ha reflejado en los países que fueron los primeros en encontrarse con casos de coronavirus; dicha prevención se da a consecuencia del precario sistema de salud con el que contamos.

De igual modo, también se explicará cuál ha sido la actuación estatal respecto a la emisión de lineamientos para brindar servicios de salud a la población infectada, considerando que dicho acceso se configura en una pugna entre los estándares de protección del derecho a la salud y en un contexto de recursos limitados.

De acuerdo con lo señalado en el segundo capítulo, el MINSA es la autoridad encargada del sector salud, por lo cual dentro de sus competencias tiene el deber de atender emergencias sanitarias (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1161, Artículo 3). Con lo que se deduce que la normativa ya identifica cuál es el organismo encargado de proveer lineamientos o medidas de observancia obligatoria a las que se hace referencia en el párrafo anterior; ellas serán comunicadas a los funcionarios públicos y la población en general con el objetivo de que ellos protejan la salud pública o coadyuven a su protección.

Teniendo en cuenta lo antecedente, se debe agregar que mediante el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA⁵⁴ se ha prescrito que es el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC MINSA) el responsable de gestionar todas las acciones necesarias para la “vigilancia epidemiológica e inteligencia sanitaria” al ser un órgano desconcentrado del MINSA que depende de su Viceministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud, 2017, Artículo 119). Con lo que existe un organismo especializado que tiene la función de vigilar, verificar y comunicar la existencia de riesgos epidemiológicos en nuestro territorio.

En ese sentido, antes de que se conociera el primer caso de COVID-19 en el Perú y que se declarara una pandemia mundial por la OMS, el Perú, a través del CDC MINSA, ya había determinado que el COVID-19 se avecinaba, por lo que se emitió el 1 de febrero del 2020 el primer documento que buscaba prepararse ante la introducción de dicha enfermedad en nuestro territorio. Por ello, mediante Resolución Ministerial N° 039-2020-MINSA se aprueba el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV”⁵⁵ (Ministerio de Salud de la República del Perú, Resolución Ministerial 039-2020-MINSA, Artículo 1), la cual fue elaborada con la información histórica y la que era de acceso público en China.

Dicho documento constituye la materialización de la obligación de prevención derivada de la obligación de garantía, pues el Estado busca realizar actuaciones para prevenir que la salud pública sea atacada; considerando que su introducción causaría un impacto social, económico y sanitario negativo. Asimismo, dicha prevención se plasma en un documento técnico normativo que es el producto final de la obligación de regulación ante un contexto que generará efectos jurídicos dentro de las relaciones de las personas.

Así pues, en el Plan 2020, el Estado establece una serie de actividades que se tienen que realizar en coordinación con los gobiernos regionales y locales para que se dé una asistencia integral de vigilancia, control y prevención del ingreso del COVID-19 al Perú, así como la asistencia médica necesaria para las personas que se encuentran infectadas; recalcando los determinantes sociales que influyen para que el virus no se propague de manera acelerada, ya que ello significaría el colapso del sistema sanitario peruano (Ministerio de Salud, 2020, pp. 5-15).

⁵⁴ Aprobado por Decreto Supremo 008-2017-SA

⁵⁵ En adelante, Plan 2020

Ahora bien, una vez anunciado el primer caso en el Perú, el Estado recién tramita la financiación de las actividades descritas en el Plan 2020 a través del Decreto de Urgencia 025-2020, en donde además se reforzó la función rectora del MINSA para “planificar, dictar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todas las acciones orientadas a la prevención, protección y control de la enfermedad producida por el COVID-19” (Presidencia de la República del Perú, 2020, Artículo 2).

En el marco de dicho reforzamiento, el MINSA, como medida de lucha contra el coronavirus, crea un Comando de Operaciones que se encargará de la atención de los casos de COVID-19 que se presente en todo el territorio nacional (Ministerio de Salud de la República del Perú, Resolución Ministerial 155-2020-MINSA, Artículo 1); dicho comando se encuentra representado por todo el sector salud, en tanto intervienen las instituciones públicas, privadas y mixtas para que la población reciba un servicio de salud acorde a la sintomatología del virus.

Tal medida fue descentralizada hasta verse la instalación de dichos comandos en los gobiernos subnacionales, lo cual ayudó a que los gobiernos locales y regionales se involucraron hasta cierto punto respecto al diseño de las medidas, pues estas se configurarán en el marco de las necesidades y carencias que se presentan dentro de sus jurisdicciones.

Asimismo, al “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV” le sucedieron otros documentos técnicos que se adecuaban al contexto que se estaba atravesando por las olas del COVID-19, además de contener nueva información sobre los medios de prevención, tratamiento, variantes y efectos del virus; de tal modo que se observa la emisión de las Resoluciones Ministeriales 835-2021-MINSA y 095-2022-MINSA.

En la primera se aprueba el “Plan de Respuesta ante la Segunda Ola y Posible Tercera Ola Pandémica por COVID-19 en el Perú, 2021”⁵⁶ (Ministerio de Salud de la República del Perú, Resolución Ministerial 835-2021-MINSA, Artículo 1); plan que nació en respuesta de la segunda y tercera ola que se avecinaba durante el año 2021, lo cual nos indica que el primer plan fue objeto de ensayo, prueba y revisión durante el 2020.

Vale agregar que para el año 2021, el Perú ya contaba con una medida fundamental para prevenir que se llegue a un cuadro grave de COVID-19: las vacunas. Ello aliviaría la gran carga que el sistema sanitario público estaba soportando al no contar

⁵⁶ En adelante, Plan 2021

con los insumos necesarios para atender a todos los pacientes que llegaban a los hospitales. Por ello, dicho plan tenía como objetivo que se mejore la cobertura de inmunización contra el coronavirus (Ministerio de Salud, 2021, p. 6).

En consonancia, se observa que el Plan del 2021 a comparación con el del 2020 toma en cuenta, dentro de su planteamiento, a la población vulnerable que está compuesta por aquellas personas que padecen una enfermedad preexistente o una enfermedad no transmisible (Ministerio de Salud, 2021, p. 6); hecho que no ocurre en el Plan del 2020, pues los esfuerzos estatales estaban enfocados en la atención de la población que haya contraído el COVID-19, pasando por alto la continuidad del acceso a los servicios médicos a personas que lo requieren. Con lo cual se evidenciaba la vulneración al derecho a la salud.

Así, durante el 2020, se registran noticias en las cuales se informa que los pacientes oncológicos no reciben tratamiento por no contar con el personal médico, los insumos necesarios o por las medidas de distanciamiento social que el gobierno ha impuesto (Chávez, 2020, párr. 7). Por lo tanto, el hecho de que uno de los objetivos trazados en el Plan de 2021 sea fortalecer y controlar dichas enfermedades es un gran paso para el respeto y garantía del derecho a la salud de manera universal.

Otro de los temas que se pone en la palestra es la consideración de la población inmigrante, especialmente los venezolanos, dentro de la población objetivo del Plan 2021; siendo esta última aproximadamente 750 mil personas que se encuentran dentro del país (Ministerio de Salud, 2021, p. 28). Ello tampoco se reflejó dentro del Plan 2020, lo que significó un retroceso en el principio de universalidad de los derechos humanos; principio que fue analizado en el primer capítulo.

Respecto la Resolución Ministerial 095-2022-MINSA, esta aprueba el “Plan frente a la pandemia por COVID-19, para el año 2022, del Ministerio de Salud”⁵⁷ (Ministerio de Salud de la República del Perú, Resolución Ministerial 095-2022-MINSA, Artículo 1). Como su denominación lo señala, dicho documento indica cuáles son los objetivos que se deben lograr y cuáles son los obstáculos que debemos enfrentar para que la población acceda al derecho a la salud durante el 2022; año en donde se avecina una cuarta ola y se proyecta el inicio de la quinta ola.

En ella se considera de manera expresa a las personas que padecen de discapacidades; además toma de ejemplo el Plan 2021, en el cual se resalta como objetivo

⁵⁷ En adelante, Plan 2022

el cuidado de las personas que padecen de otras enfermedades que no sean COVID-19 (Ministerio de Salud, 2022, p. 4). El análisis de los problemas que se verifican en dichos sectores de la población y las alternativas de solución a las que se arriban conlleva a que desde los gobiernos subnacionales se le preste especial atención y se cumplan con las obligaciones reforzadas.

A ello se le suma el hecho de que se recalca la importancia que tiene la información respecto a las medidas que se imponen; información que versa sobre la pandemia y la vacunación específicamente (Ministerio de Salud, 2022, pp. 4-35). Puesto que durante la coyuntura que se atravesaba por la pandemia existían fuentes de información que proveían a la ciudadanía de información inexacta o falsa que generaba desconfianza en las medidas que el Estado ejecutaba.

De ahí que dentro del apartado antecedente se hiciera hincapié en que la información constituía una herramienta imprescindible para combatir el virus, ya que la población que tiene acceso a ella, en el marco de las características ya desarrolladas, puede tomar la decisión más acertada respecto a la protección de su salud y la salud pública; lo que no acarrea a que ella sea una de las causas del problema de la morbilidad y mortalidad durante la pandemia.

En suma, la actuación que realizó el Perú en el marco de la obligación de prevención se constituyó en brindar las herramientas jurídicas y técnicas para asegurar que los organismos estatales cumplieran determinadas metas orientadas a combatir el COVID-19; considerando en todo momento cuáles eran los problemas que debían solucionar para llegar a ellas.

Si bien es cierto dentro de sus facultados realizaron acciones de prevención con la información casi escasa que existía, también es preciso apuntar que el Estado no consideró desde un primer momento a sectores de la población que vivían en un contexto de afectación, ya sea por una enfermedad, discapacidad u otros; lo que implica la existencia de una carencia o deficiencia en su actuar.

A continuación, nuestro enfoque se debe trasladar al interior de los hospitales que atienden a las personas cuya salud está en juego por haber sido infectados por el coronavirus. Ellos tienen el derecho a acceder a los servicios de salud en el marco de la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad; enfatizándose el derecho a no ser discriminados por su condición de salud o algún motivo prohibido, esto es, la atención de salud debe enmarcarse en el principio de no discriminación.

De tal forma que ello se lee a la par de las obligaciones reforzadas que existen para diferentes grupos de la población que son más susceptibles a que se les vulnere sus derechos fundamentales, ya que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, tal y como ha sido explicado en el primer capítulo del presente trabajo. Es decir, los lineamientos de atención que se diseñan para la atención de pacientes COVID-19 debían reconocer la existencia de población vulnerable y brindar los mecanismos necesarios para la protección de sus derechos.

No obstante, la pandemia nos enfrentó a una encrucijada al visualizarse dos extremos: (1) la normatividad y sus estándares de protección del derecho a la salud y (2) los recursos estatales limitados. Dichas realidades chocan la una con la otra; afirmándose de manera contundente el dilema relativo a que la normativa es el querer ser y que la realidad es lo que es, en otros términos, lo que se presenta en el mundo.

Dicho escenario, como lo denomina Trilce Valdivia Aguilar (2021), es la protección del derecho a la salud en un contexto de escasez dentro del sistema sanitario peruano (pp. 239-256). Ello quiere decir que la escasez o indisponibilidad impide que la población acceda a dicho derecho. Dicha escasez es originada por varios motivos como la corrupción, mala gestión o falta de ejecución; motivos que no serán analizados, ya que ello corresponde a los problemas estructurales del Estado que pueden ser remediados por la implementación de políticas públicas o medidas a largo plazo que generan efectos en el sistema en general.

Pese a la divergencia encontrada en el contexto pandémico, es preciso establecer que el respeto y la protección del derecho a la salud es una obligación que no puede dejar de ser cumplida, pues en un contexto pandémico debe cobrar aún más fuerza la premisa de protección a todo ser humano al encontrarse este desprotegido y en incertidumbre por un hecho fuera de su alcance.

En consecuencia, se expondrá el actuar estatal en el marco de la limitación de recursos, teniendo en cuenta que un paciente con COVID-19 necesita: medicamentos, ser hospitalizado o, de ser el caso, ingresar a una cama de cuidados intensivos; ya que esta última cuenta con ventilador mecánico, aparato médico indispensable para que el oxígeno ingrese a los pulmones del paciente⁵⁸.

⁵⁸ Se debe tener en cuenta que la falta de oxígeno es uno de los principales síntomas del COVID-19. Asimismo, se debe precisar que dicho virus no tiene una cura, únicamente se puede tratar los síntomas hasta que el propio sistema inmunológico de la persona pueda restablecerse.

Conforme se ha establecido, el actuar estatal se verá reflejado en los lineamientos brindados para la adopción de decisiones médicas por parte del personal de salud, así como en su actuar respecto a su relación con el paciente, por lo que ello se procederá a desarrollar en los siguientes párrafos.

Así pues, mediante Resolución Ministerial 212-2020-MINSA se crea un Grupo de Trabajo que se encargará de “asesorar en aspectos bioéticos durante la pandemia COVID-19” (Ministerio de Salud, 2020, Artículo 1); dicho grupo, en el marco de sus funciones, emite el documento técnico denominado Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia del COVID-19 (Ministerio de Salud, 2020, pp. 13-25). Ello evidencia la preocupación estatal sobre un problema que se manifestaba respecto a las decisiones en los servicios de salud referidas a la distribución y la escasez de recursos.

Dichas consideraciones éticas afirman que los médicos se ven obligados a priorizar o posponer el tratamiento de los pacientes por los recursos insuficientes con los que trabajan; sin embargo, ello no confiere la potestad de decidir a su libre albedrío la distribución de los recursos disponibles, sino que dichas decisiones deben guardar relación con los derechos fundamentales que se fundan en la dignidad de la persona (Ministerio de Salud, 2020, pp. 13-17). En ese punto, ya se vislumbra desde el Estado el reconocimiento por el respeto de los derechos humanos y sus respectivos estándares de protección dentro de sus lineamientos.

Ahora bien, dicha priorización se desprende de las posibilidades de recuperación de la persona (Ministerio de Salud, 2020, p. 19), con lo que no se puede negar que el valor que se le asigna a cada caso concreto se extrae de la comparación de otros casos clínicos. Pese a ello, el MINSA, dentro de las consideraciones éticas, también establece que la edad o discapacidad del paciente no deben constituir factores decisivos para la toma de decisiones, sino que dicha valoración se debe realizar en el marco del cuadro clínico general del paciente (Ministerio de Salud, 2020, p. 19).

En el párrafo anterior se establece que el Estado es consciente de que se puede tomar decisiones clínicas basadas en la discriminación por edad (entendiéndose ello por el hecho de que el paciente pueda ser una persona adulta mayor) o discapacidad, por ello recomienda al personal médico a decidir evaluando todos los factores posibles que brinden un panorama general del estado de salud de cada una de las personas a su cargo y así no vulnerar su derecho a la salud.

Aunado a lo anterior, también se visualiza que el Estado ha hecho hincapié en la priorización de las mujeres gestantes; además de lo relativo a los cuidados paliativos, pues se ha instado al personal de salud a brindar cuidados espirituales, psicológico y físicos a pacientes cuya situación clínica pueda devenir en su muerte, ello con el objetivo de disminuir el sufrimiento que están padeciendo (Ministerio de Salud, 2020, pp. 20-24).

En tal sentido, claramente, se puede aseverar que el Estado ha buscado concretar lineamientos para el personal de salud que se enfoque en los derechos humanos, pues dentro de las motivaciones de la emisión de los mismos han referido que la protección de dichos derechos es lo que traza su actuar.

No obstante, dichas consideraciones éticas no son los únicos lineamientos diseñados por el Estado, por eso es fundamental tener en cuenta la existencia de una serie de resoluciones ministeriales⁵⁹ que contienen documentos técnicos que orientarán al personal de salud a tomar las decisiones necesarias para salvaguardar la salud de las personas que fueron infectadas con el COVID-19, así como aquellas que requieren atención de salud por otros padecimientos.

Sin embargo, las pautas a las que se hace referencia en el párrafo anterior no se condicen con la realidad, debido a que se ha visto la existencia de casos en donde la decisión médica respecto al tratamiento a brindar a un paciente se basa únicamente en su edad avanzada, sin sopesar el cuadro de salud en general; siendo que se vulneraría el derecho al acceso a la salud al ser discriminado por su edad (Canal N, 2020, párrafos 1-7).

Por tal razón, si bien los lineamientos que ha delimitado el MINSA para las decisiones médicas han considerado sectores vulnerables de la población, ello no ha ido acompañado de una supervisión constante al personal médico; para que así se verifique si efectivamente se han tomado las decisiones de distribución en el marco del cuadro clínico de la persona que solicita acceso a un tratamiento más especializado, por lo que se puede deducir que solo se ha confiado en que dicho personal cumpla con las consideraciones éticas previamente mencionadas, o; en todo caso, la persona afectada o sus familiares acudan a los mecanismos de protección correspondientes para reclamar su derecho.

⁵⁹ Resolución Ministerial 193-2020-MINSA, Resolución Ministerial 254-2020-MINSA, Resolución Ministerial 254-2020-MINSA, Resolución Ministerial 363-2020-MINSA, Resolución Ministerial 455-2020-MINSA, Resolución Ministerial 513-2020-MINSA, Resolución Ministerial 100-2020-MINSA, entre otros

En conclusión, se advierte que existen aspectos dentro de los lineamientos sobre las decisiones referentes a los servicios de salud que pueden ser considerados como producto de un actuar estatal con enfoque en derechos humanos; aunque, como se ha determinado, la sola emisión de normativa no es sinónimo de cumplimiento de las obligaciones internacionales de protección, sino que ello debe estar asociado con una serie de medidas de supervisión y fiscalización para que así se pueda asegurar que se ejerce plenamente el derecho a la salud.

3.3.2 Declaratoria de estado de emergencia

Dentro de las facultades otorgadas al MINSA, al ser la Autoridad Nacional de Salud, se encuentra la de declarar la existencia de una emergencia sanitaria (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1156, Artículo 7); facultad que fue utilizada el 11 de marzo de 2020 mediante el Decreto Supremo 008-2020-SA (Ministerio de Salud, 2020, Artículo 1).

La declaratoria de emergencia sanitaria constituye el punto de partida para otorgar al MINSA una serie de competencias para que diseñe medidas que tengan como objetivo el garantizar o continuar con la prestación de servicios de salud durante dicha emergencia (Presidencia de la República del Perú, 2013, Decreto Legislativo 1156, Artículo 1), de manera que se puede visualizar que los organismos que participan son aquellos que tienen dentro de sus funciones proveer o fiscalizar los servicios de salud.

Por lo tanto, se observa que cuando el MINSA declara la existencia de una emergencia sanitaria, ella obtiene una mayor flexibilidad para delimitar pautas que deben ser de obligatorio cumplimiento para todas las entidades que brindan servicios de salud, pues lo que se busca es que toda la población acceda a ellas en un contexto en que la demanda supera la oferta pública.

A pesar de dicha declaración, el Estado fue consciente que no se debía enfocar únicamente en la provisión de servicios de salud, pues lo que se quería evitar es la saturación del sistema sanitario peruano que de por sí ya tenía una serie de problemas estructurales; por ello, ahora el objetivo era prevenir que la población se contagiara y necesitara dichas prestaciones, sin embargo, las alternativas de prevención que se estaban examinando conllevaban a que se le concediera un mayor poder al aparato estatal respecto a su relación con la población.

Por tanto, el acto trascendental que logró que el Estado tuviera una mayor libertad para el diseño, imposición y ejecución de medidas acordes al contexto que se atravesaba

por la pandemia es la declaración de Estado de Emergencia Nacional que se realizó el 15 de marzo de 2020 mediante el Decreto Supremo 044-2020-PCM (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 1); la cual tiene asidero legal en el marco internacional y nacional.

La Declaración de Emergencia Nacional por la pandemia de COVID-19 duró desde el 16 de marzo de 2020 hasta el 27 de octubre de 2022 en donde se publicó el Decreto Supremo 130-2022-PCM. Si bien la emergencia nacional se inició con el decreto supremo citado en el párrafo anterior, también se debe tener en cuenta que a dicho documento normativo le sucedieron los decretos supremos que se encuentran en la Tabla 3.4, los cuales prorrogaron dicha emergencia nacional.

Tabla 3.4

Decretos Supremos que declaran Estado de Emergencia Nacional por la pandemia generada por el COVID-19 del 2020 al 2022

N°	Decreto Supremo	Publicación	Plazo	Inicio	Fin
1	044-2020-PCM	15/03/2020	15 DC	16/03/2020	30/03/2020
2	051-2020-PCM	27/03/2020	13 DC	31/03/2020	12/04/2020
3	064-2020-PCM	10/04/2020	14 DC	13/04/2020	26/04/2020
4	075-2020-PCM	25/04/2020	14 DC	27/04/2020	10/05/2020
5	083-2020-PCM	10/05/2020	14 DC	11/05/2020	24/05/2020
6	094-2020-PCM	23/05/2020	37 DC	25/05/2020	30/06/2020
7	116-2020-PCM	26/06/2020	31 DC	01/07/2020	31/07/2020
8	135-2020-PCM	31/07/2020	31 DC	01/08/2020	31/08/2020
9	146-2020-PCM	28/08/2020	30 DC	01/09/2020	30/09/2020
10	156-2020-PCM	26/09/2020	31 DC	01/10/2020	31/10/2020
11	174-2020-PCM	29/10/2020	30 DC	01/11/2020	30/11/2020
12	184-2020-PCM	30/11/2020	31 DC	01/12/2020	31/12/2020
13	201-2020-PCM	21/12/2020	31 DC	01/01/2021	31/01/2021
14	008-2021-PCM	27/01/2021	28 DC	01/02/2021	28/02/2021
15	036-2021-PCM	27/02/2021	31 DC	01/03/2021	31/03/2021
16	058-2021-PCM	27/03/2021	30 DC	01/04/2021	30/04/2021
17	076-2021-PCM	17/04/2021	31 DC	01/05/2021	31/05/2021
18	105-2021-PCM	27/05/2021	30 DC	01/06/2021	30/06/2021
19	123-2021-PCM	18/06/2021	31 DC	01/07/2021	31/07/2021
20	131-2021-PCM	10/07/2021	31 DC	01/08/2021	31/08/2021
21	149-2021-PCM	22/08/2021	30 DC	01/09/2021	30/09/2021

(continúa)

(continuación)

N°	Decreto Supremo	Publicación	Plazo	Inicio	Fin
22	152-2021-PCM	17/09/2021	31 DC	01/10/2021	31/10/2021
23	167-2021-PCM	30/10/2021	30 DC	01/11/2021	30/11/2021
24	174-2021-PCM	28/11/2021	31 DC	01/12/2021	31/12/2021
25	186-2021-PCM	23/12/2021	31 DC	01/01/2022	31/01/2022
26	010-2022-PCM	29/01/2022	28 DC	01/02/2022	28/02/2022
27	016-2022-PCM	27/02/2022	32 DC	01/03/2022	01/04/2022
28	030-2022-PCM	26/03/2022	30 DC	01/04/2022	30/04/2022
29	041-2022-PCM	23/04/2022	31 DC	01/05/2022	31/05/2022
30	058-2022-PCM	26/05/2022	30 DC	01/06/2022	30/06/2022
31	076-2022-PCM	30/06/2022	31 DC	01/07/2022	31/07/2022
32	092-2022-PCM	28/07/2022	28 DC	01/08/2022	28/08/2022
33	108-2022-PCM	28/08/2022	33 DC	29/08/2022	30/09/2022
34	118-2022-PCM	29/09/2022	31 DC	01/10/2022	31/10/2022

Fuente: propia

Nota: "DC" significa días calendarios

Durante dicho periodo se ejecutaron medidas limitativas de los derechos fundamentales, es decir las medidas que se impusieron (como la cuarentena general o focalizada) restringen derechos humanos que eran reconocidos de manera internacional y nacional; lo que conllevó a que se suspendieran las obligaciones internacionales de protección de ciertos derechos humanos.

Es así que, en el SIDH, se puede encontrar tal supuesto en el artículo 27 de la CADH, el cual establece lo siguiente al respecto:

1. En el caso de guerra, de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o seguridad del Estado Parte, este podrá adoptar disposiciones que, en la medida y por el tiempo estrictamente limitados a las exigencias de la situación, suspendan las obligaciones contraídas en virtud de esta Convención, siempre y que tales disposiciones no sean incompatibles con las demás obligaciones que les impone el derecho internacional y no entrañen discriminación alguna fundada en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social.
2. Las disposición precedente no autoriza la suspensión de los derechos determinados en los siguientes artículos: 3 (Derecho al Reconocimiento de la Personalidad Jurídica); 4 (Derecho a la Vida); 5 (Derecho a la Integridad Personal); 6 (Prohibición de la Esclavitud y Servidumbre); 9 (Principio de Legalidad y de Retroactividad); 12 (Libertad de Conciencia y de Religión); 17 (Protección a la Familia); 18 (Derecho al Nombre); 19 (Derechos del Niño); 20

(Derecho a la Nacionalidad); 23 (Derechos Políticos), ni de las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos.

3. Todo Estado Parte que haga uso del derecho de suspensión deberá informar inmediatamente a los demás Estados Partes en la presente Convención, por conducto del Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, de los motivos que hayan suscitado la suspensión y de la fecha en que haya dado por terminada tal suspensión. (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 27)

De la lectura de dicho artículo, se establece que en un estado de excepción existe la posibilidad de suspender las obligaciones internacionales de derechos humanos que han contraído aquellos países que forman parte del SIDH como el Perú; ello se hace “con la sola y única finalidad de restablecer la normalidad y garantizar el goce de los derechos humanos” (Rodríguez, 2019, p. 837).

Así, se puede señalar que se denomina estado de excepción al conjunto de circunstancias o hechos que acontecen de manera excepcional o extraordinaria, esto es, hechos inusuales que se apartan de los acontecimientos ordinarios o cotidianos; ellos traen consigo consecuencias que pueden poner en riesgo o amenacen la seguridad de los Estados. Por lo tanto, se puede ver que la declaración de emergencia nacional por la pandemia se configuró como un estado de excepción.

Es preciso determinar dos puntos primordiales para entender lo que señala el articulado anterior: (1) la existencia de un hecho excepcional que se calificará como emergencia u otro término, y (2) las medidas implementadas que necesitarán la suspensión o limitación de las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

En consecuencia, la declaración de determinada circunstancia como régimen de excepción autoriza que se implementen las medidas necesarias para poder enfrentar una situación que con las capacidades que ostenta el Estado en un contexto de normalidad no puede combatir. Por ello, la acción estatal de declarar la constatación de un hecho que sobrepasa las capacidades estatales debe realizarse en el marco de una temporalidad determinada y siempre siguiendo el principio de proporcionalidad respecto a ella y las medidas que se ejecutarán.

Haciendo referencia a las medidas, se aprecia que en el numeral 1 del citado artículo, la suspensión obedece a la necesidad del Estado de restablecer la normalidad que se logrará con las medidas que se impongan, es decir, la declaratoria de estado de

excepción abre paso a que el Estado pueda adoptar disposiciones que necesiten ser implementadas sin preocuparse por las obligaciones que se han contraído en materia de derechos humanos por la CADH.

Siguiendo lo establecido por dicho numeral, las medidas se deben enmarcar en un determinado tiempo, o sea ellas subsisten en el marco de una temporalidad que está determinada por el tiempo en que se dé el estado de excepción; igualmente, ellas deben responder de manera proporcional a las circunstancias en las que se emiten; todo ello guarda relación con lo establecido en el artículo 132 de la LGS que ha sido desarrollado en el primer apartado del presente capítulo.

Refiriéndose al numeral anterior, Gabriela Rodríguez Huerta (2019) hace notar que las medidas que han de adoptarse deben ser compatibles con otras obligaciones nacidas del derecho internacional; estas últimas están relacionadas con “las obligaciones convencionales y consuetudinarias impuestas tanto por el derecho internacional de los derechos humanos como por el derecho humanitario” (pp. 840-841). Lo que quiere decir que la suspensión únicamente abarca las obligaciones relativas a la CADH, mas no otros instrumentos internacionales a los que el Perú está suscrito, asimismo aún en un estado de excepción se debe respetar el derecho humanitario y el núcleo inderogable de los derechos humanos.

A ello se le agrega, el hecho de que no deben adoptarse disposiciones contrarias a los derechos a la igualdad y no discriminación; en tanto, según se ha visto dentro del citado numeral, la obligación estatal que nace respecto a dichos derechos conserva su carácter consuetudinario, de modo que los derechos mencionados son inderogables en un régimen de excepción.

A la par con lo descrito en el párrafo precedente, en el numeral 2 del citado artículo se hace mención de un bagaje de derechos que no pueden ser suspendidos, con lo que la misma CADH enumera cuáles son las obligaciones estatales que deben ser ejecutadas aún estando en un estado de excepción como la que se originó por la pandemia del COVID-19.

Por otra parte, el Estado debe cumplir su obligación de mantener las garantías judiciales de protección de los derechos humanos como el amparo o habeas corpus, de manera que, a nivel judicial, la población contará con los mecanismos necesarios para hacer prevalecer sus derechos ante una posible vulneración.

Por último, el citado artículo dentro de su numeral 3 determina que el Estado que haga uso del derecho de suspender sus obligaciones internacionales relacionadas con la

CADH debe poner en conocimiento al secretario de la OEA de los motivos por los cuales se ha decidido declarar el estado de excepción y cuándo esta se dará por finalizada. Por ello, se puede señalar que existe una obligación estatal respecto a la notificación de dicho acontecimiento.

Examinando las características desarrolladas sobre el artículo 27 de la CADH, la pandemia generada por el COVID-19 constituyó una situación excepcional que amenazaba la salud de toda la población que se encontraba dentro del Perú, es más amenazaba el derecho a la vida de las personas infectadas cuyo cuadro clínico podría derivar en un caso grave en un contexto de escasez.

Dicha situación no podía ser controlada con las limitadas facultades que poseía el Estado, ya que ante situaciones excepcionales se requieren medidas excepcionales que ayuden a evitar el contagio del virus; por lo cual el Estado peruano tenía que adoptar una serie de medidas que solo serían posible en el marco de un estado de emergencia nacional.

Las medidas que adoptaron se refirieron a la cuarentena general o focalizada, al cierre del comercio y producción, a establecer la vacunación como un requisito para poder ejercer una serie de derechos, entre otras; ellas deben ser compatibles con las obligaciones internacionales y los principios de proporcionalidad y no discriminación, así como temporales en el marco de las circunstancias que fundamentan su imposición.

Respecto a la temporalidad de la declaratoria de estado de emergencia nacional, se observa que en el Decreto Supremo 044-2020-PCM se establece el plazo de 15 días calendarios para ejecutar las medidas que sean necesarias para salvaguardar la salud pública (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 1); dichos plazos fueron prorrogados con temporalidades determinadas en los decretos sucesivos, conforme se ha señalado previamente. Por eso, se debe afirmar que el Perú cumplió con delimitar a nivel interno el tiempo en que regía la Declaratoria de Emergencia Nacional.

Finalmente, otro aspecto a resaltar es la relativa a la obligación del Perú de notificar al SIDH de las declaraciones de emergencias realizadas por el país; tarea que fue encargada de realizar a la Representación Permanente del Perú ante la Organización de los Estados Americanos, la cual envió una serie de documentos que pueden visualizarse en el Anexo 11.

Estos últimos tenían que contener los treinta y cuatro decretos supremos que se encuentran en la Tabla 3.4; sin embargo, de la revisión que se ha realizado, no se han notificado la totalidad de ellos; siendo que faltaron los Decretos Supremos 083-2020-PCM, 156-2020-PCM, 201-2020-PCM, 036-2021-PCM, 058-2021-PCM, 010-2022-

PCM, 030-2022-PCM y 118-2022-PCM, los cuales comprenden doscientos veintiséis días calendarios que han formado parte del régimen de excepción, pero que la OEA no tiene conocimiento de ello.

Por tal razón, es correcto afirmar que el Perú dentro del SIDH no ha cumplido diligentemente la obligación de notificar los regímenes de excepción que generaron la suspensión de las obligaciones interamericanas con el objetivo de proteger el derecho a la salud de la población.

En ese orden de ideas, se debe señalar que la figura del estado de excepción necesita estar prescrita en el ordenamiento jurídico peruano para que el Estado pueda recurrir a ella, siendo que dicho ordenamiento determina cuáles son las causales y el procedimiento a seguir para su configuración y, consecuente declaración. Así, dicho supuesto se encuentra albergado en el artículo 137 de la Constitución Política del Perú, el cual señala lo siguiente:

El Presidente de la República, con acuerdo del Consejo de Ministros, puede decretar, por plazo determinado, en todo el territorio, o parte de él, y dando cuenta al Congreso o a la Comisión Permanente, los estados de excepción que en este artículo se contemplan:

1. Estado de emergencia, en caso de perturbación de la paz o del orden interno, de catástrofe o de graves circunstancias que afecten la vida de la Nación. En esta eventualidad, puede restringirse o suspenderse el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio comprendidos en los incisos 9, 11 y 12 del artículo 2 en el inciso 24, apartado f del mismo artículo. En ninguna circunstancia se puede desterrar a nadie.

El plazo del estado de emergencia no excede de sesenta días. Su prórroga requiere un nuevo decreto. En estado de emergencia las Fuerzas Armadas asumen el control del orden interno si así lo dispone el Presidente de la República.

2. Estado de sitio, en caso de invasión, guerra exterior, guerra civil o peligro inminente de que se produzcan, con mención de los derechos fundamentales cuyo ejercicio no se restringe o suspende. El plazo correspondiente no excede de cuarenta y cinco días. Al decretarse el estado de sitio, el Congreso se reúne de pleno derecho. La prórroga requiere aprobación del Congreso. (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 137)

A través de dicho articulado, se determina que existen dos modalidades que rigen los estados de excepción: (1) Estado de emergencia y (2) Estado de sitio; modalidades que se presentan ante una serie de causas que deben ser declaradas por decreto supremo y durante un periodo determinado. La norma constitucional establece que la forma de la declaración sea mediante un documento normativo que es generado por un consenso entre el presidente y su Consejo de Ministros; todo ello concuerda con lo establecido en la norma interamericana que se ha analizado previamente.

Los hechos que se produjeron durante el 2020 y 2022 se configuraron como circunstancias que atentaban contra la vida y la salud de los habitantes del territorio peruano; ello a consecuencia de que una vez infectada con el virus, la salud de la persona se veía comprometida en relación con el normal funcionamiento orgánico del cuerpo al presentarse los síntomas del coronavirus. Así, poseer mala salud por el COVID-19 conlleva a un riesgo en la vida de las personas cuyos cuadros clínicos eran calificados como graves. Por tales motivos, encuadra la figura de estado de emergencia prevista en el numeral 1 del mencionado artículo constitucional.

Ahora bien, el TC comenta respecto a dicha modalidad lo siguiente:

En lo que respecta al estado de emergencia, el elenco de causalidades se asocia a tres supuestos perfectamente tasados, aunque con distinto alcance “perturbación de la paz o del orden interno”, “catástrofe” y “graves circunstancias que afecten la vida de la nación”. Y son cuatro, en particular, los derechos como máximo pueden (no necesariamente deben) ser restringidos en tales hipótesis; la libertad y seguridad personal (reguladas en el artículo 2, inciso 2, inciso 24-f), la inviolabilidad de domicilio (regulada en el artículo 2, inciso 9), la libertad de reunión (regulada en el artículo 2, inciso 12) y la libertad de tránsito o de locomoción (regulada en el artículo 2, inciso 11). (Tribunal Constitucional, Sentencia 00233-2022-PA/TC, 2022, párr. 13)

El extracto jurisprudencial menciona los supuestos por los cuales se puede declarar estado de emergencia, entre los que se encuentra el supuesto que ha sido utilizado para emitir los decretos supremos mencionados en la Tabla 3.4 y han sido explicados con anterioridad. Igualmente, el TC habla de los derechos que expresamente la Constitución determina que pueden ser suspendidos o restringidos; comportándose estos como una suerte de lista taxativa de derechos que el Estado autoriza su interferencia a través de las medidas utilizadas para paliar el contexto sanitario del país en el marco constitucional.

Pese a ello, el TC, dentro del caso citado, al analizar el decreto supremo que da inicio al estado de emergencia nacional, se percata de la existencia de más derechos que los referidos en el inciso 1 del artículo 137 de la Constitución. Es decir, el Estado peruano interfiere en otros derechos que no son los relativos a los derechos “a la libertad y seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito” (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 137). Por tanto, comenta lo siguiente:

De una lectura elemental de la antes citada norma [Decreto Supremo 044-2020-PCM], es posible apreciar que, si bien lo que se declara un estado de emergencia, entendido en los términos que la Constitución lo reconoce vía de su artículo 137, y la causalidad en la que se basa estaría sustentada en las “graves circunstancias que afectan la vida de la nación”, como se enuncia desde su título mismo, en el tercer párrafo de su parte considerativa y en su propio artículo 1; se observa sin embargo de su contenido que no solo fue dispuesta la restricción (suspensión, según la versión formal del decreto) de los cuatro derechos pasibles de ser afectados durante un estado de emergencia entendido en sentido estricto, sino de un número bastante más amplio de libertades, atributos y facultades constitucionales (libertades económicas, derechos sociales y culturales, libertades recreativas, de ocio y de diversión, libertades religiosas y de culto, entendidas estas últimas en su variante de ejercicio colectivo), conforme a su artículo 7. (Tribunal Constitucional, Sentencia 00233-2022-PA/TC, 2022, párr. 18)

El TC cuando habla de la existencia de más restricciones que las permitidas se refiere al artículo 7 del Decreto Supremo 044-2020-PCM; mediante el cual el Estado suspende todo tipo de actividades que materializan una serie de derechos como los culturales o económicos, cuyo ejercicio es colectivo, hasta cierto punto. La razón de dicha suspensión se fundamenta en la existencia del riesgo de que el coronavirus se propague cuando se realicen tales actividades (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 7).

Vale acotar que dicha suspensión fue también prescrita en los decretos supremos que prorrogaron la declaratoria de emergencia; sin embargo, dichas prórrogas también traían consigo una mayor apertura de actividades por lo que la suspensión se fue suprimiendo hasta que esta ya no existiera.

Por ello, se puede constatar la existencia de normativa que traza un plan para que se reanuden las actividades económicas de manera gradual en el contexto pandémico,

prueba de ello es el Decreto Supremo 080-2020-PCM, cuyo objetivo es la recuperación económica y social enmarcados en la prevención del contagio con la dación de protocolos que puedan ser implementados dentro de dichas actividades (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 3); de tal forma que se prioriza la salud pública y su convivencia con otros derechos fundamentales.

Precisando que la suspensión de derechos se fue flexibilizando acorde al nivel de riesgo de contagio; corresponde continuar con el análisis constitucional de la situación que ha sido percibida por el TC mediante el extracto jurisprudencial precedente: el Estado se ha excedido en facultades al imponer medidas que interfieren con otros derechos fundamentales aparte de los cuatro descritos en el inciso 1 del artículo 137 de la Constitución Política del Perú.

Para empezar dicho análisis, primero debemos responder la siguiente pregunta: ¿solo en un estado de excepción se pueden restringir derechos? La respuesta a dicha pregunta es clara, en un estado de normalidad, los derechos no son absolutos, sino relativos; ello en la medida en que no se vulnere aquel núcleo inderogable y que el accionar estatal se adecue al principio de proporcionalidad.

Partiendo de lo anterior, si es posible restringir derechos fundamentales; no obstante, lo que se ha visto dentro del Estado de Emergencia Nacional es la suspensión total de actividades que representan algunos DESCAs por la consecución de la protección de los derechos a la vida y a la salud; suspensión que supuestamente no es posible por la norma constitucional, pues ella evoca un número taxativo de derechos que pueden ser pasibles de interferencia.

No obstante, como señala el TC, si bien es cierto que basándose únicamente en el artículo 137 de la Constitución no es posible interpretar que se pueden suspender otros derechos aparte de los prescritos, también es cierto que el Estado no se basó solamente en dicho artículo para la imposición de ese tipo de medidas, sino que también dentro de los considerandos de los decretos supremos se recurrió al bloque de constitucionalidad⁶⁰, específicamente a los artículos 130 y 132 de la LGS; los cuales otorgan mayores facultades al Estado para suspender o restringir más derechos que, por ejemplo, repercuten en las actividades de comercio o producción, como se ha visto en el primer

⁶⁰ Se entiende por bloque de constitucionalidad el parámetro de control de una norma para determinar si es constitucional o no; dicho parámetro de control está conformado por la Constitución y las normas con rango de ley que la misma Constitución le ha conferido la capacidad de limitar otras normas con su mismo rango; siendo la LGS utilizada como parámetro de control de normas que atentan contra el derecho a la salud (Tribunal Constitucional, Sentencia 0033-2005-PI/TC, 2006, párr. 7).

apartado del presente capítulo (Tribunal Constitucional, Sentencia 0233-2022-PA/TC, 2022, párr. 22).

Aun así, la intervención a más derechos también está acorde con los estándares interamericanos de protección de los derechos humanos, pues, en un primer momento, se puede deducir, de manera errada, que existe una incompatibilidad entre las normas constitucional y convencional, ya que la primera determina una lista taxativa de derechos que pueden ser objeto de restricción, mientras que la convencional, a través del artículo 27 de la CADH, no brinda una lista taxativa de dichos derechos, sino que el listado que elaboran se orienta a aquellos derechos que no deben ser restringidos como el derecho a la vida o a la integridad personal. Dicha omisión por parte de la CADH permite que la observación realizada por el TC referente al bloque de constitucionalidad cobre una mayor relevancia.

Ello debido a que, si la CADH no ha establecido una lista taxativa de derechos que pueden ser intervenidos, ello faculta al Estado a disponer de derechos que no son inderogables de acuerdo con el numeral 2 del artículo 27 de la CADH. Es decir, el Estado, en el marco del SIDH, puede restringir o suspender derechos si así se lo permite su ordenamiento jurídico interno, siempre y cuando los derechos intervenidos no se encuentren en el citado numeral convencional.

De la misma forma, la CADH ha establecido que dichas restricciones serán aplicadas por el interés general y por el cumplimiento de los objetivos o propósitos por los cuales dichas medidas restrictivas han sido dictadas (Organización de los Estados Americanos, 1969, Artículo 30). Por ende, ante la coyuntura que el Perú estaba atravesando, era necesario imponer medidas que involucren restricciones más amplias para los derechos, teniendo en cuenta que el objetivo era salvaguardar la salud de las personas.

Además, como se ha dicho anteriormente, estas medidas restrictivas se fueron flexibilizando en el tiempo con lo que se puede ver la materialización de las limitaciones de la temporalidad de la medida y el principio de proporcionalidad; esta última será objeto de estudio en el siguiente apartado.

En definitiva, la lucha contra el COVID-19 amerita la declaración de un estado de emergencia nacional que otorga mayores facultades al Estado para la imposición de medidas de prevención apropiadas y efectivas; siempre que se haya seguido las disposiciones internacionales y nacionales respecto a dicha declaratoria.

3.3.3 Aislamiento social obligatorio

Otro aspecto que se debe tratar es el referente a la cuarentena general obligatoria que fue impuesta por el Decreto Supremo 044-2020-PCM, la cual fue la medida de prevención más efectiva y trascendental para la lucha contra la propagación del virus. Sin embargo, existen voces que apuntan que ella no fue constitucional.

Es así que ella corresponde ser evaluada desde el test o examen de proporcionalidad; el mismo que comprende “el test de idoneidad, el test de necesidad y el test de proporcionalidad en el sentido estricto” (Tribunal Constitucional, Sentencia 01606-2018-PHC/TC, 2022, párr. 12). Dicho examen se realiza de manera sucesiva; de modo que, si no se pasa uno de dichos exámenes, no es posible que se evalúe el siguiente, por lo que se determinaría que no es una medida proporcional (Tribunal Constitucional, Sentencia 01413-2017-PA/TC, 2018, párr. 13)

Para realizar dicho examen, es preciso definir cada uno de los elementos mencionados en el párrafo anterior, lo que nos lleva a darle significado al test de idoneidad; este analiza y determina si “entre el medio adoptado ... y el fin que se persigue alcanzar ... existe una relación de causalidad”, ello quiere decir que la medida adoptada obedece o tiende a garantizar en algún grado el fin legítimo por el que se ha impuesto (Tribunal Constitucional, Sentencia 01606-2018-PHC/TC, 2022, párr. 24).

En ese caso, la respuesta a ello se obtiene primero determinando cuál ha sido el fin constitucional que ha perseguido el Estado cuando se impuso la cuarentena; dicho fin ha sido resaltado en páginas anteriores, en las cuales se puede ver que es la protección de la vida y de la salud la que necesita ser reforzada por todas las medidas posibles.

En esa misma dirección, al examinar la existencia de idoneidad de la medida de la cuarentena, se debe establecer si ella coadyuva a que este fin pueda ser logrado. Teniendo en cuenta que la transmisión del coronavirus se da a través del contacto que tiene la persona con las partículas o gotitas respiratorias que contienen el virus y pueden ser exhaladas; la OMS recomendó dentro del Plan Estratégico de Preparación y Respuesta que una medida de control para frenar el avance de este era la cuarentena (Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 4).

Ello en virtud de que, al establecer una cuarentena en donde toda la población se encuentra resguardada en sus domicilios y no tengan contacto con personas externas a su círculo familiar con las que conviven, se evitaría los contactos innecesarios que son conducto para que se propague la enfermedad. Por tal razón, es posible afirmar que la

cuarentena ayuda a que se reduzca el número de contagios, con lo que sí protege los derechos a la salud y a la vida; por lo que si pasaría el test de idoneidad.

Ahora bien, es pertinente determinar si la medida supera el test de necesidad, la cual se entiende como la evaluación de la existencia de medios alternativos que son igualmente idóneos, pero que sin embargo, produzcan una menor afectación a los derechos que están siendo intervenidos (Tribunal Constitucional, Sentencia 01606-2018-PHC/TC, 2022, párr. 29); en otras palabras, se verifica si hay medidas alternas que pueden apoyar al fin perseguido y que sean menos lesivas para los derechos que serán perjudicados por el aislamiento total.

Al respecto, el TC determina que el test de necesidad está compuesto por dos fases que se deben analizar para su superación, estas son: (1) determinar la existencia de medidas hipotéticas alternativas que cuanto menos sean igualmente idóneas que las que se han efectivamente se han adoptado y (2) distinguir de las medidas hipotéticas la más benignas o que interfieran menos en el derecho involucrado, comparándolo con la medida que efectivamente se ha adoptado (Tribunal Constitucional, Sentencia 01606-2018-PHC/TC, 2022, párr. 30).

Para tratar el primer punto, se debe recalcar nuevamente que el virus se transmite del contacto de persona a persona, saber ello ayuda a crear medidas igualmente idóneas que la cuarentena; sin embargo, como es sabido, en primer momento, al ser el virus de origen chino que luego fue trasladándose a diferentes partes del mundo, el Estado veía lejano el hecho de que este llegara a nuestro país, aunque tomó la previsión de ordenar, dentro del Decreto Supremo 008-2020-SA, catorce días de aislamiento domiciliario a las personas que ingresaban al Perú provenientes de países como Italia, España, China, entre otros (Ministerio de Salud, 2020, Artículo 2).

Por más que se ordenó dicho aislamiento domiciliario, esta medida no estuvo acompañada de un modo de supervisión del cumplimiento del acatamiento prescrito en el decreto supremo mencionado en el párrafo anterior y de un constante monitoreo médico en caso se necesite acceso a los servicios de salud; además corresponde agregar que dicha norma fue publicada el 11 de marzo y ya el 15 de marzo se ordenaba un aislamiento nacional obligatorio, por lo que dicho monitoreo sería innecesario en ese tiempo.

Lo antecedente trae a colación una medida que pudo ser idónea para detener los contagios, esta es la identificación y, consecuente, aislamiento de las personas que estaban infectadas de aquellas que no, ya que el virus se transmitía por la misma convivencia social. En tal caso, si lo que se necesitaba es que las personas no estén en contacto entre

sí, se tuvo que determinar cuál población debía aislarse y cuál no; accionar que no fue totalmente posible por la insuficiencia de pruebas médicas que detectaban el virus. Por eso, la medida de aislamiento obligatorio de personas que provenía de los países antes dichos fue un gran comienzo, pero ello no sería suficiente para prevenir el contagio.

Por ese motivo, otra alternativa que se puede sopesar es un aislamiento o cuarentena focalizada por departamentos en donde se podía identificar el aumento de casos; esta fue una de las ideas que se planteó al principio dentro del Estado (Jochamowitz & León, 2021, p. 34); no obstante, vale preguntarse si dichas alternativas eran lo suficientemente idóneas para salvaguardar la vida y la salud a nivel nacional, esto es, que lo que la salud y vida que corrían peligro no era solo de un determinado sector de la población, sino era una amenaza para toda la población sin distinción alguna. Ello a raíz de que no se podía trazar el origen o trayectoria de cómo se iba a comportar el COVID-19 al no tener la información suficiente para predecir sus efectos en el Perú.

Es claro que las experiencias que relataba la OMS y los propios países que se vieron afectados por el coronavirus constituían una referencia que se tomaba en cuenta; por tanto, al ver países que, a pesar de contar con servicios sanitarios de primer nivel, se vieron desbordados en la capacidad de atención en salud por los altos índices de morbilidad y mortalidad, el Estado determinó que la medida más efectiva para la protección de los derechos a la vida y la salud era la cuarentena general; pues ello además de evitar la propagación del virus, daba tiempo a que el Estado peruano fortaleciera la capacidad de respuesta de los servicios de salud pública.

Si bien las alternativas mencionadas evocan una interferencia menos benigna en el derecho a la libertad personal, también se debe hacer una atinencia en el extremo referido a la efectividad de la medida, pues estas no lograrían cuidar la salud y la vida de las personas a nivel nacional; a ello se le suma el hecho de que se ha declarado un estado de emergencia nacional que supone medidas extraordinarias para combatir un problema público como la pandemia del COVID-19.

De ahí que, a mi modo de ver, la imposición de un aislamiento social obligatorio no puede compararse a las alternativas propuestas al no proteger de manera efectiva el derecho a la salud; lo que conlleva a que la cuarentena general nacional se erija como la única propuesta idónea para la coyuntura pandémica.

En consonancia con ello, el TC también señala que las alternativas deben de ser “igualmente eficaces o que sean menos gravosas que se dirijan a obtener el mismo fin” (Tribunal Constitucional, Sentencia 579-2008-PA/TC, 2008, párr. 27).

Por tal motivo, al no existir medidas que sean tan eficaces como la impuesta por el Estado, no es necesario o no corresponde analizar la segunda fase del test de necesidad; por lo que el aislamiento social obligatorio pasa el segundo paso del test de proporcionalidad.

En ese mismo sentido, el TC también ha brindado una definición del test de proporcionalidad en sentido estricto, recalcando que este se realiza conforme la ley de la ponderación; la que se relaciona en establecer que “cuando mayor es la intensidad de la intervención en el derecho afectado, tanto mayor debe ser el peso de la razón que justifica tal intervención” (Tribunal Constitucional, Sentencia 07364-2006-PA/TC, 2008, párr. 11). Ello nos lleva a pensar que la intensidad de los efectos que se han generado en el derecho afectado por la intervención debe obedecer a un peso mayor que justifique o fundamente la medida de intervención que se ha seleccionado.

En otras palabras, la intensidad que se ha generado en el derecho a la libertad personal y otros derechos debe tener como justificante una razón mucho mayor que coadyuve a dotar de validez a dicha medida. Así, de manera más clara respecto a ello, el TC conviene lo siguiente:

Según esta ley [de ponderación], una intervención en un derecho se justificará si y solo si la razón que la justifica es mayor que la intensidad de la misma. Es decir, si la razón que justifica la afectación es mayor que la intensidad que ella ocasiona. Si la intervención analizada cumple esta exigencia, entonces ella no afecta el derecho; por el contrario, de no cumplirse tal exigencia, se habrá producido una afectación en el derecho.

Paso preliminar para esta operación es determinar las variables: la intensidad de la intervención y el peso de la razón que la justifica. (Tribunal Constitucional, Sentencia 07364-2006-PA/TC, 2008, párr. 11)

A través de dicho extracto jurisprudencial, el TC señala que para poder determinar si la intervención del derecho es proporcional, se debe evaluar dos variables fundamentales; una vez ellas evaluadas, se puede decidir si la razón que justifica dicha intervención es proporcional o, de lo contrario, se está afectando un derecho constitucional sin ninguna razón de peso.

Es así que cuando se habla de intensidad de la intervención, el TC la divide en tres niveles: (1) intensidad grave, (2) intensidad media o (3) intensidad leve (Tribunal Constitucional, Sentencia 045-2004-PI/TC, 2005, párr. 35). La primera prescribe que la intervención impide que se goce o ejerza un derecho constitucional o fundamental,

mientras que las intervenciones de intensidades media o leve resultan en el impedimento “del ejercicio o goce de un derecho de rango meramente legal o el de un interés legítimo” (Tribunal Constitucional, Sentencia 045-2004-PI/TC, 2005, párr. 35); respecto a lo expuesto cabe resaltar que el TC no brinda mayores alcances sobre la diferenciación entre las intensidades leves y medias en el marco de otros derechos que no sean el derecho a la no discriminación.

Sin embargo, lo anterior no impide ser capaces de analizar la intensidad que tuvo la intervención (la cuarentena o aislamiento social obligatorio) en el derecho a la libertad personal y otros conexos; pues al verificarse que los derechos mencionados que se intervienen son de origen constitucional, la intervención tiene una intensidad grave o de elevada intensidad; ya que la medida impide que las personas puedan desplazarse de un lugar a otro con plena libertad.

Precisado lo antecedente, corresponde identificar el peso de la razón que justifica la medida; razón, que como se ha venido indicando, se relaciona con la protección de la vida de millones de personas que se encuentran en el territorio peruano. Más aún cuando sin vida es imposible el pleno ejercicio de los otros derechos fundamentales al no existir la persona, por lo cual el derecho a la vida es el pilar fundamental de la sociedad y el fin último del ordenamiento jurídico peruano. Consecuentemente, la razón que justifica la medida es muy elevada; por lo que ella pasa el examen de proporcionalidad

Vale decir que la cuarentena no significó que las personas no puedan salir de sus domicilios para realizar actividades primordiales como la adquisición de bienes de primera necesidad o recurrir a los centros de salud para acceder a un servicio médico; de forma que se pueden verificar situaciones en el Decreto Supremo 044-2020-PCM en donde se permite a las personas circular (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 4). Ello ayuda a determinar que el Estado tuvo en cuenta la adecuación de la medida, en cierta medida, a los determinantes de la salud como la alimentación.

Dichas actividades se fueron ampliando, logrando de esa manera el progresivo cambio de la medida en el marco de las necesidades económicas y sanitarias de la población. Así, se puede comprobar que el Decreto Supremo 083-2020-PCM nos habla de una apertura progresiva de las actividades económicas que conllevan a que las personas puedan realizar mayores actividades (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 2); ejercitándose así, de alguna manera, la libertad de tránsito que se vio mermada en primera instancia por la cuarentena.

De igual modo, dicha norma también tiene en consideración el cumplimiento de las obligaciones reforzadas en el marco del derecho a la salud; en cuanto la cuarentena se va relativizando en relación con los niños menores de catorce años, ya que les permitía desplazarse fuera de su domicilio con ciertos condicionantes como estar acompañados de una persona mayor (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 7). La razón de dicha decisión se fundamenta en la protección de la dimensión mental del derecho a la salud de dicha población vulnerable.

Siguiendo ello, los adultos mayores y las personas que tienen alguna comorbilidad son catalogados como grupos en riesgo de contraer el COVID-19, por ello son objeto de una especial protección cuyo objetivo es la protección del derecho a la salud desde la óptica de la prevención, por lo que la medida de aislamiento social es la regla para ellos; siendo la excepción poder salir de sus domicilios en caso no cuenten con el apoyo para proveerse de bienes y servicios esenciales (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 8).

Con ello, la norma busca situarse en todos los supuestos de hecho posibles para que se proteja dicho derecho sin que correlativamente se vulnere otro derecho fundamental ante la imposibilidad de proveerse de los recursos necesarios para vivir.

Asimismo, conviene tener en cuenta que el aislamiento obligatorio que se impuso se fue moldeando acorde a la coyuntura que estaba aconteciendo en el Perú; debido a que una vez obtenida la data pertinente (número de contagios, fallecimientos, capacidad operativa de los hospitales, número de profesionales, entre otros) para luchar contra el COVID-19, el Estado se encontró en la capacidad de diseñar y ejecutar medidas que eran mucho más benignas para los derechos fundamentales.

En consecuencia, se impusieron cuarentenas focalizadas en departamentos en los cuales hubo mayor incidencia de contagios y fallecidos, además de una mayor flexibilidad en aquellos que reportaban menores casos; tal y como se demuestra en la Tabla 3.2. Dicho actuar tuvo como consecuencia la emisión de los Decretos Supremos 116-2020-PCM, 146-2020-PCM, 135-2020-PCM, entre otros.

A ello le siguió un sistema de niveles de alerta (moderado, alto, muy alto y extremo) a través del cual el Estado analizaba qué área geográfica peruana poseía altos índices de propagación; determinándose con ello los horarios de aislamiento social obligatorio (toque de queda), las actividades que se reanudarían, así como otras medidas que eran fundamentales para la protección de la salud pública; lo cual se puede cotejar en

los Decretos Supremos 008-2021-PCM, 036-2021-PCM, 058-2021-PCM, 076-2021-PCM, 105-2021-PCM, 123-2021-PCM, entre otros.

De ahí que la apertura de mayores actividades se tradujo en un más pleno ejercicio de una serie de derechos fundamentales que fueron perturbados por la protección de la vida y la salud pública.

En conclusión, si bien el aislamiento social obligatorio comportó la perturbación de una serie de derechos fundamentales que poseen las personas, esta medida se dio en el marco del principio de proporcionalidad. Por añadidura, ella fue reemplazada por otras medidas que fueron menos lesivas, decisiones que se tomaron con la información que el mismo Estado fue recabando conforme combatía con la pandemia. Por lo que es correcto afirmar que el Estado ha cumplido con su obligación de garantía por imponer medidas de prevención ante el contagio por el COVID-19; garantizando, de esa manera, los derechos a la vida y salud de sus ciudadanos.

3.3.4 Medidas relacionadas con los determinantes sociales del derecho a la salud

Las medidas que han sido descritas hasta el momento han tenido efectos nefastos en los aspectos económicos y sociales de las personas, pues dichas medidas, en muchos casos, significaron la pérdida de un ingreso monetario dentro del hogar o, tal vez, la misma incapacidad de acatar la medida por no poseer una vivienda en donde realizar el aislamiento obligatorio.

El hecho de no contar con los recursos económicos, como se ha visto, puede incidir en una serie de derechos humanos que son imprescindibles para que se ejerza de manera plena el derecho a la salud; entendiéndose ello desde los principios de interdependencia e indivisibilidad que han sido vastamente explicados en los capítulos anteriores. Por lo tanto, dichos determinantes o condiciones de salud son producto de la materialización de los derechos humanos que se encuentran concatenados con el derecho a la salud.

En ese sentido, al imponerse la cuarentena y cerrar casi todo el aparato productivo del país, las personas perdieron la capacidad adquisitiva al no obtener ingresos producto de su trabajo, asimismo, se debe recordar que los ingresos básicos de los peruanos tienen su origen en el empleo informal; el cual es definido como aquellos empleos que carecen de una serie de beneficios que son obligatorios por ley como el acceso a la seguridad social (Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, 2016, p. 10).

De modo que, por un lado, se tiene el empleo formal, en donde se observa la existencia de una relación indeterminada con una serie de beneficios y, por otro lado, se observa el sector informal que vive del día a día, pues los ingresos que generan se obtienen del trabajo diario que realizan, un ejemplo claro de ello son los vendedores ambulantes quienes ofertan sus productos o servicios en las calles en donde pueden encontrar compradores potenciales.

Entonces, cuando se ordenó la cuarentena, dichas personas tuvieron que permanecer en sus domicilios sin generar ingresos para su alimentación, la manutención de sus hijos o pagar las deudas que habían contraído en muchos casos. El Estado se percató de dicha situación, ya que podría acarrear un problema público para la ejecución de las medidas que se imponían para prevenir la propagación del COVID-19; por ende, supo que necesitaba diseñar medidas que busquen paliar ello.

Una de las soluciones a las que se arribó es a la entrega de un subsidio monetario de trescientos ochenta soles a aquellos hogares en condiciones de pobreza o pobreza extrema (Presidencia de la República del Perú, Decreto de Urgencia 027-2020, 2020, Artículo 2); dicho bono estuvo dirigido a aquel sector vulnerable de la población que de por sí es más susceptible de ser objeto de un acto de vulneración de sus derechos humanos, posibilidad que se acrecentó exponencialmente con la pandemia.

A dicho subsidio le sucedieron otro tipo de ayudas económicas como los bonos independiente, rural, familiar universal, entre otros, que eran recibidas por la población en el marco del cumplimiento de los requisitos que cada uno de ellos determinaba, estos que ayudaron a aliviar la situación económica de las familias (Gobierno del Perú, s.f.).

A ello se le suma la adquisición por parte del Estado, específicamente por medio de los gobiernos locales, de productos de primera necesidad que conforman la canasta básica familiar que sería distribuidas a miles de hogares que se encontraban en situación de vulnerabilidad (Presidencia de la República del Perú, 2020, Decreto de Urgencia 033-2020, Artículo 2).

De ahí que se pueda evidenciar iniciativas que tenían incidencia en el derecho a la alimentación. Sin embargo, como es sabido, la capacidad estatal para mantener dichas iniciativas en el tiempo no es infinita, pues ello requiere el empleo de recursos estatales que son limitados aún más en el contexto pandémico, en donde la actuación estatal se enfoca en la elaboración de medidas que ayuden a reforzar el sistema sanitario para poder atravesar esta sin altos niveles de mortalidad ante la falta de implementos médicos

necesarios para que se configure un acceso a los servicios de salud de calidad, lo que conlleva un gasto más que significativo.

Ante tal panorama, es importante recordar que los DESCAs son derechos progresivos que se efectivizan en el marco de la utilización del máximo de los recursos estatales disponibles, por lo que para el cumplimiento de las obligaciones que se relacionan con los determinantes sociales del derecho a la salud, se debe analizar si es que el Estado ha hecho uso de todos los recursos que ha tenido a su alcance para la protección de los derechos humanos de las personas; con lo que viéndose la Tabla 2.1 que ha sido objeto de desarrollo en el capítulo antecedente, se puede afirmar que ello no se ha logrado, pues no se ha visto la ejecución de la totalidad de los recursos presupuestarios.

3.3.5 Vacunación

A continuación, se debe analizar la medida de prevención que significó un avance notable en el combate contra la pandemia por el COVID-19, pues hasta ahora las medidas antecedentes no han mostrado tal eficacia como la vacunación contra dicho virus; ella marcó el punto de partida hacia el regreso a la normalidad que se gozó antes de que aconteciese la pandemia.

Ante todo, son dos los temas primordiales que se deben desarrollar sobre esta medida: (1) el ingreso de las vacunas al país y (2) su distribución. El primer aspecto a detallar se relaciona a determinar si el ingreso de las vacunas supone un beneficio o una amenaza para la preservación de la salud pública en el marco de su investigación científica; mientras que el segundo aspecto corresponde al actuar estatal respecto a la distribución de estas cumpliendo con las obligaciones reforzadas de protección a las poblaciones más vulnerables ante la infección por el COVID-19, así como teniendo en cuenta la poca disponibilidad existente cuando estas se dieron a conocer al mundo.

El primer punto se pone en la palestra por Cesar Landa Arroyo (2021), quien señala que al ser las vacunas “un bien escaso y con una alta demanda”, se resalta el debate referente a la aprobación de sus investigaciones para salir al mercado y su producción acelerada ante la gran necesidad de ser distribuida con el objetivo de que se pueda lograr la inmunidad (p. 72). Es decir, lo que Landa evidencia es que el ingreso de las vacunas al mundo se dio en un panorama nunca antes visto, pues se buscó desde la ciencia una solución para una enfermedad en un periodo o tiempo reducido, cuando la aprobación de este tipo de productos sigue un proceso que tarda años.

Ello trajo consigo el cuestionamiento acerca de su efectividad para la protección del derecho a la salud, así como sus posibles efectos adversos al ser distribuidas y aplicadas; más que todo por el hecho de que en este proceso de investigación también se involucraron países cuyas investigaciones son llevadas a cabo por sus propios estándares como Rusia o China (Landa, 2021, p. 73).

De modo que se quiere dar a conocer que si bien existieron países cuyos récords en el campo de investigación siguen estándares universales y tienen una trayectoria consolidada en la materia, también se vio iniciativas por parte de países que no contaban con dichas características y que posiblemente sus productos farmacéuticos conllevarían a un daño a la salud.

En consecuencia, ante ello, lo propio es establecer un análisis constitucional en dicho extremo, para verificar si el ingreso de dichas vacunas sigue el parámetro de respeto y protección de los derechos humanos, por lo que, consecuentemente, se encontraría secundada en el cumplimiento de las obligaciones estatales respecto a ellos.

Para ello, Landa (2021) argumenta que se debe recurrir a dos principios constitucionales que han coadyuvado a la protección de la salud y el medio ambiente ante graves riesgos como los que se han descrito: (1) precaución y (2) prevención. Así, el TC ha señalado lo siguiente:

... El primero [principio de prevención] exige la adopción de medidas de protección antes de que se produzca, realmente el deterioro al medio ambiente; mientras que el segundo [principio de precaución] comporta adoptar medidas de cautela ante la amenaza de un daño a la salud o al medio ambiente pues la falta de certeza científica sobre sus causas y efectos no es óbice para que se adopten las acciones tendentes a tutelar el derecho al medio ambiente y a la salud de las personas. (Tribunal Constitucional, Sentencia 05387-2008-PA/TC, 2009, párr. 12)

En materia de productos farmacéuticos como la vacuna contra el COVID-19, de la anterior cita, queda claro que ambos principios se ciñen a los riesgos o daños que determinado medicamento puede producir en la vida o en la salud de la persona que lo consume. Sin embargo, la diferencia entre ambos estriba en el hecho de que, en el principio de precaución, el riesgo no está comprobado desde el ámbito científico; mientras que, en el principio de prevención, el riesgo es cierto y posible, mas no una mera probabilidad.

En la misma línea, Landa (2021) afirma que la diferencia radica en que el riesgo del que se habla en el principio de prevención es aquel potencial que ha sido afirmado por la comunidad científica; no obstante, en el otro todavía existe un debate, disenso e incertidumbre sobre la existencia del mismo (p. 82). Entonces, ante ambos escenarios, el Estado debe tomar medidas que neutralicen ambos tipos de riesgos, siendo que los riesgos derivados del principio de precaución son aquellos que tienen un mayor grado de dificultad de identificación, pues se tiene un desconocimiento casi total de ellos en el campo científico.

Ante esta disyuntiva, lo propio sería que el Estado asegure mediante una regulación estricta requisitos para el ingreso de los productos farmacéuticos que serán consumidos por la población, pues a través de ella se podrá exigir a los productores de las vacunas el cumplimiento de los criterios técnicos internacionales que han sido materia de consenso dentro de la comunidad científica internacional y que se han logrado materializar en nuestro ordenamiento jurídico peruano.

El hecho de que se establezcan dichos requisitos dentro del ordenamiento parte de la idea de que todo producto farmacéutico que ingrese al territorio peruano acarrea un riesgo para la población, es decir, se parte de la presunción de la existencia del riesgo; con lo que se visualiza la activación del principio de precaución ante la exigibilidad de que se cumpla con los criterios técnicos que se encuentran en la regulación.

Por tal motivo, se publica la Ley 29459 y su reglamento, este último a través del Decreto Supremo 016-2011-SA; dentro de las cuales se establecen los requisitos para el registro sanitario, el cual es un certificado que otorga la autoridad de salud para evidenciar que determinado producto médico es calificado como apto y eficaz para el consumo de las personas.

En ese sentido, es preciso tener en consideración de que antes de que aconteciera la pandemia uno de los requisitos que eran exigidos para que se aprobaran los registros sanitarios eran los estudios clínicos completos que comprende cuatro fases, es así que solo en ese momento se podría aprobar el registro sanitario correspondiente por una temporalidad de cinco años que autorizaba su distribución, comercialización, almacenamiento, importación, entre otros (Congreso de la República del Perú, 2009, Ley 29459, Artículo 8).

A pesar de ello, cuando se dio a conocer la existencia de las vacunas durante la pandemia, dicho artículo fue modificado estableciendo lo siguiente:

Se otorga el registro sanitario condicional por un año a los medicamentos y productos biológicos con estudios clínicos en fase III con resultados preliminares, en la prevención y tratamiento de enfermedades gravemente debilitantes o potencialmente mortales que dan lugar a una emergencia declarada por riesgos o daños a la salud pública a nivel nacional declarada por el Poder Ejecutivo o por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este registro será renovable, siempre que cumpla con lo establecido en el reglamento respectivo. La Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) puede denegar, suspender, modificar o cancelar el registro sanitario de los productos que no cumplen con las especificaciones técnicas que amparan su otorgamiento u otras condiciones que establece el Reglamento. (Congreso de la República del Perú, 2020, Ley 31091, Artículo Única Disposición Complementaria Modificatoria)

Lo prescrito por la norma establece que se brindará un registro sanitario temporal para autorizar la importación, distribución o uso de los productos que cuenten con estudios clínicos hasta la tercera fase; pero ello no se otorgará a todos los productos farmacéuticos, sino solo a aquellos que tratan una enfermedad que se erige como un grave riesgo para la vida y la salud de la población en general.

Además, se debe resaltar que la temporalidad que se le concede está supeditada a que se realicen los trámites correspondientes para que cumplan con los criterios técnicos que establece el artículo 104 del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitario⁶¹ (Ministerio de Salud, 2011, Artículo 104).

Lo anterior nos permite determinar que el otorgamiento del registro sanitario de las vacunas está condicionado a que los estudios clínicos se completen hasta la cuarta fase y solo así se conservaría dicha autorización; por lo que, lo único que ha hecho la norma es otorgar a aquellas vacunas con fase tres la facilidad de entrar al mercado peruano (por la importación) antes del cumplimiento de los requisitos solicitados en el reglamento mencionado. Ello puede deberse a que se necesitará que la importación de dichas vacunas, que puede llevar tiempo, se dé rápidamente ante el desborde del sistema de salud.

Al respecto, cabe preguntarse si lo decidido por el Estado se encuentra acorde al principio de precaución; ya que él no dice que debe haber cero tolerancia al riesgo, sino

⁶¹ Reglamento aprobado por el Decreto Supremo 016-2011-SA y en adelante se denominará “Reglamento de Productos Farmacéuticos”

establece que a pesar de que exista incertidumbre respecto a la existencia de los riesgos que implica la utilización de las vacunas a nivel científico, el Estado debe tomar medidas de cautela ante la simple probabilidad.

En ese caso, el legislador ha conservado la obligación del cumplimiento de todos los requisitos exigidos para la entrada de las vacunas al mercado peruano por parte de los proveedores, solo esta permitiendo que se acelere la importación de las vacunas en virtud de las graves consecuencias que implican la demora de su distribución a toda la población, teniendo en cuenta la logística que ello implica.

Por ello, desde mi perspectiva, el ingreso de las vacunas contra el COVID-19 al encontrarse enmarcado en la regulación antecedente si se configura dentro del principio de precaución, pues en el supuesto de que se hubiese determinado medidas mucho más proteccionistas y gravosas para su importación, estas resultarían en una barrera de tutela irrazonable; ya que de por sí las vacunas tienen un respaldo científico al encontrarse en la fase tres de los estudios clínicos y además la OMS y una serie de organismos internacionales han discutido la eficacia y los beneficios que estas traen consigo para la resolución del problema de salud pública que acontece.

Ello se condice con lo señalado por el TC al determinar que la adopción de medidas más proteccionistas que tengan como justificación el principio de precaución debe obedecer a la necesidad de una tutela urgente, proporcional y razonable, pues de lo contrario la utilización de dicho principio conllevaría a actuar de manera irrazonable e ineficaz; resultando ser más perjudicial para la población (Tribunal Constitucional, Sentencia 05387-2008-PA/TC, 2009, párr. 17).

El segundo principio al que se hizo referencia es el principio de prevención, el mismo que señala que si bien existe un riesgo para las personas, él puede llegar a ser superable, además de que la asunción de dicho riesgo sea menor que los beneficios que las vacunas tienen en la salud de las personas (Landa, 2021, pp. 82-83).

En otras palabras, que al tener conocimiento de cuáles son los riesgos a los que nos enfrentamos, se pueden trazar planes o medidas que coadyuven a su neutralización, con lo que la posibilidad de que el riesgo se materialice pueda desaparecer o ser demasiado leve que puede llegar a ser tolerable.

Aun así, se debe considerar que el actor que conoce sobre los riesgos que las vacunas suponen son los mismos productores; por lo tanto, estos deben poner a disposición del Estado toda la información pertinente sobre los efectos adversos que tiene dicho producto para que así puedan diseñar y planificar medidas que ayuden a la gestión

y control de estos. Vale decir que ello también es tarea para los productores, puesto que se puede verificar que para la aprobación del registro sanitario es necesario un Plan de Gestión de riesgo, requisito imprescindible que se encuentra prescrito en el Reglamento de Productos Farmacéuticos (Ministerio de Salud, 2011, Artículo 104).

Sucesivamente, la información respecto a los riesgos debe de ser compartidas con la población para que esta pueda ser consciente de las implicancias de determinado producto farmacéutico y pueda tomar las medidas preventivas correspondientes. A ello se le suma que, al verificar la existencia de un daño, la persona tiene la facultad de activar los mecanismos legales que tiene a su disposición para buscar la reparación del daño que se le ha causado; de forma que se materializa la obligación estatal de proveer a su población de recursos efectivos que ayuden a la consecución de la reparación.

Una vez analizado que el ingreso de las vacunas al Perú se encuentra dentro de los principios precedentes, se retomará el segundo aspecto referente a la distribución; siendo que esta última significó un reto de proporciones inimaginables para el Estado, porque su llegada el 7 de febrero de 2021 supuso el diseño de criterios de priorización, elaboración de planes logísticos para su distribución y el escepticismo de su efectividad a razón de su marca u otros motivos.

En atención a ello, el MINSA aprueba el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 (Ministerio de Salud de la República del Perú, Resolución Ministerial 848-2020-MINSA, Artículo 1); plan en donde se puede visualizar cuál será la población objetivo que en un principio recibirá la vacuna ante la indisponibilidad que se vio al inicio del anuncio de su aparición. De hecho, ante la carrera de muchos países por conseguir la vacuna, el mercado no se daba abasto para atender tal demanda; por ende, los países no pudieron comprar las cantidades suficientes para vacunar a la totalidad de su población.

Por tal razón, dentro del Plan antecedente, el desarrollo de la vacunación se divide en tres fases que contienen grupos objetivos a inmunizar; el primero está conformado por aquellas personas que realizan trabajo asistencial y se encuentran involucradas en la asistencia médica como el personal de las fuerzas armadas y policiales o el personal de salud (Ministerio de Salud, 2020, p. 18).

Acerca de ello, se verifica que el primer grupo se encuentra conformado por personas cuyas profesiones están en constante contacto con la población y con aquellas personas que se encuentran infectadas con el COVID-19; hecho que los hace más propensos a contagiarse, a causa de ello se configura una situación de vulnerabilidad.

Dicha vulnerabilidad es reconocida por la CIDH al señalar una serie de directrices que tratan sobre la protección de los derechos de las personas que trabajan en el sector salud atendiendo a pacientes con COVID-19, por tales motivos resaltan la importancia de que el sector hospitalario cuente con protocolos de bioseguridad para su protección, además de la realización de manera regular de pruebas de descarte del virus para que se puedan tomar las medidas necesarias para salvaguardar su salud (Comisión Interamericana de Derechos Humanos, 2020, pp. 10-11).

Así, se puede deducir que desde la propia comunidad internacional se ha observado el surgimiento de una nueva población vulnerable, por lo que se deben tomar medidas reforzadas de protección para ellos; actitud que también debe involucrar a aquellas personas que han realizado labores para la protección y restablecimiento del orden público durante la cuarentena y el estado de emergencia nacional.

Con ello en mente, se ha priorizado la vacunación del personal asistencial que brinda servicios médicos, pues ellos han sido la primera línea de defensa en la pandemia y son susceptibles de contraer la enfermedad. Lo mismo ocurre con la población que realiza las actividades laborales que no se suspendieron durante la cuarentena y que se encuentran en contacto de personas que posiblemente tengan la enfermedad.

En la segunda fase, el Estado ha priorizado a las personas: (1) adultas mayores, (2) personas con comorbilidades, (3) personal del Instituto Nacional Penitenciario, (4) personas privadas de la libertad y (5) poblaciones indígenas (Ministerio de Salud, 2020, p. 18). En ella se puede ver la máxima expresión del cumplimiento de las obligaciones reforzadas sobre el derecho a la salud respecto a poblaciones vulnerables.

Haciendo referencia a ellas, se tiene que existe una clasificación no taxativa de población que se considera vulnerable, pues la situación en la que se encuentran los hace más pasibles a que se atenten contra sus derechos fundamentales. Por eso, el Estado debe ser consciente que la pandemia por el COVID-19 agrega un factor más para que se concrete la posibilidad de que su derecho a la salud se vea afectado.

Como resultado de lo anterior, el Estado, después de la aplicación del primer grupo, decidió que las vacunas deben ser aplicadas a la población que es más propensa a llegar a un cuadro clínico crítico; ellas serían los adultos mayores y aquellas personas que tienen alguna otra enfermedad, estas últimas porque de por sí su organismo se encuentra luchando contra la enfermedad que los aqueja y ello hace que sus defensas sean débiles para poder superar el COVID-19.

Seguidamente, nos habla de las personas que laboran en establecimientos penitenciarios y las que están privados de su libertad; dicha priorización se da en atención de que de por sí el Estado es el garante directo de la salud de los detenidos, lo que supone la existencia de obligaciones específicas como se ha señalado en el primer capítulo.

Por último, en dicha fase, se establece que las vacunas deben llegar a las poblaciones indígenas, potenciándose los elementos de accesibilidad y aceptabilidad del derecho a la salud, por cuanto las comunidades indígenas han tratado sus enfermedades con medicinas tradicionales que se elaboran a base de la flora que está a su disposición.

De ahí que, al ser la vacuna un producto farmacéutico, podría existir cierto temor sobre su aplicabilidad o escepticismo sobre su eficacia. Por tanto, el Estado debe brindar información comprensible para tener conocimiento sobre cuáles son los beneficios y efectos adversos de la vacunación; siempre orientándose hacia el respeto de las particularidades de sus culturas, costumbres e idiomas.

Ante ello, el Estado emitió el “Protocolo para la vacunación contra el COVID-19 en pueblos indígenas u originarios”; en donde se puede ver una serie de criterios para que el proceso de vacunación se realice considerando la vulnerabilidad de la comunidad indígena (Defensoría del Pueblo, 2021, p. 2). Dicho documento es un importante hito para la protección de los derechos humanos, pues al establecer criterios y procedimientos se busca prevenir la existencia de alguna acción por parte de los operadores de salud que genere un atentado contra sus derechos.

Ya en la tercera fase, la aplicación de la vacuna se dio a toda la población en general (Ministerio de Salud, 2020, p. 18); con lo cual ya se va materializando la obligación de progresividad del derecho a la salud en materia de acceso a las vacunas, ya que si bien en un inicio hubo escasez de vacunas, ahora podemos comprobar que ello ha dejado de ser un obstáculo; debido a que, en el transcurso del tiempo, se han visto donaciones por parte de otros países de vacunas, además de que se ha podido importar y ello ha causado que el Estado pueda dirigir una política de accesibilidad universal de dicho producto médico que ha ayudado a que se reduzca la mortalidad.

La prueba de la anterior afirmación es la Tabla 3.3, en donde aparece que los efectos de la vacuna se hicieron presentes en el año 2022; año en el que la tasa de mortalidad se redujo considerablemente, aunque tal efecto no repercutió en la tasa de morbilidad. Pese a ello, se debe recordar que las vacunas coadyuvan a prevenir que la persona infectada no llegue a un cuadro crítico de salud que ponga en peligro su vida, no que no se infecte por el virus.

A todas luces, las fases que han sido desarrolladas tuvieron lugar debido a que había una falta de disponibilidad de las vacunas, por ello se tuvieron que establecer criterios de priorización, siempre teniendo en cuenta a la población que se veía más afectada con la situación sanitaria que estaba atravesando el mundo; lo cual concuerda con la obligación de protección del derecho a la salud porque la priorización del otorgamiento de las vacunas está orientándose en un enfoque de derechos humanos que se caracteriza por brindar un cuidado especial a la población vulnerable ante la escasez.

Además, de acuerdo con lo que se ha mencionado, el Estado dentro de su política de distribución también consideró a la población en general, cumpliendo de esa manera su obligación de protección de los DESCAs en el marco de la progresividad.

Cabe agregar que si bien el Estado tiene la obligación de proteger del COVID-19 a la población de todas las formas posibles, también existe un deber por parte del ciudadano de acatar todas las disposiciones y recomendaciones que se dieron para que su salud no se perjudique; en este caso, durante todo el estado de emergencia no solo se incentivó a los ciudadanos a que se vacunasen, sino también a que se protegieran mediante el uso de mascarillas.

Es decir, después de que se flexibilizaron las restricciones que han sido materia de desarrollo en los apartados precedentes, el Estado determinó que la libertad de tránsito de las personas estaba supeditada al uso de mascarillas y a la muestra de los carnet de vacunación correspondientes, con lo cual la entrada o circulación a los comercios o instituciones públicas y privadas requerían cumplir con tales requisitos; dicha medida se tomó en virtud de la protección del derecho a la salud, queriéndose evitar los contagios y el desborde del sistema sanitario.

Ello concuerda con el principio de proporcionalidad, en tanto el fin que se persigue sigue siendo la protección del derecho a la vida y a la salud; seguidamente, se verifica que la otra alternativa a dicha medida sería el aislamiento social, lo cual es mucho más perjudicial para los derechos de las personas. En ese orden de ideas, podemos ver que el condicionamiento del uso de las mascarillas y la vacunación reemplazan a una medida que es más lesiva, constituyéndose como una medida benigna ante el contexto pandémico.

3.3.6 Regresividad y progresividad

Se ha afirmado que, antes de la pandemia, el Estado no ha cumplido su obligación de progresividad por la no utilización del máximo de los recursos disponibles en la función

salud; consecuentemente, es necesario examinar la actuación progresiva de este durante la pandemia, lo cual se tratará de esbozar en el presente apartado.

Se empezará retomando las entrevistas que se realizaron durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional en donde se formuló la siguiente pregunta: ¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y, por tanto, se vulneraría el principio de progresividad?

La pregunta anterior se formuló a razón de que existieron medidas que surgieron durante la pandemia que fueron un acierto para la protección del derecho a la salud y que no significan ninguna limitación a los derechos humanos como el ampliar la cobertura del SIS a casos COVID-19, adecuar infraestructura estatal a las necesidades sanitarias de la población, entre otras medidas.

A ello se le suma que, claramente, las medidas que significaron restricciones de los derechos humanos, como las que se han estudiado precedentemente, no pueden ser reflejo de la progresividad; por lo tanto, se han erigido como medidas regresivas de derechos humanos. No obstante, se debe recordar que ellas nacieron por la consecución de la protección del derecho a la salud; aunque ello no borra el hecho de que denotaron limitaciones en los derechos que durante la construcción de nuestra democracia fueron plenamente promovidos y garantizados.

En el marco de dichas ideas, respecto a la regresividad de la garantía de los derechos humanos, Humberto Nogueira Alcalá (comunicación personal, 24 de septiembre de 2022) entiende que existieron medidas regresivas que fueron producto de la misma situación que se estaba atravesando por la pandemia como el aislamiento social y el cierre de comercios.

Pese a ello, Alfredo Mauricio Vitolo (comunicación personal, 24 de septiembre de 2022) manifiesta que, si bien la pandemia exigió medidas excepcionales, estas debían sujetarse a los parámetros constitucionales e interamericanos. De modo que no se debe perder de vista las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Vale precisar que Alberto Borea Odría (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) agrega que también las medidas que se implementen deben estar fundadas en una perspectiva científica. De manera que las medidas impuestas no tengan como base razones arbitrarias sin que se haya sopesado todas las opciones posibles, así como los efectos que cada una de ellas causará entre la población.

Al respecto, Francisco Eguiguren Praeli (comunicación personal, 23 de septiembre de 2022) expresó que las limitaciones que se visibilizan con la pandemia son hechos que deben ayudarnos a mirar hacia adelante, ya que nos ayudará a reflexionar respecto al trabajo que necesitamos hacer para que ello no vuelva a ocurrir; por lo tanto, determina que lo vivido debe configurarse como una advertencia para que el Estado realice medidas de prevención o preparación con el objetivo de neutralizar situaciones de tal calibre; con lo cual coincide Diego Valadés Ríos.

En tal sentido, respondiendo la pregunta anterior con los puntos de vista de los diferentes constitucionalistas, se puede señalar que hubo dos clases de medidas: (1) regresivas y (2) progresivas. Las primeras han sido vastamente explicadas anteriormente en este trabajo, así como con las respuestas de los entrevistados; mientras que las primeras obedecen a un fin constitucional como la protección de la vida y a la salud pública de la nación, lo que ha supuesto una justificación que se ha enmarcado en un supuesto de hecho avalado normativamente a nivel nacional e interamericano como el estado de excepción que tiene la característica de ser temporal.

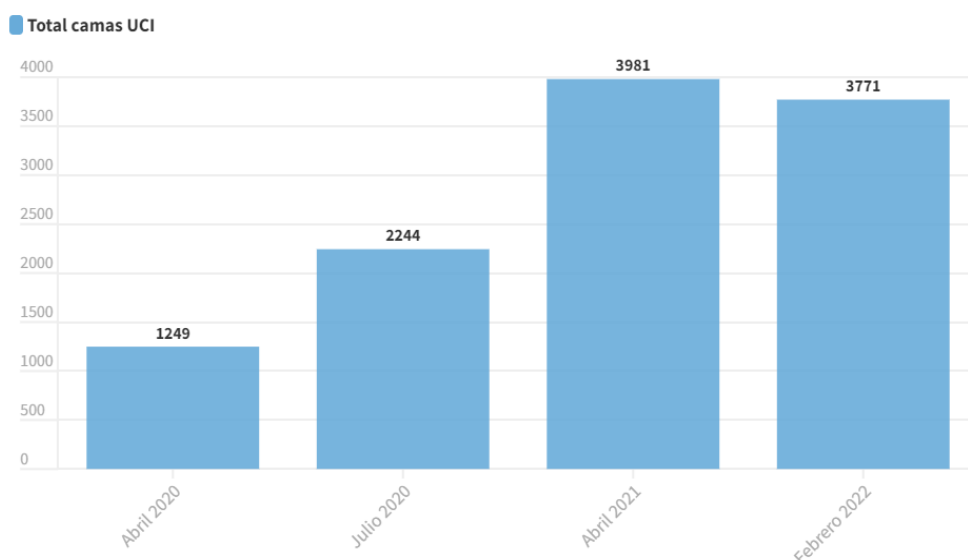
Ahora bien, se procederá a hablar exclusivamente de algunas de las medidas progresivas que se han ejecutado durante la pandemia; con lo que corresponderá traer nuevamente a colación la situación precaria en la que se encontraba el país a nivel sanitario, donde no se veían médicos ni mucho menos los productos médicos necesarios para atender la demanda de atención que solo se iba acrecentando.

Así pues, una deficiencia que se encontraba en nuestro sistema sanitario era la poca disponibilidad de camas de cuidados intensivos (camas UCI), pero ello se evidenció crudamente durante la pandemia, pues una característica propia del coronavirus es que al encontrarse el paciente en un cuadro crítico en donde son los pulmones los más afectados, se requiere la asistencia de un ventilador mecánico que únicamente se pueden encontrar en dichas camas. Por eso, el Estado tuvo que priorizar la adquisición de tales implementos médicos, es así que se puede ver un incremento de ellas en un número de dos mil quinientos veintidós como se muestra en la siguiente figura.

Figura 3.1

Total de camas UCI entre el año 2020 y 2022

Camas totales en UCI en todo el país en cuatro momentos de la pandemia: inicio, primera ola, segunda ola y la actualidad.



Fuente: Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) • Gráfico: LR Data
Datos incluyen camas en UCI de Hospitalización General + Zona COVID-19.

Dichas cifras muestran que en abril 2020 se tenían 2.5 camas UCI por cien mil habitantes, mientras que al 2022, se tenían 5.2 por la misma cantidad de habitantes (La República, 2022). Ello permite señalar que el Estado sí realizó esfuerzos para ampliar la capacidad sanitaria para atender a pacientes cuyo derecho a la vida corría peligro.

Otro aspecto a resaltar es el hecho de que el Estado determinó la existencia de poca disponibilidad de camas de hospitalización para atender a dichos pacientes, por lo cual el Estado identificó la existencia de infraestructura estatal que no estaba en uso para poder modificarla con el fin de poder atender la alta demanda de servicios de salud; ello se puede evidenciar en la utilización de la Villa Panamericana, la cual se puso a disposición de EsSalud para ser usada como residencia médica hasta la fecha (Gobierno del Perú, 2022).

Es más, si bien se priorizó el uso de los recursos para la atención del COVID-19, no se dejó de lado la integralidad del servicio de salud, en tanto también el Estado ejecutó estrategias para que se ampliara la oferta hospitalaria en el marco de la infraestructura temporal, motivo por el cual se publicó el Decreto Supremo 156-2020-PCM (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020, Artículo 8) , ya que el Estado observó la existencia de

mecanismos que ayudaron a paliar la situación vivida con la pandemia que se podían trasladar a la atención de otro tipo de padecimientos; por eso buscó que se contara con una mayor capacidad operativa en todos los establecimientos de salud.

Siguiendo la misma línea, también se observó un incremento en la cantidad de profesionales de la salud, pues al inicio de la pandemia se contaba con 27 961, pero a finales del 2021 dicha cifra ascendió a 35 168 (La República, 2022). Lo que nos permite deducir que pese a las fallas que ha tenido el Estado, este dispuso medidas que han beneficiado a miles de ciudadanos.

Por otro lado, desde el ámbito de la información, existen diferentes plataformas estatales que la brindaban y aún la siguen brindando, esta se basa en los síntomas, cuidados de salud y medidas preventivas para que su salud no se vea afectada; la información se distribuía a medida que el Estado recolectaba datos nacionales e internacionales, como previamente se ha explicado. Ella puede visualizarse hasta el día de hoy en las diferentes páginas web⁶² del Estado.

En ese sentido, se puede determinar que el Estado identificó las deficiencias que se configurarían como un obstáculo para la protección del derecho a la vida durante la pandemia; por lo que, consecuentemente, ejecutó una serie de medidas que representaron acciones positivas cuyos efectos no solo se vieron durante la pandemia, sino también se conservan en la nueva normalidad que el mundo se encuentra viviendo.

Finalmente, a mi modo de ver, se diseñaron políticas o medidas que corresponden ser emuladas y otras que no. Las primeras deben mantenerse en el tiempo, pues es el reflejo de un avance hacia la plena efectividad del derecho a la salud y conexos; sin embargo, si el Estado no se encuentra en dicha capacidad, entonces debe justificar la regresividad de las medidas adoptadas. Una vez que se analice la razón se podrá determinar la vulneración del principio de progresividad. No obstante, vale decir que, en líneas generales, se puede afirmar que no se ha atentado contra dicho principio.

3.4 Deber del ciudadano en la protección del derecho a la salud

A través del presente trabajo, se ha arribado a la conclusión de que, si bien el Estado se encuentra obligado a una gama de obligaciones de protección de los derechos humanos, el ciudadano también tiene un deber de promoción, protección y defensa respecto a ellos, específicamente del derecho a la salud (Congreso Constituyente Democrático, 1993,

⁶² <https://www.gob.pe/coronavirus>, <https://www.datosabiertos.gob.pe/group/datos-abiertos-de-covid-19>, <https://www.minsa.gob.pe/datosabiertos/>, entre otros.

Artículo 7); por tal razón, se encuentra en la obligación de acatar las disposiciones establecidas durante la declaratoria de emergencia sanitaria para la protección de la salud pública y la vida de la población.

Pese a tal obligación constitucional, la población desobedeció las medidas que el Estado impuso durante dicho periodo, hecho que motivó a que este estableciera sanciones para aquellas personas que ponían en peligro la salud de la población por el posible contagio del COVID-19, de modo que se activó las potestades fiscalizadora y sancionadora.

Ello originó la publicación del Decreto Legislativo 1458, norma que “tiene por objeto brindar un marco legal para sancionar el incumplimiento de las disposiciones de la Emergencia Sanitaria” (Presidencia de la República del Perú, 2020, Decreto Legislativo 1458, Artículo 1); cediendo a la Policía Nacional del Perú la facultad de fiscalizar el cumplimiento y la potestad sancionadora de aplicar las multas administrativas respectivas ante la infracción que se relaciona con las restricciones de los derechos que el Estado impuso durante la emergencia nacional como el aislamiento social obligatorio o los toques de queda (Presidencia de la República del Perú, 2020, Decreto Legislativo 1458, Artículo 4).

A la vez, las facultades anteriores se encuentran reguladas en el Reglamento que se aprobó con el Decreto Supremo 006-2020-IN (Ministerio del Interior, 2020, Artículo 1); en el cual se determinó los plazos, recursos y etapas del procedimiento administrativo sancionador que se iniciaba al configurarse la infracción, además de los montos que se tenían que pagar por la comisión de esta.

A pesar de lo expuesto, aun así, la población no cumplía con el pago de las multas administrativas; por eso se puede verificar que mediante los decretos supremos⁶³ que prorrogaron la emergencia nacional, también se señalaba que aquellos infractores que no cumplían con el pago respectivo estaban impedidos de realizar trámites ante entidades públicas.

Por consiguiente, se puede asegurar que las obligaciones específicas que se fijaron dentro de los decretos supremos que se muestran en la Tabla 3.4 debían de ser obedecidas por toda la población; no obstante, al supervisar dicho cumplimiento, el Estado comprobó que ello no sucedía.

⁶³ Decretos Supremos 008-2021-PCM, 016-2022-PCM, 030-2020-PCM, 041-2022-PCM y 118-2022-PCM.

Por tanto, el hecho de que el Estado brindara el marco legal antecedente configuró el cumplimiento de la obligación de regulación, la cual, a su vez, tenía que ser acompañada de la supervisión y fiscalización efectiva de su cumplimiento que debía ser realizada por los operadores policiales y las autoridades administrativas competentes. Ello a razón de desincentivar aquellas conductas contrarias a la normativa emitida a favor de la protección del derecho a la salud de toda la población

3.5 Protección del derecho a la salud durante la pandemia

Se ha visto que el Perú ha desarrollado y ejecutado una serie de medidas de protección del derecho a la salud con impacto a nivel nacional, ello quiere decir que los efectos han recaído en cada una de las esferas jurídicas de la población que se encuentra dentro del territorio peruano.

Al observarse un impacto nacional y notando que la población vive diferentes situaciones o realidades, los efectos en sus derechos humanos pueden convertirse en leves o graves; lo que no pasó desapercibido para la Defensoría del Pueblo, pues esta al ser la principal institución estatal que busca la defensa de los derechos humanos, señaló que durante la pandemia adecuó sus servicios de atención a las circunstancias que se presentaron, así como analizó cada norma o medida que se emitía para advertir si ellas vulneraron los derechos fundamentales (Defensoría del Pueblo, 2020).

Así, dicha institución puso sobre aviso y exhortó al Estado a establecer medidas de remediación para las deficiencias encontradas en los hospitales sobre la poca disponibilidad y el no acceso de los servicios de salud a las poblaciones vulnerables. Partiendo de ello, se puede verificar la existencia de una serie de informes⁶⁴ emitidos por la Defensoría del Pueblo formulando recomendaciones sobre las situaciones que han acontecido en diferentes partes del país.

Bajo dicha línea de análisis, se puede determinar que las actividades que ha realizado la Defensoría del Pueblo constituyen un mecanismo de defensa exhortativo para que se adopten medidas adecuadas ante situaciones generales que ciertos grupos de la población están atravesando; además de enfocar sus esfuerzos para que ello cese, coordinando con los diferentes actores estatales la dación de medidas en el marco de sus particularidades.

⁶⁴ Informe de Adjuntía N° 12-2021-DP/AAE, Informe de Adjuntía N° 13-2021-DP/ADM, Informe de Adjuntía N° 02-2021-DP/AAE, 03-2020-DP/AMASPPI/PPI, Informe de Adjuntía N° 02-2020-DP/ADHPD, Informe Especial N° 04-2022-DP, Informe Especial N° 16-2021-DP, entre otros

Asimismo, es preciso recordar lo establecido en el capítulo 2; ya que, en él, se ha desarrollado los mecanismos de tutela del derecho a la salud, los mismos que pueden ser utilizados ante alguna vulneración que acontezca durante la pandemia por el COVID-19. Específicamente, es pertinente traer a colación los procesos de hábeas corpus y amparo, pues, dentro del régimen de excepción que se ha vivido, ellos no se suspenden (Congreso Constituyente Democrático, 1993, Artículo 200).

Lo anterior también ha sido previsto por el Nuevo Código Procesal Constitucional, en el cual se establece que “los procesos constitucionales no se suspenden durante la vigencia de los regímenes de excepción”, aún si se interponen a favor de los derechos que han sido suspendidos; ya que el órgano jurisdiccional analizará la proporcionalidad y razonabilidad del acto o medida que ha restringido tales derechos (Congreso de la República del Perú, 2021, Ley 31307, Artículo 10).

Ante lo expuesto, se puede dar cuenta que todos los procesos constitucionales siguen conservando su vigencia durante los regímenes de excepción, pero estos se deben adaptar a las nuevas circunstancias en las que se vive por el COVID-19.

Por tanto, emergió la noción de la virtualización de dichos procesos, ya que ello significaba que no existiera el contacto entre personas y con ello se lograba el aislamiento social obligatorio que se impuso al principio de la pandemia sin que se dejara a la deriva la protección de los derechos fundamentales.

En consecuencia, la virtualidad se convirtió en una herramienta fundamental para el acceso a la justicia y a la tutela efectiva de los derechos humanos; sin embargo, un tema que ha sido dejado de lado es que ella no vino acompañada con una educación digital, pues se observa que existen personas en ciertos rangos de edad que no cuentan con conocimientos de la tecnología que ha sido empleada.

Ello debe ponerse en la palestra para que el Estado promueva la educación digital de dichos grupos mediante políticas públicas que incentiven el aprendizaje de toda la gama de tecnologías utilizadas, más aún ahora en donde se ve que ella va a quedarse por mucho tiempo en la nueva normalidad que nació por la pandemia.

Asimismo, a los mecanismos de protección se le suma la tutela administrativa que se ha visto implementada desde SUSALUD y que tuvo un gran protagonismo con su facultad fiscalizadora a razón del análisis sobre la accesibilidad y calidad de los servicios de salud que fueron brindados por los diferentes actores del sector salud.

En conclusión, el Estado ha generado espacios en donde la persona puede recurrir en busca de justicia sobre la vulneración de su derecho a la salud, aunado al hecho de que

existe una institución estatal que ha realizado un trabajo constante en la supervisión de las medidas impuestas para que no se incurra en vulneración.



CONCLUSIONES

1. La aparición de la normativa interamericana de derechos humanos constituye el basamento para que a nivel regional los Estados sean conscientes de una serie de obligaciones imperativas para el efectivo ejercicio del derecho a la salud por parte de su población, así como que dichas obligaciones sean objeto de exigencia por parte de un organismo supranacional.
2. Los mecanismos de exigibilidad de la CIDH y la Corte IDH, que han derivado en informes y sentencias, respectivamente, han contribuido en que se dé lugar a un desarrollo más exhaustivo del derecho a la salud; de ahí que se han emulado actuaciones estatales exitosas en la región y se ha extendido la protección de dicho derecho a través de la justiciabilidad directa.
3. El derecho a la salud está compuesto por una serie de obligaciones negativas y positivas que el Estado debe implementar, siendo que su contenido proviene de la normativa internacional como la interna que adopta cada país; por lo cual, al ser de naturaleza dinámica, estas obligaciones se van ampliando con el tiempo de acuerdo a las necesidades que experimenta la población y a los recursos disponibles con los que cuenta cada Estado.
4. Las obligaciones de respeto y garantía constituyen un pilar fundamental a la hora de determinar obligaciones específicas en materia de salud, siendo que la primera significa que los Estados respeten el contenido del derecho a la salud y con ello no realicen actuaciones en contra de él, mientras que la segunda obligación se enmarca en una obligación de hacer por parte de los Estados para que los derechos humanos sean plenamente ejercidos.
5. Todas las obligaciones se encuentran entrelazadas la una a la otra, de manera que el nacimiento de obligaciones específicas constituye una derivación de las obligaciones generales que surgieron desde el primer momento de la aparición del SIDH.
6. La obligación de regulación se erige como la obligación más relevante para el derecho a la salud, en tanto coadyuva a que el Estado prevenga que se configuren escenarios de vulneración del derecho a la salud estableciendo estándares de calidad, accesibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de obligatorio cumplimiento para los

proveedores de los servicios de salud, ya sea público o privado; lo cual se ve reflejado en la dación de una serie de mecanismos que la población puede utilizar ante el riesgo de vulneración o la efectiva vulneración de un derecho como el de la salud.

7. La obligación de prevención adquiere un papel protagónico en la protección de las poblaciones vulnerables, pues los Estados son conscientes de la existencia de un riesgo de violación del derecho a la salud por lo cual deben tomar las medidas necesarias para que su situación de vulnerabilidad no afecte el ejercicio pleno del derecho.
8. La obligación general de protección a la salud conlleva a que los Estados aseguren que toda persona pueda acceder a los servicios esenciales de salud, en el marco de las necesidades particulares que tiene la población en determinado territorio del Estado, así como de que se mejoren las condiciones en donde el ser humano interactúa, pues el ambiente en donde se encuentra la persona propicia que la salud mejore, se mantenga o deteriore.
9. El aseguramiento del acceso a la información en materia de salud es imprescindible para el pleno ejercicio del derecho a la salud; por lo cual, el Estado debe proporcionar a su población información fidedigna, oportuna, completa y comprensible. Ello va de la mano con la obligación que nace del Estado de asegurarse por todos los medios posibles de acceder a fuentes de información con dichas características para que, consecuentemente, esta pueda ser distribuida a la población.
10. El derecho a la salud contiene obligaciones de efectos inmediatos, así como obligaciones progresivas que están determinadas dentro de los recursos disponibles que cuente cada Estado, lo que conlleva a que se analice constantemente las actuaciones estatales para poder precisar si los Estados están ampliando la protección y, por ende, mejorando las condiciones que se presentan para el pleno ejercicio del derecho a la salud.
11. Dentro de la normativa nacional se verifica que el Estado ha ampliado su rol, convirtiéndose en dador de una serie de prestaciones como los servicios de salud, ello ha evolucionado a la par con el desarrollo de las obligaciones internacionales del SIDH respecto al derecho a la salud.

12. Los tratados de protección de los derechos humanos del SIDH constituyen derecho nacional con rango constitucional, por lo que todos los actores estatales y la población están obligados a observar.
13. La tarea de protección y promoción del derecho a la salud no solo corresponde al Estado, sino que debe ser cumplida juntamente con la sociedad.
14. Las medidas que debe tomar el Estado respecto al derecho a la salud deben de comprender no solo la salud mental y física, sino también el bienestar social de la población, por lo que se deben tomar medidas que mejoren los determinantes o condiciones sociales de la salud.
15. El TC asume un rol fundamental en el ciclo de vida de las políticas públicas, en tanto verifica que ellas se encuentren dentro de los parámetros constitucionales plasmados en la Constitución Política del Perú y desarrollados por su jurisprudencia.
16. La descentralización ha coadyuvado a que la población acceda a las prestaciones de salud progresivamente, pues se ha visto el traspaso de competencias y recursos del gobierno nacional a los gobiernos locales y regionales por ser estos últimos los más próximos e idóneos para proveer los servicios de salud.
17. Existen dos etapas fundamentales (antes de la vulneración y después de la vulneración) para poder delimitar que un derecho fundamental es efectivo y, consecuentemente, el Estado está cumpliendo sus obligaciones internacionales respecto a los derechos humanos. Por lo tanto, en el escenario de antes de la vulneración entra a tallar el fomento de las políticas públicas, en tanto ellas serían valoradas como instrumentos de prevención; mientras que, en el escenario después de la vulneración, se verificará si el Estado ha cumplido con brindar mecanismos efectivos de protección de los derechos humanos, en tanto él debe realizar todas las acciones necesarias para que se investigue, juzgue, sancione y repare integralmente la vulneración del bien jurídico.
18. La tutela del derecho a la salud, en el marco de derecho administrativo, se ha llevado a cabo mediante SUSALUD, entidad estatal que se ha erigido como el responsable de proteger el derecho de salud de las personas; mientras que, a nivel constitucional, se puede verificar que su protección se enmarca en el proceso de amparo mediante el cual se protege el derecho a la salud de manera directa y el proceso de cumplimiento, de manera indirecta

19. La corrupción y la mala gestión son problemas que repercuten en que el derecho a la salud no sea efectivo, en tanto ellos no permiten que se use el máximo de los recursos posibles para otorgar prestaciones de calidad a la población.
20. Se han detectado incongruencias en los sistemas de información que el Estado pone a disposición de la población; por tanto, se puede afirmar la existencia de un problema de calidad y acceso, lo cual puede afectar a la toma de decisiones de la población, así como a la credibilidad del Estado.
21. La declaración de Estado de Emergencia Nacional y las medidas que se impusieron durante ella se enmarcan en el test de proporcionalidad, por lo cual se puede afirmar que el accionar estatal corresponde al marco constitucional; teniéndose en cuenta que las medidas restrictivas que se impusieron desde la aparición del primer caso de COVID-19 se fueron flexibilizando conforme las circunstancias y la información que se iba presentando a nivel internacional y nacional.
22. Se ha señalado el gran rol que cumple la población beneficiada para poder contribuir en la construcción de las políticas públicas y medidas a ejecutar, pues esta al ser la beneficiada o desfavorecida debe emitir su opinión o perspectiva en un espacio de deliberación; ello no se ha encontrado presente durante la Emergencia Nacional, si bien la justificación de ello se puede encontrar en que el aislamiento social al ser la única alternativa posible a tomar significó cero contacto entre las personas, también debe saberse que existieron métodos alternativos de comunicación como la tecnología, así como ello pudo ser implementado una vez que las restricciones cesaran.
23. En el marco de la prevención, el Estado ha realizado acciones que han reflejado grandes esfuerzos para paliar la situación que se vivió durante la emergencia nacional; sin embargo, se debe precisar que el problema se origina una vez que se contrae la enfermedad, ya que el Estado es incapaz de proveer servicios médicos de calidad a su población por la poca disponibilidad que no es un tema de falta de recursos, sino de ejecución. Por ende, si existe un incumplimiento en el acceso a los servicios de salud.
24. Siguiendo el mismo razonamiento de la conclusión anterior, en la atención de salud de las personas que padecen de comorbilidades, el Estado sí ha dictado directrices que los agentes de salud han debido seguir; sin embargo, ello no ha ido acompañado

de la supervisión constante de la observancia de tales directrices, sino que se ha esperado recién actuar cuando el paciente o familiares han activado los mecanismos de protección del derecho a la salud.

25. La existencia de medidas regresivas sobre derechos fundamentales se ha fundamentado en el Estado de Emergencia que ha atravesado el Perú, por lo que respecto a dicho extremo no se podría afirmar la vulneración del principio de progresividad respecto a tales derechos.
26. La reacción que tuvo el Estado, en un primer momento, no tuvo en consideración la existencia de poblaciones vulnerables (personas con enfermedades preexistentes, adultos mayores, inmigrantes, entre otros), enfocándose en tal sentido únicamente en los pacientes COVID-19; actuación que fue enmendada en el transcurso del Estado de Emergencia Nacional.
27. El Estado peruano ha cumplido parcialmente la obligación de notificar las declaraciones de estados de emergencias al SIDH, declaraciones que tuvieron como propósito imponer medidas restrictivas de los derechos fundamentales con la finalidad de proteger los derechos a la vida y salud de las personas.

RECOMENDACIONES

1. Al verificar que el Estado realiza sus actuaciones de manera reaccional y no planificada durante la pandemia, cuyas consecuencias fueron lesivas en sectores de la población que se encuentran en situación de vulnerabilidad; al Estado le corresponde plantear, en lo sucesivo, la obligatoriedad de un análisis de los efectos que sus políticas, planes o normas tendrán en dichos sectores de la población. Ello con la intención de que, desde un primer momento, se pueda arribar a medidas menos lesivas o que neutralicen dicha lesividad.
2. El Estado debe realizar una investigación total de su accionar, cuyo objeto sea encontrar aquellas medidas que han ayudado a la plena efectividad de los derechos humanos durante la pandemia, además de las medidas que han sido contrarias a dicho propósito; ello a razón de poder determinar cuáles han sido las deficiencias estatales y poder buscar soluciones a corto, mediano y largo plazo, no repitiendo de esa manera los mismos errores que se cometieron durante la emergencia nacional.
3. A partir del informe que se emita de la investigación correspondiente, el Estado podrá usarla como un insumo para trazar planes de contingencia que serán llevados a cabo ante los estados de emergencia o excepción que sean declarados; lo cual, a su vez, reforzará la obligación de prevención.
4. Al analizar y fundamentar la existencia de un problema público, se debe tomar en cuenta las sentencias que se han emitido por las entidades jurisdiccionales; por tal razón, estas últimas deben elaborar estadísticas de los casos judiciales que se presentan, ello también en virtud del acceso a la información.
5. Uno de los pilares fundamentales para el combate contra la pandemia por el COVID-19 ha sido la información, ella coadyuva a que los actores dentro de la sociedad sean capaces de tomar decisiones informadas; estas últimas involucran decisiones políticas, sanitarias, personales, entre otros; que, a su vez, fomente un ambiente de diálogo para la toma de medidas eficaces que van a ser cumplidas por todos los participantes. Por tal motivo, es preciso que el Estado establezca mecanismos de

supervisión y fiscalización posterior de la información que se emite; estableciendo de tal manera responsabilidades funcionales.

6. El Estado debe brindar un marco legal que permita sancionar la no ejecución de los recursos públicos que son destinados para la progresividad de los derechos humanos, pues como se ha visto, ello ha afectado en gran medida al elemento de disponibilidad del derecho a la salud.
7. La cooperación internacional ha sido mencionada de manera expresa en el artículo 26 de la CADH, determinándose como una herramienta que debe ser utilizado para la progresiva protección de los DESCAs; de modo que, al verificar la situación que se atravesó por la pandemia, el SIDH se debió constituir como un ente canalizador que ayude a que los países de la región compartan sus experiencias y medidas exitosas, ya que ello también coadyuvará a que se brinde una visión con enfoque en derechos humanos.
8. La comunicación es imprescindible, por eso el Estado debe proponer y ejecutar medidas que faciliten a que se extiendan y mejoran las vías de comunicación (especialmente la virtual) entre la población y los servicios públicos; entendiéndose que dicho desarrollo conlleva a que la relación entre los servicios públicos y la población sea más estrecha, lo que derivará a que se atienda la necesidad de manera rápida.

BIBLIOGRAFÍA

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1986). Opinión Consultiva OC-6/86. La expresión “Leyes” en el artículo 30 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_06_esp.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (1945). Carta. <https://www.un.org/es/about-us/un-charter/preamble>
- Gómez, F. (2004). La protección internacional de los derechos humanos. En Gómez, F. y Pureza, J. M. (Eds.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI* (pp. 23-60). Universidad de Deusto. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27570.pdf>
- Universidad Continental Posgrado. (2022). *Derechos humanos; la jurisdicción constitucional y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=AjNXM6CH6H4>
- Cançado, A. (2004). La Organización de Estados Americanos y los derechos humanos. En Gómez, F. y Pureza, J. M. (Eds.), *La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI* (pp. 549-591). Universidad de Deusto. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27570.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (1948). Carta A-41. https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-41_carta_OEA.asp
- Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz. (1945, febrero-marzo). *Acta final de la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz*. [Sesión de conferencia]. Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, México. <http://desclasificacion.cancilleria.gov.ar/userfiles/actachapultepec.pdf>

Paúl, A. (2016). La Genesis de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Relevancia Actual de sus Trabajos Preparatorios. *Revista de derechos de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 47(2), 361-395. <https://www.scielo.cl/pdf/rdpucv/n47/art12.pdf>

Paul, A. (2017). Anteproyecto de Declaración de los Derechos y Deberes Internacionales del Hombre e Informe Anexo. En Paúl, A., *Los trabajos preparatorios de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y del origen remoto de la Corte Interamericana* (pp. 95- 146). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4660/17.pdf>

Grupo de trabajo sobre derechos del hombre. (1948). Informe del Relator del Grupo de Trabajo sobre Derechos del Hombre. En Paúl, A., *Los trabajos preparatorios de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y del origen remoto de la Corte Interamericana* (pp. 183- 192). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4660/17.pdf>

Comisión Sexta. (1948). Acta resumida de la Octava sesión de la Comisión Sexta. En Paúl, A., *Los trabajos preparatorios de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y del origen remoto de la Corte Interamericana* (pp. 291- 300). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4660/17.pdf>

Comisión Sexta. (1948). Acta resumida de la Séptima sesión de la Comisión Sexta. En Paúl, A., *Los trabajos preparatorios de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y del origen remoto de la Corte Interamericana* (pp. 286- 290). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4660/17.pdf>

Comisión Sexta. (1948). Acta de la Tercera Sesión de la Comisión Sexta. En Paúl, A., *Los trabajos preparatorios de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y del origen remoto de la Corte Interamericana* (pp. 238-260). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4660/17.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1981). *Resolución N° 23/81 del 6 de marzo de 1981*. <https://www.cidh.oas.org/annualrep/80.81sp/estadosunidos2141.htm>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1989). Opinión Consultiva OC-10/89. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1263.pdf>

Salvioli, F. (1997). El desarrollo de la protección internacional de los derechos humanos a partir de las declaraciones Universal y Americana. *Relaciones internacionales*, 13, 77-96. <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/el-desarrollo-de-la-proteccion-internacional-de-los-derechos-humanos-a-partir-de-las.pdf>

Castañeda, M. (2012). *El Derecho Internacional de los Derechos Humanos y su recepción nacional*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28705.pdf>

Salmón, E. (2019). *Introducción al Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. Fondo Editorial PUCP.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1968). Proyecto de Convención Interamericana sobre Protección de Derechos Humanos. *En Actas y Documentos de la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos* (pp.

12-35). <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/actas-conferencia-interamericana-Derechos-Humanos-1969.pdf>

Organización de Estados Americanos. (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (1986). *Informe anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 1985-1986*. <http://www.cidh.oas.org/annualrep/85.86span/Indice.htm>

Congreso de la Republica del Perú. (1994). Sesión Plena, efectuada el día jueves 15 de diciembre. Diario de los Debates del Congreso de la Republica del Perú de 1994. <PLO-1994-25D.pdf> (congreso.gob.pe)

Conferencia Sanitaria Internacional. (2014). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En *Documentos Básicos* (pp. 1-21). <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>

Gonzales, C. & Paitán, J. (2017). *Derecho a la seguridad social*. Fondo Editorial PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/170357/EI%20derecho%20a%20la%20seguridad%20social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resurrección, L. S. (2022). *Derechos sociales. Trabajo, salud y pensión*. Fondo Editorial PUCP.

Landa, C. (2021). Constitucionalización del derecho fundamental a la salud. *Derecho y Medicina: Una perspectiva legal sobre la salud* (pp. 17-30).

Consejo Económico y Social, (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Vásquez, L. y Serrano, S. (2011). Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, apuntes para su aplicación práctica. En Salazar, P. y Carbonell, M. (Coord.), *La reforma constitucional de derechos humanos: un nuevo paradigma* (pp.135-165). Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/11939>

García Toma, V. (2021). *Los derechos fundamentales en el Perú* (3.^a ed.). Instituto Pacífico.

Ferrajoli, L. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. https://marcelagonzalezduarte.files.wordpress.com/2018/03/ferrajoli-2006-sobre-los-derechos_fundamentales_y-sus-garantias.pdf

Carrillo, J. A. (2021). *El derecho internacional a la salud y su justiciabilidad*. Grupo Editorial Ibáñez.

Gloppen, S. y Roseman, M. J. (2013). Introducción: ¿pueden los litigios judiciales volver más justa la salud? En Yamin, A. E. y Gloppen, S. (Coord.), *La lucha por los derechos de la salud* (pp.13-30). Siglo Veintiuno Editores.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2005). Caso de la “Masacre de Mapiripán” vs. Colombia. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_134_esp.pdf

Alexy, R. (1993). *Teoría de los derechos fundamentales*. Centro de Estudios Constitucionales.

<http://arquimedes.adv.br/livros100/Teoria%20de%20los%20Derechos%20Fundamentales-Robert%20Alexy.pdf>

Organización de los Estados Americanos. (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. <https://www.oas.org/es/cidh/mandato/basicos/declaracion.asp#:~:text=Todos%20los%20hombres%20nacen%20libres,exigencia%20del%20derecho%20de%20todos>

Relatora Especial sobre los derechos culturales. (2018). *Universalidad, diversidad cultural y derechos culturales*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/237/68/PDF/N1823768.pdf?OpenElement>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México. (2018). *Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad de los derechos humanos* (2.^a ed.). Comisión Nacional de los Derechos Humanos. <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/34-Principios-universalidad.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2014). *Universalización del sistema interamericano de derechos humanos*. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/universalizacion-sistema-interamericano.pdf>

Nikken, P. (1996, 30 de mayo-01 de junio). Sobre el concepto de derechos humanos [Sesión de conferencia]. Seminario sobre Derechos Humanos, La Habana. <https://www.iidh.ed.cr/iidh/media/1995/seminario-ddhh-habana-1997.pdf>

Fuentes, C. I. (2006). Universalidad y diversidad cultural en la interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: Innovaciones en el caso de la

Comunidad indígena Yakye Axa. *Revista CEJIL*, 2, 69-77. https://cejil.org/wp-content/uploads/pdfs/RevistaNro2_completa_0.pdf

Malishev, M. y Herrera, J. (2010). José Ortega y Gasset: La metafísica existencial de la vida. *Revista de Filosofía*, 12. 214-235
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-88572010000100009

Clapham, A. (2020). *Derechos Humanos: una breve introducción* (2.^a ed.). Ediciones UC.

Valverde, F. (2021). Universalidad de los derechos humanos: Una revisión a sus fundamentos y avances en el logro de su efectividad. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar*, 5(1), 787-797. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.276

Real Academia Española. (s.f.). Interdependencia. Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de <https://dle.rae.es/interdependencia>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2015). Caso Gonzales Lluy vs. Ecuador. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

Parra Cortés, L. V. (2018). *Exigibilidad política y jurisdiccional de los derechos sociales* [Tesis de doctorado, Universidad Carlos III de Madrid]. Repositorio institucional de la Universidad Carlos III de Madrid. https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/27848/Tesis_linavictoria_parra_cortes_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm

Santoscoy, B. (2003). Las visitas in loco de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. En *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos en el umbral del Siglo XXI* (pp.607-628). Corte Interamericana de Derechos Humanos. <http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/11367>

Organización de los Estados Americanos. (2007). AG/RES.2262 (XXXVII-O/07). Protocolo de San Salvador: composición y funcionamiento del Grupo de Trabajo para analizar los informes periódicos de los Estados Partes.

Luque Armestar, L. A. (2019). *El sistema de presentación de informes periódicos, establecido por el Protocolo de San Salvador, adoptado por la OEA en 1988* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/12706>

Abramovich, V. & Courtis, C. (2014). *Los derechos sociales como derechos exigibles* (2.^a ed.). Editorial Trotta.

Calderón, J. (2018). La puerta de la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el Sistema Interamericano: relevancia de la sentencia Lagos del Campo. En Ferrer Mac-Gregor, E., Morales, M. y Flores, R. (Coord.), *Inclusión, ius commune y justiciabilidad de los DESCAs en la jurisprudencia interamericana: el caso Lagos del Campo y los nuevos desafíos* (pp. 333-379). Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4817/11.pdf>

- Parra, O. (2011). El uso de estándares de conexidad e interdependencia como criterio de protección judicial de dimensiones prestacionales del derecho a la salud. Algunas experiencias y críticas. *Vox Juris*, 21, 117-130. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r27903.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2007). Caso Alban Cornejo y otros vs. Ecuador. https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_171_esp.pdf
- Ferrer Mac-Gregor, E. (2017). *La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/CESIDH-Justiciabilidad-Derechos-SIDH.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2013). Caso Suarez Peralta vs. Ecuador. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_261_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y jubilados de la Contraloría”) vs. Perú. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf
- Ferrer Mac-Gregor, E. & Pelayo, C. (2017). *Las obligaciones generales de la Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/CESIDH-Obligaciones-Convencion-Americana.pdf>

Salvioli, F. (2004). La protección de los derechos económicos, sociales y culturales en el sistema interamericano de derechos humanos. *Revista IIDH*, 39, 101-167.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/R06729-4.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1988). Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1989). Caso Godínez Cruz vs. Honduras. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_08_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1990). Opinión Consultiva OC-11/90 del 10 de agosto de 1990. Excepciones al agotamiento de los recursos internos (art. 46.1, 46.2.a y 46.2.b Convención Americana sobre Derechos Humanos).
https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_11_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). Caso Gonzales y otras (“Campo Algodonero”) vs. México.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Caso de la Masacre de Pueblo Bello vs. Colombia.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_140_esp.pdf

Gutiérrez, L. M. (2014). La obligación internacional de investigar, juzgar y sancionar graves violaciones a los derechos humanos en contextos de justicia transicional. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 16(2), 23-60.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73331372002>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Caso Baldeón García vs. Perú.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_147_esp1.pdf

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2009). Caso Anzualdo Castro vs. Perú.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_202_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2007). Caso Zambrano Vélez vs. Ecuador.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_166_esp1.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Caso Acosta y otros vs. Nicaragua.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_334_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2022). Caso Casierra Quiñonez y otros vs. Ecuador. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_450_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2000). Caso Bámaca Velásquez vs. Guatemala. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_70_esp.pdf
- Pizarro, A. & Méndez, F. (2006). *Manual de derecho internacional de derechos humanos, aspectos sustantivos.* Universal Books.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/22950.pdf>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1998). Caso Garrido y Baigorria vs. Argentina. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_39_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2014). Caso Veliz Franco y otros vs. Guatemala.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_277_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (1984). Opinión Consultiva OC-4/84. Propuesta de modificación a la Constitución Política de Costa Rica relacionada con la naturalización.
https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_04_esp.pdf

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2018). Caso Ramírez Escobar y otros vs. Guatemala. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_351_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2008). Caso Apitz Barbera y otros (“Corte Primera de lo Contencioso Administrativo”) vs. Venezuela. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_182_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). Caso Atala Riffo y niñas vs. Chile. https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_239_esp.pdf
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2000). Caso Durand y Ugarte vs. Perú. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_68_esp.pdf
- Medina, C. (2005). *La Convención Americana: vida, integridad personal, libertad personal. Debido proceso y recurso judicial*. Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad de Chile. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/23072.pdf>
- Real Academia Española. (s.f.). Regular. Recuperado el 28 de septiembre de 2022, de <https://dle.rae.es/regular>
- Sardón, J. (2010). Estudio preliminar. En F. Chirinos, *La Constitución: lectura y comentarios* (6.ª ed., pp. 9-24). Editorial Rhodas
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Editorial Ariel
- Gómez, R. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia*, 30(2), 223-236. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/12588/11763>

- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2016). Caso I.V. vs. Bolivia. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf
- Carbajal, M. P. (2014). Evaluación, Supervisión y Fiscalización Ambiental. *Derecho & Sociedad*, (42), 233-239. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/12479>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Caso Ximenes Lopes vs. Brasil. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf
- Robles, L. R. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos*, 74(1), 43-48. <https://doi.org/10.15381/anales.v74i1.2050>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2006). Caso Montero Aranguren y otros (“Retén de Catia”) vs. Venezuela. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_150_esp.pdf
- Real Academia Española. (s.f.). Providencia. Recuperado el 5 de noviembre de 2022, de <https://dle.rae.es/providencia>
- Agencia Peruana de Cooperación Internacional. (s.f.). *Conceptos*. Recuperado el 5 de noviembre de 2022, de <http://portal.apci.gob.pe/index.php/cooperacion-tecnica-internacional2/conceptos>
- Agencia de Cooperación Chilena para el Desarrollo. (s.f.). *Que es la cooperación*. Recuperado el 5 de noviembre de 2022, de <https://www.agci.cl/que-es-la-cooperacion>

Holmes, S. & Sunstein, C. (2011). *El costo de los derechos: Por qué la libertad depende de los impuestos*. Siglo Veintiuno Editores.

Gonzales, J. (2011). Prólogo, El Estado como precondition de los derechos: beneficios y límites de una concepción relevante para América Latina. En Holmes, S. & Sunstein, C. (Autores), *El costo de los derechos: porque la libertad depende de los impuestos* (pp. 15-28). Siglo Veintiuno Editores.

Salmón, E. (2010). *Los derechos económicos, sociales y culturales en el Sistema Interamericano: el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el camino hacia una lectura social de los derechos civiles y políticos*. Cooperación Alemana al Desarrollo GTZ.
<https://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/27278.pdf>

Poyanco, R. (2017). Derechos sociales y políticas públicas. El principio de progresividad. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericana*, 327-347.
<https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37891.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021). Caso Vera Rojas y otros vs. Chile.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_439_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (s.f.). *Covid-19 y el derecho a la salud*.
https://www.corteidh.or.cr/tablas/centro-covid/docs/INFOGRAF%C3%8DA_covid_REV_6_mayo-V2.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Caso Vélez Loor vs. Panamá.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_218_esp2.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2004). Caso Tibi vs. Ecuador.
https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_114_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2016). Caso Chinchilla Sandoval vs. Guatemala. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_312_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2019). Caso Hernandez vs. Argentina. <https://cdh.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2020/04/caso-herandez.pdf>

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2005). Caso Comunidad indígena Yakye vs. Paraguay. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_125_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Caso Comunidad indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_214_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2012). Caso Furlan y familiares vs. Argentina. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_246_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021). Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) vs. Honduras. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_432_esp.pdf

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2021). Caso Manuela y otros vs. El Salvador. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_441_esp.pdf

Blancas, C. (2011). *La cláusula de Estado Social en la Constitución: análisis de los derechos fundamentales laborales* (1.^a ed.). Fondo Editorial PUCP.

Congreso Constituyente Democrático. (1993). Constitución Política del Perú de 1993. Diario oficial El Peruano del 29 de diciembre de 1993. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H682678>

Tribunal Constitucional. (2005). Sentencia 0048-2004-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/00048-2004-AI.pdf>

González, M. (2004). El Estado Social y Democrático de Derecho y el Estado Peruano. *Derecho & sociedad*, 23, 144-159. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/16863>

Convención de Viena sobre el derecho de los tratados. (1969). https://www.oas.org/xxxivga/spanish/reference_docs/convencion_viena.pdf

Novak, F. & Salmón, E. (2000). *Las obligaciones internacionales del Perú en materia de derechos humanos* (1.^a ed.). Instituto de Estudios Internacionales de la PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/181811>

Alzamora, M. (1964). *Introducción a la ciencia del derecho* (1.^a ed.). Eddili.

Reale, M. (1984). *Introducción al derecho* (6.^a ed.). Ediciones Pirámide.

Rubio, M. (2015). *El sistema jurídico: introducción al derecho* (10.^a ed.). Fondo Editorial PUCP.

Tribunal Constitucional. (2006). Sentencia 0047-2004-AI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00047-2004-AI.html#_ftnref12

Congreso de la República del Perú. (2021). Ley 31307, Nuevo Código Procesal Constitucional. Diario Oficial El Peruano del 23 de julio de 2021. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1288461>

Sagües, N. (2022). Hacia un reencuadre conceptual del control latinoamericano de convencionalidad. En particular, sobre su papel constructivo y destructivo. En Cáceres, J. (Coor.), *libro de ponencias del XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional, Constitucionalismo; Democracia a la defensiva* (pp. 493-507). Fondo Editorial ECSM.

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2010). Caso Cabrera García y Montiel Flores vs. México. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-01/1%5B1%5D.pdf>

Melgar, A. (2015). *El principio pro homine como clave hermenéutica de la "interpretación de conformidad" en el marco del dialogo entre la Corte Interamericana de Derechos Humanos y los tribunales peruanos* [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica San Pablo]. Repositorio institucional de la Universidad Católica San Pablo. https://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/UCSP/14920/1/MELGAR_RIMACHI_ADR_PRI.pdf

Tribunal Constitucional. (2008). Sentencia 05842-2006-PHC/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/05842-2006-HC.pdf>

Tribunal Constitucional. (2012). Sentencia 00033-2010-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2012/00033-2010-AI.html>

Congreso de la Republica del Perú. (2007) Ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Diario Oficial El Peruano del 20 de diciembre de 2007. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H955918>

- Castillo Córdova, L. (2010). El contenido constitucional de los derechos fundamentales como objeto de protección del amparo. *Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional*, 14, 89-118. <https://pirhua.udep.edu.pe/handle/11042/1905>
- Morales Saravia, F. (2017). El contenido constitucionalmente protegido según el inciso 1 del artículo 5 del Código Procesal Constitucional. *Vox Juris*, 34(2), 147-155. <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/VJ/article/view/1080>
- Tribunal Constitucional. (2022). Sentencia 03138-2021-PHD/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2022/03138-2021-HD.pdf>
- Salazar Laynes, J. (2008). El contenido esencial de los derechos constitucionalmente protegidos. *Foro Jurídico*, 8, 142-152. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/forojuridico/article/view/18503/18743>
- Tribunal Constitucional. (2021). Sentencia 00260-2017-PA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/00260-2017-AA.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2021). Sentencia 00422-2021-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. https://www.gacetajuridica.com.pe/docs/00422-2021-AA_unlocked.pdf
- Tribunal Constitucional. (2021). Sentencia 01146-2021-AA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/01146-2021-AA.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2021). Sentencia 0298-2020-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/00298-2020-AA.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2018). Sentencia 02566-2014-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/12/Expediente-02566-2014-PA-TC.pdf>

- Tribunal Constitucional. (2007). Sentencia 1776-2004-AA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2007/01776-2004-AA.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2004). Sentencia 2945-2003-AA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/02945-2003-AA.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Determinantes sociales de la salud. Recuperado el 11 de diciembre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Congreso de la Republica del Perú. (2019) Ley 30947, Ley de Salud Mental. Diario Oficial El Peruano del 23 de mayo de 2019. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1236049>
- Tribunal Constitucional. (2020). Sentencia 05048-2016-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2020/05048-2016-AA.pdf>
- Wilson, L., Velásquez, A., & Ponce, C. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(2), 207-2017. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a13v26n2.pdf>
- Acuerdo Nacional. (2002). *Las 35 Políticas de Estado del Acuerdo Nacional*. <https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2019/02/35-POL%C3%8DTICAS-DE-ESTADO-actualizado-Feb.2019.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2008). Sentencia 2480-2008-PA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02480-2008-AA.html>

Tribunal Constitucional. (2004). Sentencia 2016-2004-AA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2005). Sentencia 3208-2004-AA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/03208-2004-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2019). Sentencia 04007-2015-PHC/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2019/04007-2015-HC.pdf>

Tribunal Constitucional. (2010). Sentencia 3426-2008-PHC/TC. Lima, Sesión de la Segundo Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2010/03426-2008-HC.html#:~:text=El%20Estado%20debe%20asumir%20la,que%20se%20incluy en%20a%20las>

Congreso de la Republica del Perú. (2009) Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Diario Oficial El Peruano del 9 de abril de 2009. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H984689>

Lahera, E. (2004). Política y Políticas Sociales. *CEPAL*, 5-25. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tribunal Constitucional. (2015). Sentencia 0014-2014-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2015/00014-2014-AI%2000016-2014-AI%2000019-2014-AI%2000007-2015-AI.pdf>

Real Academia Española. (s.f.). Déficit. Recuperado el 18 de diciembre de 2022, de <https://dle.rae.es/d%C3%A9ficit>

Sánchez, S. (2020). Las sentencias estructurales del Tribunal Constitucional peruano en el ámbito de los derechos socioeconómicos: salud y educación. *IUS ET VERITAS*,

<https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/22719/21847>

Tribunal Constitucional. (2016). Sentencia 03228-2012-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2016/03228-2012-AA.pdf>

Cairampoma, A. (2021). El régimen jurídico del servicio público de salud en Perú. *Derecho y Medicina: Una perspectiva legal sobre la salud*. 117-155

Guzmán, J. & Quintanilla, A. (2021). Análisis de las cláusulas contractuales mínimas aprobadas por SUSALUD aplicables a contratos entre instituciones administradoras de fondo de aseguramiento en salud (IAFAS) y las instituciones prestadoras de servicio de salud (IPRESS). *Derecho y Medicina: Una perspectiva legal sobre la salud*. 333-351

EsSalud. (2013). El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>

Congreso de la Republica del Perú. (2009) Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. Diario Oficial El Peruano del 2 de octubre de 2009. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H995022>

Ministerio de Salud. (2015). Reglamento de la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud [aprobado por Decreto Supremo 0237-2015-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1134147>

Congreso de la Republica del Perú. (1997) Ley 26842, Ley General de Salud. Diario Oficial El Peruano del 20 de julio de 1997. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H775516>

Presidencia de la Republica del Perú. (2013) Decreto Legislativo 1161 de 2013. Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Diario Oficial El Peruano del 07 de diciembre de 2013. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1091541>

Ministerio de Salud. (2020). Reglamento de la Ley 30895, Ley que fortalece la funcion rectora del Ministerio de Salud [Aprobada por Decreto Supremo 030-2020-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1268449>

Ministerio de Salud. (2020). Documento Técnico “Bases Conceptuales para el Ejercicio de la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud”. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5170.pdf>

Ministerio de Salud. (2019). Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf

Presidencia del Consejo de Ministros. (2011). Aspectos Claves en la Gestión Publica Descentralizada. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/E070EC768725C462052578F700585943/\\$FILE/ABC de la Descentralizacion.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con3_uibd.nsf/E070EC768725C462052578F700585943/$FILE/ABC_de_la_Descentralizacion.pdf)

Congreso de la Republica del Perú. (2002) Ley 27783, Ley de Bases de la Descentralización. Diario Oficial El Peruano del 20 de julio de 2002. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H829246>

Ministerio de Salud. (2017). Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud [Aprobado por Decreto Supremo 008-2017-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1175685>

Contraloría General de la Republica. (2016). Análisis de la función rectora y sancionadora del Poder Ejecutivo. <https://doc.contraloria.gob.pe/estudios->

[especiales/estudio/2016/Estudio_Rol_rector_y_sancionador_Poder_Ejecutivo_V_F.pdf](#)

Congreso de la Republica del Perú. (2002) Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Diario Oficial El Peruano del 18 de noviembre de 2002. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H835780>

Congreso de la Republica del Perú. (2003) Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. Diario Oficial El Peruano del 27 de mayo de 2003. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H845702>

Ministerio de Salud. (2005). Resolución Ministerial 405-2005-MINSA del 2 de junio de 2005. Reconocen que las Direcciones Regionales de Salud constituyen la única autoridad de salud en cada Gobierno Regional. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H893550>

Ministerio de Salud. (2005). Resolución Ministerial 566-2005-MINSA del 22 de julio de 2005. Aprueban “Lineamientos para la Adecuación de la Organización de la Direcciones Regionales de Salud en el Marco del Proceso de Descentralización”. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H896993>

Ministerio de Salud. (2016). Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRESS, públicas, privadas y mixtas [Aprobado por Decreto Supremo 030-2016-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1159110>

Ministerio de Salud. (2014). Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia de Salud – SUSALUD [Aprobado por Decreto Supremo 031-2014-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1114648>

- Ministerio de Salud. (2015). Reglamento de Supervisión de Superintendencia Nacional de Salud aplicable a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y Unidades de Gestión de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud [Aprobado por Decreto Supremo 034-2015-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1138669>
- Tribunal Constitucional. (2006). Sentencia 2002-2006-PC/TC. Lima, Sesión de la Segunda Sala. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/02002-2006-AC.pdf>
- Roel Alva, L. A., & Rojas Álvarez, R. (2021). Los procesos constitucionales como medios idóneos para la plena efectividad de los derechos programáticos. *Ius Et Praxis*, (052), 97-130. <https://doi.org/10.26439/iusetpraxis2021.n052.5018>
- Tribunal Constitucional. (2005). Sentencia 0168-2005-PC/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/00168-2005-AC.html>
- Landa, C. (2011). El proceso de amparo en América Latina. *Anuario de Derecho Constitucional Latinoamericano*, (17), 207-226. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r27649.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2010). Sentencia 5559-2009-PHC/TC. Lima, Sesión de la Segunda Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2010/05559-2009-HC.pdf>
- Roel, L. (2022). El impacto de la corrupción en la efectividad de los derechos fundamentales de los ciudadanos en el Estado peruano. En Cáceres, J. (Coor.), *libro de ponencias del XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional, Constitucionalismo; Democracia a la defensiva* (pp. 537-561). Fondo Editorial ECSM.

- Tribunal Constitucional. (2022). Sentencia 0101-2022-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2022/00101-2022-AA.pdf>
- Peters, A. (2018). Corrupción y Derechos Humanos. En Tablante, C. & Morales, M. (Eds.), *Impacto de la corrupción en los derechos humanos* (pp. 23-82). Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r37786.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2020). Sentencia 2148-2019-PHD/TC. Lima, Sesión de la Segunda Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2021/02148-2019-HD.htm>
- Tribunal Constitucional. (2020). Sentencia 0017-2018-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2020/00017-2018-AI%201.pdf>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). Resolución 1/17 Derechos Humanos y lucha contra la impunidad y la corrupción. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-17-es.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2010). Defensoría del Pueblo, Ética Pública y Prevención de la Corrupción. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/documento-12-corrupcion.pdf>
- Wolf, T. & Gürgen, E. (2000). *Mejora de la gestión pública y lucha contra la corrupción en los países bálticos y de la CEI*. Fondo Monetario Internacional. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/issues/issues21/esl/issue21s.pdf>
- Salmón, E. (2014). *Curso de derecho internacional público*. Fondo Editorial PUCP.
- Villegas, P. (2021). El procedimiento administrativo sancionador en materia de salud como mecanismo de garantía del servicio de salud en el Perú: SUSALUD. *Derecho y Medicina: Una perspectiva legal sobre la salud*. 179-193

- Asamblea Constituyente. (1979). Constitución para la Republica del Perú. Diario oficial El Peruano del 12 de diciembre de 1979. <https://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1999/simplificacion/const/1979.htm>
- Tribunal Constitucional. (2006). Sentencia 0025-2005-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00025-2005-AI%2000026-2005-AI.pdf>
- Tribunal Constitucional. (2007). Sentencia 0007-2007-PI/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2007/00007-2007-AI.html>
- Tribunal Constitucional. (2004). Sentencia 0075-2004-AA/TC. Lima, Sesión de la Primera Sala. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/00075-2004-AA.pdf>
- Lassio, J. & Cruz, M. (2022). *¿Qué hicimos mal? Tragedia de la COVID-19 en el Perú*. Instituto de Estudios Peruanos.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Coronavirus. Recuperado el 19 de enero de 2023, de https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
- Organización Panamericana de Salud. (s.f.). COVID-19: Glosario sobre brotes y epidemias. Recuperado el 20 de enero de 2023, de <https://observatorio.medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2020/07/glosario-brotes-y-epidemias.pdf>
- Zamora, V. (2021). Gobernanza en tiempos de pandemia, lecciones para un futuro sistema de salud. En Jiménez, J (Eds.), *Buen gobierno y mejor gestión, cómo entender y fortalecer el Estado en tiempos de pandemia* (pp. 575-602). Gaceta Jurídica.
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 23 de enero). *Declaración sobre la reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del*

brote de nuevo coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/es/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Goretti, M. (2020). *Nuevas críticas a la OMS por la pandemia: los indicios que muestran la complacencia del organismo con china*. <https://www.infobae.com/opinion/2020/05/14/nuevas-criticas-a-la-oms-por-la-pandemia-los-indicios-que-muestran-la-complacencia-del-organismo-con-china/>

Tribunal Constitucional. (2022). Sentencia 00233-2022-PA/TC. Lima, Sesión de Pleno Jurisdiccional. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2022/00233-2022-AA.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Preguntas más frecuentes. Recuperado el 30 de enero de 2023, de <https://www.paho.org/es/quienes-somos/preguntas-mas-frecuentes>

Jochamowitz, L. & León, R. (2021). *Días contados: lucha, derrota y resistencia del Perú en la pandemia*. Planeta.

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2020). Resolución Ministerial 039-2020-MINSA del 1 de febrero de 2020. Aprueban el Documento Técnico: “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción de Coronavirus 2019-nCoV”.

<https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1254121>

Ministerio de Salud. (2020). Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción de Coronavirus 2019-nCoV. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1254121>

Presidencia de la Republica del Perú. (2020). Decreto de Urgencia 025-2020. Decreto que dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional. Diario Oficial El Peruano del 11 de marzo de 2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1256783>

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2020). Resolución Ministerial 155-2020-MINSA del 1 de abril de 2020. Crean el Comando de Operaciones de carácter temporal, con el objeto de implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos de COVID-19 y aprueban otras disposiciones. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574779/resolucion-ministerial-n-155-2020-minsa.PDF?v=1586447906>

Valdivia, T. (2021). Principio de no discriminación y acceso a la atención medica en unidades de cuidados intensivos durante la pandemia. En Landa, C. (Coord.), *Constitución y Emergencia Sanitaria, Vol. II* (pp. 239-256). Palestra.

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2021). Resolución Ministerial 835-2021-MINSA del 9 de julio de 2021. Aprueban el Documento Técnico: “Plan de Respuesta ante la Segunda Ola y Posible Tercera Ola Pandémica por COVID-19 en el Perú, 2021”. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1287096>

Ministerio de Salud. (2021). Plan de Respuesta ante la Segunda Ola y Posible Tercera Ola Pandémica por COVID-19 en el Perú, 2021. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2007470/Documento%20T%C3%A9cnico%3A%20Plan%20de%20Respuesta%20ante%20la%20Segunda%20Ola%20y%20posible%20Tercera%20Ola%20Pand%C3%A9mica%20por%20COVID-19%20en%20el%20Per%C3%BA%2C2021.pdf?v=1625854459>

Chávez, R. (2020). *Una dolorosa espera: pacientes de cáncer luchan por sus tratamientos durante la pandemia*. <https://ojo-publico.com/1906/una-dolorosa-espera-los-pacientes-de-cancer-en-la-pandemia>

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2022). Resolución Ministerial 095-2022-MINSA del 24 de febrero de 2022. Aprueban el Documento Técnico: “Plan frente a la pandemia por COVID-19, para el año 2022, del Ministerio de Salud”. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1305598>

Ministerio de Salud. (2022). Plan frente a la pandemia por COVID-19, para el año 2022, del Ministerio de Salud. <https://spij.minjus.gob.pe/Graficos/Peru/2022/Febrero/24/RM-095-2022-MINSA.pdf>

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2020). Resolución Ministerial 212-2020-MINSA del 20 de abril de 2020. Crea un Grupo de Trabajo. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/606631/RM_212-2020-MINSA.PDF?v=1587568477

Ministerio de Salud. (2020). Documento técnico: Consideraciones éticas para la toma de decisiones en los servicios de salud durante la pandemia del COVID-19. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/871496/consideraciones-eticas-para-la-toma-de-decisiones-en-los-servicios-de-salud-durante-la-pandemia-covid-19-v2.pdf?v=1593027115>

Canal N. (2020). *Presidente de Sociedad Peruana de Medicina Intensiva: Ya no permitimos a adultos mayores en UCI*. <https://canaln.pe/actualidad/presidente-sociedad-peruana-medicina-intensiva-ya-no-permitimos-adultos-mayores-uci-n414178>

Ministerio de Salud. (2020). Decreto Supremo 008-2020-SA. Decreto Supremo que declara en Emergencia Sanitaria a nivel nacional por el plazo de noventa (90) días calendarios y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1256785>

Presidencia de la Republica del Perú. (2013) Decreto Legislativo 1156 de 2013. Decreto Legislativo que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones. Diario Oficial El Peruano del 06 de diciembre de 2013. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1091456>

Presidencia del Consejo de Ministros. (2020). Decreto Supremo 044-2020-PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1257068>

Rodríguez, G. (2019). Capítulo IV- Suspensión de Garantías, Interpretación y Aplicación. En Steiner, C. y Fuchs, M. (Eds.), *Convención Americana sobre Derechos Humanos, Comentarios* (pp. 835-848). Konrad Adenauer Stiftung. <https://www.kas.de/documents/271408/4530743/Comentario+a+la+Convenci%C3%B3n+Americana+de+Derechos+Humanos.pdf/80dbaf95-954f-97f7-0d13-f98b339b03e4?version=1.0&t=1578605367105>

Tribunal Constitucional. (2022). Sentencia 01606-2018-PHC/TC. Lima, Sesión del Pleno. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2023/01606-2018-HC.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Strategic Preparedness and Response Plan. <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

Tribunal Constitucional. (2018). Sentencia 01413-2017-PA/TC. Lima, Sesión del Pleno. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2019/01413-2017-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2008). Sentencia 07364-2006-PA/TC. Lima, Sesión de la Segunda Sala. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/07364-2006-AA.pdf>

Tribunal Constitucional. (2008). Sentencia 579-2008-PA/TC. Lima, Sesión de la Sala Plena. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/00579-2008-AA.html>

Tribunal Constitucional. (2005). Sentencia 045-2005-PI/TC. Lima, Sesión de la Sala Plena. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00045-2004-AI.pdf>

Presidencia del Consejo de Ministros. (2020). Decreto Supremo 083-2020-PCM. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19 y establece otras disposiciones. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1258950>

Presidencia del Consejo de Ministros. (2020). Decreto Supremo 080-2020-PCM. Decreto Supremo que aprueba la reanudación de actividades económicas en forma gradual y progresiva dentro de la declaratoria de Emergencia Sanitaria Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-reanudacion-de-actividades-ec-decreto-supremo-n-080-2020-pcm-1865987-1/>

Tribunal Constitucional. (2006). Sentencia 0033-2005-PI/TC. Lima, Sesión de la Sala Plena. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00033-2005-AI.pdf>

Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2016). Economía informal en Perú: Situación actual y perspectivas. https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/economia_informal_en_peru_11-05-2016.pdf

Presidencia de la Republica del Perú. (2020) Decreto de Urgencia 027-2020. Dictan medidas complementarias destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional y a la reducción de su impacto en la economía peruana. Diario Oficial El Peruano del 16 de marzo de 2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1257099>

Gobierno del Perú. (s.f.). Coronavirus: consultar los apoyos económicos que brinda el Estado. Recuperado el 19 de febrero de 2023, de <https://www.gob.pe/8895-coronavirus-consultar-los-apoyos-economicos-que-brinda-el-estado>

Presidencia de la Republica del Perú. (2020) Decreto de Urgencia 033-2020. Decreto de Urgencia que establece medidas para reducir el impacto en la económica peruana, de las disposiciones de prevención establecidas en la declaratoria de Estado de Emergencia Nacional ante los riesgos de propagación del COVID-19. Diario Oficial El Peruano del 27 de marzo de 2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1257389>

Landa, C. (2021). Protección constitucional de la vacuna contra el COVID-19. En Pozzolo, S., Moreso, J. y Grández, P. (Eds.), *Derecho, derechos y pandemia* (pp. 71-94). Palestra Editores.

Tribunal Constitucional. (2009). Sentencia 05387-2008-PA/TC. Lima, Sesión de la Sala Plena. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2010/05387-2008-AA.pdf>

Congreso de la República del Perú. (2009). Ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Diario Oficial El Peruano del 26 de noviembre de 2009. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H998327>

Congreso de la República del Perú. (2020). Ley 31091, Ley que garantiza el acceso al tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad por coronavirus SARS-CoV-

2 y de otras enfermedades que dan origen a emergencias sanitarias nacionales y otras pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud. Diario Oficial El Peruano del 18 de diciembre de 2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1272605>

Ministerio de Salud. (2011). Reglamento para el Registro, Control, Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios [aprobado por Decreto Supremo 016-2011-SA]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1036485>

Ministerio de Salud de la Republica del Perú. (2020). Resolución Ministerial 848-2020-MINSA del 20 de octubre de 2020. Aprueban el Documento Técnico: Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1268736>

Ministerio de Salud. (2020). Plan Nacional de Vacunación contra la COVID-19. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1394145/RM%20N%C2%B0848-2020-MINSA.PDF.PDF?v=1604162987>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2020). Resolución 4/2020, Derechos Humanos de las Personas con COVID-19. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/resolucion-4-20-es.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2021). Informe N° 005-2021-DP/AMASPPI/PPI, Supervisión sobre el avance de la vacunación contra el COVID-19 en las comunidades indígenas del departamento de Ucayali. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/12/Informe-005-2021-DP-AMASPPI-PPI-supervisi%C3%B3n-vacunaci%C3%B3n-Ucayali.pdf>

La República. (2022). *Capacidad sanitaria en Perú: ¿Cuánto cambio nuestro sistema de respuesta a dos años de la pandemia?* <https://data.larepublica.pe/capacidad->

[sanitaria-en-peru-cuanto-cambio-nuestro-sistema-de-respuesta-a-dos-anos-de-la-pandemia/](#)

Gobierno del Perú. (2022). *Proyecto Legado pone a disposición de EsSalud torre 6 de la Villa Panamericana para pacientes COVID-19.*
<https://www.gob.pe/institucion/proyectolegado/noticias/574351-proyecto-legado-pone-a-disposicion-de-essalud-torre-6-de-la-villa-panamericana-para-pacientes-covid-19>

Presidencia del Consejo de Ministros. (2020). Decreto Supremo 156-2020-PCM. Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo 116-2020-PCM, Decreto supremo que establece las medidas que debe seguir la ciudadanía en la nueva convivencia social y prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19, modificado por los Decretos Supremos 129-2020-PCM, 135-2020-PCM, 139-2020-PCM, 146-2020-PCM y 151-2020-PCM. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1267083>

Presidencia de la Republica del Perú. (2020) Decreto Legislativo 1458 de 2020. Decreto Legislativo para sancionar el incumplimiento de las disposiciones emitidas durante la emergencia sanitaria a nivel nacional y demás normas emitidas para proteger la vida y la salud de la población por el contagio del COVID-19. Diario Oficial El Peruano del 14 de diciembre de 2020. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1257873>

Ministerio del Interior. (2020). Reglamento del Decreto Legislativo 1458, Decreto Legislativo para sancionar el incumplimiento de las disposiciones emitidas durante la Emergencia Sanitaria a nivel nacional y demás normas emitidas para proteger la vida y la salud de la población por el contagio del COVID-19 [aprobado por Decreto Supremo 006-2020-IN]. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1257918>

Defensoría del Pueblo. (2020). Comunicado N° 003-2020/DP, Defensoría del Pueblo atenderá virtualmente y vía telefónica al público durante el estado de emergencia. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/03/3.-Atenci%C3%B3n-durante-estado-de-emergencia-1.pdf>





ANEXOS

Anexo 1: Solicitud de información a la CIDH

28/9/22, 9:37

Correo: Maria Suarez Hernandez - Outlook

INFORMACIÓN IMPORTANTE/SOL ACCES INFORM/JMRZ

CIDH Denuncias <CIDHDenuncias@oas.org>

Lun 12/09/2022 14:50

Para: Maria Suarez Hernandez <sam.1216@hotmail.com>

Reciba un saludo por parte de la CIDH.

En atención a su comunicación, amablemente le invitamos a consultar los recursos que se encuentran disponibles en los siguientes enlaces:

- <https://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>
- https://www.oas.org/es/sedi/ddse/paginas/index-7_antecedentesymandatos.asp
- <https://www.oas.org/es/sedi/dis/protocolo-ssv/>
- <https://www.oas.org/es/sla/docs/ag03800S01.pdf>
- <https://www.oas.org/es/sla/docs/ag03802S01.pdf>
- <http://www.cidh.oas.org/annualrep/85.86span/Cap5.htm#II.%20%20%20PROYECTO%20DE%20PROTOCOLO%20ADICIONAL%20DE%20LA%20CONVENCION%20AMERICANA%20SOBRE%20DERECHOS%20HUMANOS%20EN%20MATERIA%20DE%20DERECHOS>

Entre la información brindada se encuentra el Proyecto de Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, elaborado por la CIDH y presentado mediante su informe anual 1985-1986. Asimismo, actas y documentos adoptados por la Asamblea General de la OEA que se obtuvieron como resultado de la celebración de las sesiones en las que se abordó el tema de referencia.

Esperamos que esta información le sea de utilidad.

Sección Central de Atención a las Personas Usuarias y Gestión de Información

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Organización de Estados Americanos

1889 F Street N.W. Washington, D.C. 20006

T. 1 202-370-9000

F. 202-458-3650

cidhdenuncias@oas.org

www.cidh.org

From: Maria Suarez Hernandez <sam.1216@hotmail.com>

Sent: Friday, September 2, 2022 12:12 PM

To: CIDH Denuncias <CIDHDenuncias@oas.org>

Subject: [EXT]TRABAJOS PREPARATORIOS DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

CAUTION: EXTERNAL SENDER

Buenos días, señores miembros de la CIDH

Le remito el presente correo con el objetivo de solicitar los informes que se emitieron con motivo de la elaboración del PROTOCOLO DE SAN SALVADOR u cualquier trabajo preparatorio respecto a ello. He verificado que en el pagina web de la OEA no existen documentos que contengan los informes que sirvieron para la elaboración de dicho tratado. Por ello, solicito dicha documentación.

Muchas gracias por su atención.

Atentamente,
Gladys Maria Samanta Suarez Hernandez

<https://outlook.live.com/mail/0/id/AQMkADAwATY0MDABLWQwOTQmIjINC0wMAITMDAKAEYAAANbtvg%2Bf3ZoTaO%2B%2FGKVeOfABwAXm...> 1/2

Anexo 2: Solicitud de información al MINJUS



"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Miraflores, 06 de setiembre de 2022

CARTA N° 00987-2022-JUS/OILC-TAI

Señora
GLADYS MARIA SAMANTA SUAREZ HERNANDEZ
Email: sam.1216@hotmail.com

Presente. -

Asunto : Solicitud de información en el marco del TUO de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento.

Referencia : Solicitud recibida con fecha 22 de agosto de 2022. (EXP. 322369-2022)

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarla cordialmente y, en atención al asunto y documento de la referencia, comunicarle que la Dirección General de Derechos Humanos da respuesta a su solicitud mediante el Memorando N° 442-2022-JUS/DGDH que se adjunta a la presente.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente



Firmado digitalmente
por NOAIN MORENO
Maria Elisa FAU
20131371617 soft
Fecha: 2022.09.06
12:00:42 -05'00'

MARIA ELISA NOAIN MORENO
Funcionaria Responsable de Acceso a la Información Pública
Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

06.09.2022
MENM/rmts

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la tercera Disposición Complementaria final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: https://sgd.minjus.gob.pe/qesdoc_web/login.jsp e ingresando el Tipo de Documento, Número y Rango de Fechas de ser el caso o https://sgd.minjus.gob.pe/qesdoc_web/verifica.jsp e ingresando Tipo de Documento, Número, Remitente y Año, según corresponda."



PERU

Ministerio
de Justicia
y Derechos HumanosDespacho Viceministerial
de Derechos Humanos y
Acceso a la JusticiaDirección General
de Derechos Humanos

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

MEMORANDO N°442-2022-JUS/DGDH

A : **MARÍA ELISA NOAIN MORENO**
Funcionaria Responsable de Acceso a la Información Pública

De : **EDGARDO RODRÍGUEZ GÓMEZ**
Director General de Derechos Humanos

Asunto : Solicitud de información en el marco del TUO de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento.

Fecha : 5 de setiembre de 2022

Referencia : Memorando N°00708-2022-JUS/OILC-TAI (Fecha: 22 de agosto 2022)
Solicitud de fecha 22 de agosto de 2022

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarle cordialmente y, a la vez, dar respuesta al documento de la referencia, a través del cual se pone en conocimiento que una ciudadana ha solicitado información en el marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública y su Reglamento.

Al respecto, solicito tenga a bien poner en conocimiento de la usuaria, lo siguiente:

Conforme se aprecia de Dictamen¹ ubicado en el Expediente de la Resolución Legislativa N° 26448, que aprueba el Protocolo de San Salvador, las opiniones favorables para la aprobación de dicho tratado fueron de los Ministerios de Trabajo, Salud, Educación y Relaciones Exteriores. Asimismo, en atención a las funciones establecidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Relaciones Exteriores, se recomienda consultar a este Sector la información requerida.

Finalmente, para más información se puede visitar la web oficial del Congreso de la República correspondiente al Expediente Virtual Parlamentario que dio origen a la aprobación del referido tratado de derechos humanos:

https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Expvirt_1990.nsf/B8A7D82F30BFAF7305256F260056634D/8813F76D3DB9853D0525824900778DB6?OpenDocument

En virtud de lo señalado, solicito tenga a bien poner en conocimiento de la usuaria, lo contenido en el presente documento.

¹ Dictamen de la Comisión de Relaciones Exteriores sobre el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Disponible en: https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_1990.nsf/d99575da99ebf1e305256f2e006d1cf0/f9b0fcc8f2e54a45052582490078b74a?FILE/02448DCMAY19941214.pdf

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la tercera Disposición Complementaria final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: https://sgd.minjus.gob.pe/gesdoc_web/login.jsp e ingresando el Tipo de Documento, Número y Rango de Fechas de ser el caso o https://sgd.minjus.gob.pe/gesdoc_web/verifica.jsp e ingresando Tipo de Documento, Número, Remitente y Año, según corresponda.

"Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Atentamente,



EDGARDO GONZALO RODRÍGUEZ GÓMEZ
Director General de Derechos Humanos

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 del D.S. 070-2013-PCM y la tercera Disposición Complementaria final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: https://sgd.minjus.gob.pe/gesdoc_web/login.jsp e ingresando el Tipo de Documento, Número y Rango de Fechas de ser el caso o https://sgd.minjus.gob.pe/gesdoc_web/verifica.jsp e ingresando Tipo de Documento, Número, Remitente y Año, según corresponda."

Anexo 3; Solicitud de información al Congreso de la República del Perú



DIRECCIÓN GENERAL PARLAMENTARIA
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Lima, 2 de setiembre de 2022

Carta N° 083-928326-5-2022-2023-DGP-OM-CR

Señorita
GLADYS MARÍA SAMANTA SUÁREZ HERNÁNDEZ
sam.1216@hotmail.com
samahe1216@gmail.com
Trinidad Morán 225
Lince

Referencia: Solicitud de acceso a la información pública LXE220826

Me dirijo a usted, en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita "LOS INFORMES DE LA COMISIÓN INERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS O DEL CONSEJO PERMANENTE DE LA OEA RESPECTO A LA APROBACIÓN DEL PROYECTO DE PROTOCOLO DE SAN SALVADOR. ASIMISMO, SOLICITO LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS (INFORMES Y OPINIONES FAVORABLES DE LOS MINISTERIOS) QUE SIRVEN PARA LA APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" (sic)

Al respecto, se remite el siguiente documento:

- Oficio No 003-2022-2023 /CRREE-MAP suscrito por la Congresista María del Carmen Alva Prieto, Presidenta de la Comisión de Relaciones Exteriores, mediante el cual comunica que "en relación a la información solicitada en el documento de la referencia por la ciudadana Gladys María Samanta Suárez Hernández, debo advertir que en vuestra Comisión no obra información de la naturaleza requerida."

Cabe señalar que en el artículo 13 del Texto Único Ordenado de la Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública se establece "La solicitud de información no implica la obligación de las entidades de la Administración Pública de crear o producir información con la que no cuente o no tenga obligación de contar al momento de efectuarse el pedido."

Sin otro particular, le expreso las seguridades de mi consideración.

Atentamente,



JAVIER ANGELES ILLMANN
Director General Parlamentario
CONGRESO DE LA REPÚBLICA

RU 933035



COMISIÓN DE RELACIONES EXTERIORES

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Lima, 31 de agosto de 2022.



Oficio No 003- 2022-2023/CRREE-MAP

Señor
JAVIER ANGELES ILLMANN
Director General Parlamentario
Congreso de la República
Presente. -

De mi consideración:

Ref. Solicitud LXE220826

Tengo a bien dirigirme a usted a fin de informarle que, en relación a la información solicitada en el documento de la referencia por la ciudadana Gladys María Samanta Suárez Hernández, debo advertir que en vuestra Comisión no obra información de la naturaleza requerida.

Aprovecho la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

Atentamente,

María del Carmen Alva Prieto
Presidenta
Comisión de Relaciones Exteriores



Firmado digitalmente por:
ALVA PRIETO Maria Del
Carmen FAU 20181740128 soft
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 02/09/2022 11:17:20-0500

RU-932683

www.congreso.gob.pe
Edificio V.R. Haya de la Torre, piso 3-Lima, Perú

Central Telefónica: 01-311-7777 anexos 7810, 7811 y 4918



CARGO

DIRECCIÓN GENERAL PARLAMENTARIA

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Lima, 26 de agosto de 2022

OFICIO N° 130-928326-5-2022-2023-DGP-OM-CR

Señora congresista
MARÍA DEL CARMEN ALVA PRIETO
Presidenta de la Comisión de Relaciones Exteriores
Presente



Referencia: Solicitud de acceso a la información pública LXE220826

Tengo a bien dirigirme a usted, en el marco de lo dispuesto por el artículo 11 del Texto Único Ordenado de la Ley 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, para solicitarle que se sirva disponer lo pertinente con respecto a la solicitud de la ciudadana GLADYS MARÍA SAMANTA SUÁREZ HERNÁNDEZ, mediante la cual requiere los "INFORMES DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS O DEL CONSEJO PERMANENTE DE LA OEA RESPECTO A LA APROBACIÓN DEL PROYECTO DE PROTOCOLO DE SAN SALVADOR. ASIMISMO, SOLICITO LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS (INFORMES Y OPINIONES FAVORABLES DE LOS MINISTERIOS) QUE SIRVEN PARA LA APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" (sic)

En tal sentido, se corre traslado del documento de la referencia, el cual tiene como fecha de vencimiento para su atención el 13 de setiembre de 2022; de considerarlo, se remita a esta Dirección General la información solicitada para su entrega a la peticionaria en el plazo de acuerdo a ley.

Hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

Javier Angeles Illmann
Director General Parlamentario
Congreso de la República

RU 928498



SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA

(Texto Único Ordenado de la Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo Nº 029-2019-JUS)

Por Favor: Ingresar los datos solicitados a modo de ayudarla(e) en su solicitud.

Núm. de Solicitud: LXE220826

Fecha: 26/08/2022 - 12:14

Persona Jurídica:

Nombre del Solicitante: Nombres GLADYS MARIA SAMANTA
Apellido Paterno SUAREZ
Apellido Materno HERNANDEZ

Tipo de Documento: DNI
DNI: 72629205

Dirección: TRINIDAD MORAN 225
Departamento LIMA
Provincia LIMA
Distrito LINCE

Correo 1: sam.1216@hotmail.com
Correo 2: samahe1216@gmail.com

Tel. Fijo:

Celular: 944622634

Ingresar tu pedido: SOLICITO LOS INFORMES DE LA COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS O DEL CONSEJO PERMANENTE DE LA OEA RESPECTO A LA APROBACION DEL PROYECTO DE PROTOCOLO DE SAN SALVADOR. ASIMISMO, SOLICITO LOS DOCUMENTOS SUSTENTATORIOS (INFORMES Y OPINIONES FAVORABLES DE LOS MINISTERIOS) QUE SIRVEN PARA LA APROBACION DEL PROTOCOLO DE SAN SALVADOR.

Forma de Entrega de Información: Correo Electrónico
Autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento, se me notifique en el correo electrónico (E-mail) consignado en el presente formulario. (Ley Nº 27444, numeral 20.4 del artículo 20º) => SI

DATOS DE LA DERIVACIÓN

[modificar](#)

[imp arch. pdf](#)

[borrar](#)

[salir](#)

Dirección Encargada:	DGP	Fecha Límite de Atención	13/09/2022
		(10 días hábiles).	
Estado:	Pendiente		
Unidad Orgánica que atiende:			
Indicaciones al Pedido:	Elévese a la Comisión de Relaciones Exteriores		
Indicaciones de la Respuesta:			
RU:	928326		

Usuario activo: Anonymous; Fecha: 26/08/2022

Anexo 4: Solicitud de información al MRE



PERÚ

Ministerio
de Relaciones Exteriores



CACERES ESCALANTE MILUSKA
ROSARIO FIR 08274716 hard
Motivo: [Jefe de la
Oficina de Transparencia y Acceso
a la Información Pública]
Fecha: 31/08/2022 15:54:02-0500

Lima, 31 de agosto de 2022

CARTA (TAI) N° 0-2-B/239

Señora
Gladys María Samanta Suárez Hernández
Lince
Lima .-

Tengo el agrado de dirigirme a usted en relación a la Solicitud de Acceso a la Información Pública SAIP N°441-2022, realizada al amparo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Ley N°27806).

Al respecto, la Dirección General de Tratados ha informado lo siguiente:

"1. El memorándum de la referencia trasladó una solicitud efectuada por Gladys María Samanta Suárez Hernández al amparo de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, para que se le proporcione lo siguiente:

"LOS TRABAJOS PREPARATORIOS (YA SEA INFORMES DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS Y/O CONSEJO PERMANENTE DE LA OEA Y/O OBSERVACIONES O RECOMENDACIONES DEL PERÚ Y DEMÁS ESTADOS) DEL PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE LOS DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES, PROTOCOLO DE SAN SALVADOR. ASIMISMO, SOLICITO INFORMES EMITIDOS POR EL MINISTERIO DEL EXTERIOR (CON SUS ANEXOS) RESPECTO A LA APROBACIÓN DE DICHO TRATADO DE DERECHOS HUMANOS POR PARTE DEL PERÚ" (sic).

2. Se observa que el referido memorándum estuvo dirigido también a la Dirección de Derechos Humanos. Dicha Dirección, mediante el Memorándum DDH006192022, ha remitido a esa Oficina la información con la que cuenta en relación con la solicitud de la señora Suárez Hernández.

3. En lo que corresponde a esta Dirección General, se efectuó una búsqueda en la unidad de almacenamiento del "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales", registrado con el código M-0771-A en el "Archivo Nacional de Tratados Embajador Juan Miguel Bákula Patiño".

4. Como resultado de lo anterior, se advierte que esta Dirección General no cuenta con documentación que constituya los trabajos preparatorios del referido protocolo (registros de las negociaciones). Cabe resaltar que el citado protocolo fue Adoptado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, en el decimoctavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos y que dicha organización internacional podría contar con los trabajos preparatorios.

5. Por otro lado, se ubicaron tres informes de la entonces Dirección de Tratados referidos al perfeccionamiento interno del referido protocolo. Dichos informes son:

- Informe (TRA) N° 004-89 de 8 de marzo de 1989,



PERÚ

Ministerio
de Relaciones Exteriores

- Informe (TRA) N° 012 de 6 de julio de 1993,
- Informe (TRA) N° 028-94 de 29 de septiembre de 1994 .

6. Se remite copia digital de dichos informes, incluyendo, de manera complementaria, los oficios referidos en los dos últimos informes, así como las opiniones de tres ministerios que son mencionadas en el Informe (TRA) N° 028-94."

Atentamente,

Miluska Rosario Cáceres
Escalante
Consejera

Jefe de la Oficina de
Transparencia y Acceso a la
Información Pública

KVF

El 17 de noviembre de 1988, en el marco del -
Décimo Octavo Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea Ge -
neral de la Organización de los Estados Americanos, celebrada -
en San Salvador, el Perú suscribió el "Protocolo Adicional a la
Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Dere -
chos Económicos, Sociales y Culturales", conocido como "Proto -
colo de San Salvador".

Si bien en el ámbito universal y regional los
derechos Económicos, Sociales y Culturales han sido reconocidos,
a través de varios instrumentos, es de resaltar que estos dere -
chos sean reafirmados en instrumentos adicionales.

Este instrumentos tiene por objeto lograr la -
plena efectividad de los siguientes derechos: al trabajo sindi -
cal, a la seguridad social, a la salud, al medio ambiente sano, -
a la alimentación, a la educación, a los beneficios de la cultu -
ra, a la protección de la familia, de los ancianos, de la niñez
y de los minusválidos.

Para tal efecto los Estados Partes se comprome -
ten a tomar todas las medidas necesarias, e incluso adoptar dis -
posiciones en su legislación interna acorde con lo estipulado en
el Protocolo objeto del presente informe.

Los derechos antes mencionados se hallan clara -
mente señalados en la parte dispositiva del Protocolo (artículos
6 al 18).

El artículo 19 señala la obligación de las Par -
tes, de presentar informes periódicos respecto de las medidas -
progresivas que hayan tomado para asegurar el debido respeto de
los derechos consagrados en el Protocolo.

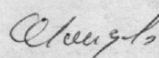
Las disposiciones finales se hallan contenidas
en los artículos 20 al 22, en ellos se prescribe sobre la reser -
va y el momento en que este acto procede; la firma, ratificación,
y la puesta en vigor de este instrumento, para lo que se necesi -
tan que once Estados depositen sus respectivos instrumentos de ra -
tificación.

...///

///...

Teniendo en cuenta el pedido formulado por la Dirección de Asuntos Sociales y Derechos Humanos de esta Cancillería; así como el de la Representación peruana ante la Organización de los Estados Americanos; y dada la importancia de este instrumento cuyo objeto va acorde con lo dispuesto por la Constitución así como con la política del Gobierno en lo que al respecto de los Derechos Humanos se refiere; esta Dirección; es de opinión que dada la naturaleza de este instrumento, su aprobación corresponde al Congreso de la República en virtud de lo dispuesto por los artículos 102 y 186 de la Constitución del Estado.

Lima, 8 de marzo de 1989.



CARLOS GONZALES UGARTE
EMB AJADOR
D E A S U N T O S S O C I A L E S Y D E R E C H O S H U M A N O S

CCHG/uv.



MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

Informe (TRA) Nº 012

Señor Vice-Ministro de Política Internacional y
Secretario General de Relaciones Exteriores:

El señor Congresista doctor Ricardo Marcenaro Frers, Presidente de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social, solicita información sobre los alcances y la interpretación de determinados aspectos establecidos en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", específicamente sobre tres puntos.

Con relación al punto 1, la Dirección de Tratados Internacionales cumple con expresar que el artículo 4 del Protocolo Adicional bajo el Título de "No admisión de restricciones", significa que si un Estado reconoce determinados derechos a sus nacionales de acuerdo a su legislación interna o a convenciones internacionales, no podrá restringir o menoscabar tales derechos a los Estados Partes, con el pretexto que el Protocolo no los reconoce, o los reconoce en menor grado. En otros términos, se consideran "derechos adquiridos" que el Estado tiene la obligación de reconocer.

Con respecto al artículo 5 del Protocolo Adicional en referencia, bajo el epígrafe de "Alcance de las restricciones y limitaciones", debe interpretarse en el sentido que los Estados Partes, sólo podrán establecer restricciones y limitaciones al goce y ejercicio de los derechos establecidos en el Protocolo mediante leyes expeditas con el objeto de preservar el bienestar general dentro de un país democrático, en cuanto no contradigan la finalidad de los mismos.

En cuanto al punto 2,

Todo Estado tiene derecho de formular reservas a uno o más artículos o cláusulas de una Convención o un Tratado. La reserva puede formularse "en el momento de firmar, ratificar, aceptar o aprobar un tratado o de adherirse al mismo". Así lo dispone el artículo 19 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados que el Perú ha suscrito pero no ha ratificado.

El mismo artículo prescribe que no cabe reserva:

- a) Cuando está prohibida por el Tratado
- b) Cuando el Tratado dispone que pueden formularse

//..



MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

//..

- determinadas reservas entre las cuales no figure la reserva de que se trate; y
- c) Cuando la reserva sea incompatible con el objeto y fin del Tratado.

En el caso concreto del Protocolo Adicional a la Convención sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", el artículo 20 se refiere a las reservas y establece que las mismas pueden formularse "sobre una o más disposiciones específicas del presente Protocolo al momento de aprobarlo, firmarlo, ratificarlo o adherir a él, siempre que no sean incompatibles con el objeto y fin del Protocolo". Se recoge en este artículo lo establecido en el artículo 19 de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados.

Conforme a lo dispuesto en los citados dispositivos, el Perú no podría formular ninguna reserva que sea incompatible con el objeto y fin del "Protocolo de San Salvador".


En cuanto respecta al punto 3,

Los Estados Partes en el precitado instrumento multilateral al 17 de noviembre de 1988 son: Argentina, Bolivia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay. A ellos se agrega Venezuela que lo suscribió el 27 de enero de 1989, y Suriname que se adhirió el 10 de julio de 1990.

Hasta la fecha, sólo Ecuador y Panamá han ratificado y depositado su "Instrumento de Ratificación" el 25 de marzo de 1993, y el 18 de febrero de 1993, respectivamente. En consecuencia, de acuerdo con el párrafo 3 del artículo 21 del "Protocolo de San Salvador" éste entrará en vigor "tan pronto como once Estados hayan depositado sus respectivos instrumentos de ratificación o de adhesión".

En suma, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" no ha entrado en vigencia todavía. Falta el depósito de ocho instrumentos de ratificación o de adhesión.

Lima, 6 de julio de 1993.


ABRAHAM PADILLA BENDEZU
EMBajADOR (r)
Director de Tratados
Internacionales



MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES
27 ABR, 1993
156/93
Dirección de Asuntos Legales

Ministerio de Relaciones Exteriores
GABINETE DEL MINISTRO
Recibido 27 ABR, 1993
OF. 3-0-A/030

Lima, 22 de abril de 1993

Oficio No. 194-93-CTSS-CCO

Señor Doctor
USCAR DE LA PUENTE RAYGADA
Ministro de Relaciones Exteriores y
Presidente del Consejo de Ministros
Presente.

Tramite a Cargo de :
JUR
Copias para Información
1. CMIW
2. SG
3. DCAE
4.
Observaciones

De mi especial consideración:

Por intermedio del presente, me resulta muy grato saludarlo en su condición de Presidente de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso Constituyente Democrático, a fin de establecer los niveles de coordinación requeridos entre su Despacho y la Comisión Legislativa que actualmente presido, en aplicación de las normas establecidas en el artículo 179 de la Constitución Política vigente.

En tal sentido, el objeto de la presente es solicitar por su intermedio a los organismos técnicos especializados de la Cancillería, información sobre los alcances y la interpretación de determinados aspectos establecidos en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, conocida como Protocolo de San Salvador suscrito por el Perú, pendiente de aprobación por parte del Congreso Constituyente Democrático en aplicación de los artículos 102 y 106 de la Constitución Política del Perú.

Hago resaltar que la información que solicitamos a vuestro Despacho tiene por objeto absolver la consulta formulada a nuestra Institución por parte de la Comisión de Relaciones Exteriores, en lo que a materia laboral se refiere.

Los puntos sobre los cuales nuestra Comisión requiere precisiones son los siguientes:

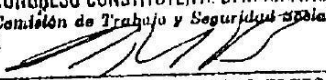
- 1.- Alcances e interpretación en armonía con los principios de Derecho Internacional Público- de los artículos 4to. y 5to. del Protocolo Adicional, especialmente de este último en la parte que establece como condición para el establecimiento de restricciones a los Estados Partes, " en la medida que no contradigan el propósito y razón de los derechos establecidos en el presente Protocolo ".
- 2.- Alcances e interpretación sobre la facultad que tienen los Estados Partes para formular reservas sobre una o más disposiciones específicas del presente Protocolo, también teniendo como limitante la formulación normativa final de " siempre que no sean incompatibles con el objeto y el fin del protocolo ".
- 3.- Información acerca de los Estados Partes en el presente Protocolo que han cumplido con su ratificación o adhesión, y de ser posible, información sobre las reservas que hubieron formulado.

Asimismo, le rogaria a usted se sirva también reunir a esta Comisión Legislativa, la opinión de las Direcciones de Asuntos Sociales y Derechos Humanos y de Tratados del Ministerio de Relaciones Exteriores sobre los alcances genéricos del Protocolo Adicional, que viene a ser sometida para su aprobación al Congreso Constituyente Democrático.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Muy atentamente,

CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO
Comisión de Trabajo y Seguridad Social


Dr. RICARDO MARCENARO FREEM
PRESIDENTE

INFORME (TRA) Nº 028-94

El Congresista señor Víctor Joy Way Rojas, en su calidad de Presidente de la Comisión de Relaciones Exteriores, del Congreso Constituyente Democrático, en oficio Nº 138 CRREE-CCD, de 9 de diciembre de 1993, solicitó la actualización de los informes sustentatorios y las opiniones de los Ministerios de Trabajo, Educación y Salud, para los efectos de considerar la aprobación del "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", denominado "Protocolo de San Salvador", adoptado en el XVIII Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, el 17 de noviembre de 1988, y suscrito por el Perú en la misma fecha.

En cuanto respecta a los informes números 004-89, de 8 de marzo de 1989, y 012, de 6 de julio de 1993 de esta Dirección, el suscrito confirma tales informes, y agrega que Suriname adhirió al citado Protocolo Adicional, el 10 de julio de 1990.

Este instrumento multilateral entrará en vigencia en cuanto se deposite el décimo-primer instrumento de ratificación o adhesión.

Lima, 29 de setiembre de 1994.


ABRAHAM PADILLA BERDEZU
EMBAJADOR (r)
Director de Tratados
Internacionales

APB/pvg.



Ministerio de Relaciones Exteriores
CALLE DEL MINISTRO
Recibido 20 DIC. 1993
Of. 3-0-A/208

Tramitaciones a Cargo de :
DDHH

Copias para Información
1 DGC

2

3

4

Observaciones

Lima, 9 de diciembre de 1993.

OFICIO Nº 138 CRREE-CCD

Señor Doctor
Efraín Goldenberg Schreiber
Ministro de Relaciones Exteriores.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted con relación al "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", denominado "Protocolo de San Salvador", suscrito por el Perú el 17 de noviembre de 1988, que fuera remitido inicialmente al Congreso con fecha 28 de marzo de 1989, para su correspondiente aprobación.

La Comisión de Relaciones Exteriores, que me honro en presidir, está examinando el citado Protocolo y en virtud de su importancia y de las obligaciones que se desprenden del mismo, considera necesario contar con una actualización de los informes sustentatorios y con la opinión de los Ministerios de Trabajo, Educación y Salud.

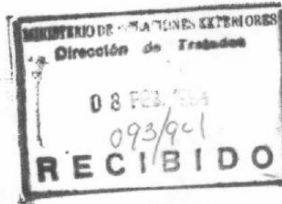
En consecuencia, mucho agradeceré a usted, señor Ministro, tenga a bien hacer llegar a esta Comisión la información solicitada.

Me valgo de la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi más alta y distinguida consideración.

Ing. VICTOR JOY WAY ROLÓN
Presidente de la Comisión
de Relaciones Exteriores
del Congreso Constituyente Democrático



Ministerio de Trabajo
y Promoción Social



"Año de la Modernización Educativa y del Deporte".

Lima, 03 de febrero de 1994.

OFICIO No. 007-94-TR.

Señor.
EFRAIN GOLDENBERG SCHRIBER,
Ministro de Relaciones Exteriores.
PRESENTE.

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con relación al Oficio RE. (TRA) No 2-11/07, a través del cual solicita opinión del Texto "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales", (Protocolo de San Salvador suscrito por el Perú).

Al respecto sírvase encontrar adjunto al presente el Informe no 007-94-AJ/AI, elaborado por la Oficina de Asesoría Jurídica de este Ministerio.

Hago propicia la oportunidad para expresarle mi más alta y distinguida consideración.

Atentamente,

Augusto Antonio Vásquez
Ministro de Trabajo y Promoción Social

*Dr. Vásquez
a sus apoderados*

Ministerio de Relaciones Exteriores
Oficina de Trámite Documentario
RECIBIDO
Recibido 2-11/07
Caratulación
Tramitación a cargo de
TRA

07 FEB. 1994

Copias para información
1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
Otros _____

AAV/crc.

REF. : Of. RE (TRA) No. 2-11/07

INFORME No. 007 -94-AJ/AI

Señor:

Del Despacho del Secretario General del Portafolio se remite el documento de la referencia, a través del cual el Ministerio de Relaciones Exteriores solicita la opinión en torno al texto del " Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Protocolo de San Salvador), suscrito por el Perú con fecha 17 de Noviembre de 1988.

Sobre el particular, cabe manifestar lo siguiente:

De acuerdo a las funciones propias del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, corresponde analizar el contenido de los artículos 6, 7, 8 y 9, relativos a su ámbito de competencia.

- Artículo 6: Derecho al trabajo

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, el cual incluye la oportunidad de obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa a través del desempeño de una actividad lícita libremente escogida o aceptada.

El artículo 22 de la Constitución Política del Perú establece que el trabajo es un deber y un derecho, constituyendo base del bienestar social y un medio de realización de la persona.

En cuanto al desempeño laboral, debe señalarse que en el párrafo final del Artículo 239 de la citada Carta Magna, se determina que nadie está obligado a prestar trabajo sin retribución o sin su libre consentimiento.

2.- Los Estados Partes se comprometen a adoptar las medidas que garanticen plena efectividad al derecho al trabajo, en especial las referidas al logro del pleno empleo, a la orientación vocacional y al desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional, particularmente aquellos destinados a los minusválidos. Los Estados Partes se comprometen también a ejecutar y fortalecer programas que coadyuven a una adecuada atención familiar, encaminados a que la mujer pueda contar con una efectiva posibilidad de ejercer el derecho al trabajo.

54

La plena efectividad del derecho al trabajo está garantizada mediante lo dispuesto en el Artículo 269 numeral 2 de la Constitución Política, cuyo tenor precisa que en la relación laboral se respeta, entre otros principios, el referido al carácter irrenunciable de los derechos reconocidos por la Constitución y la ley.

En torno a las medidas conducentes al logro del pleno empleo; a la orientación vocacional; al desarrollo de proyectos de capacitación técnico-profesional; particularmente aquellos destinados a los minusválidos; y, a la ejecución y el fortalecimiento de programas que coadyuven a una adecuada atención familiar, encaminados a que la mujer pueda contar con una efectiva posibilidad de ejercer el derecho al trabajo, las mismas se encuentran contempladas dentro de los alcances del Decreto Legislativo No. 728, Ley de Fomento del Empleo.

Es más el Ministerio de Trabajo y Promoción Social se encuentra avocado a implantar Programas de Desarrollo de la Pequeña y Microempresa; Programas de Servicio Público de Empleo; Programas de Orientación Vocacional; Programas de Seguimiento, Evaluación y Supervisión en la Formación Laboral Juvenil y Prácticas Pre - Profesionales; y, Programas de Reactivación de Talleres de Formación Profesional.

Artículo 7: Condiciones justas, equitativas y satisfactorias de trabajo.

Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen que el derecho al trabajo al que se refiere al artículo anterior, supone que toda persona goce del mismo en condiciones justas, equitativas y satisfactorias, para lo cual dichos Estados garantizarán en sus legislaciones nacionales, de manera particular:

a. Una remuneración que asegure como mínimo a todos los trabajadores condiciones de subsistencia digna y decorosa para ellos y sus familias y un salario equitativo e igual por trabajo igual, sin ninguna distinción.

El Artículo 24 de la Constitución Política, en su primer párrafo, señala que el trabajador tiene derecho a una remuneración equitativa y suficiente, que procure, para él y su familia, el bienestar material y espiritual.

Asimismo, en su Artículo 269 se consagra, entre otros, el principio de la igualdad de oportunidades sin discriminación.

Esto último trae consigo la obligación de no hacer diferenciaciones en relación al pago de remuneraciones cuando se prestan labores similares.

b. El derecho de todo trabajador a seguir su vocación y a dedicarse a la actividad que mejor responda a sus expectativas y a cambiar de empleo, de acuerdo con la reglamentación nacional respectiva.

Conforme se ha indicado con anterioridad, en el párrafo final del Artículo 23º de la Constitución Política se determina que nadie está obligado a prestar trabajo sin su libre consentimiento.

c. El derecho del trabajador a la promoción o ascenso dentro de su trabajo, para lo cual se tendrán en cuenta sus calificaciones, competencia, probidad y tiempo de servicio.

Sobre el derecho del trabajador a la promoción o ascenso, debe indicarse que el mismo se encuentra tácitamente contemplado dentro del Artículo 26º numeral 1 de la Constitución Política, relativo al principio de igualdad de oportunidades sin discriminación.

d. La estabilidad de los trabajadores en sus empleos de acuerdo con las características de las industrias y profesiones y con las causas de justa separación. En casos de despido injustificado, el trabajador tendrá derecho a una indemnización o a la readmisión en el empleo o a cualesquiera otra prestación prevista por la legislación nacional.

El Artículo 27º de la Constitución Política señala que la ley otorga al trabajador adecuada protección contra el despido arbitrario.

Unido a esto corresponde anotar que el Decreto Legislativo No. 728, Ley de Fomento del Empleo, en su Título II - Capítulos II, IV y V - establece el derecho del trabajador a la estabilidad al término del periodo de prueba; la exigencia de causa justa para el despido; y, el derecho del trabajador a demandar alternativamente su reposición o el pago de indemnización, si el despido es injustificado.

e. La seguridad e higiene en el trabajo.

Sobre este aspecto debemos precisar que la seguridad e higiene en el trabajo representan una de las funciones específicas del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

Es así como el Artículo 8º literal d) de su Reglamento de Organización y Funciones, aprobado mediante Resolución Ministerial No. 012-93-TR, determina que corresponde al citado Portafolio definir, concertar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar la política de higiene y seguridad ocupacional. Establecer las normas de prevención y protección contra riesgos ocupacionales que aseguren la salud integral de los trabajadores, en aras del mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo.

A mayor abundamiento, en el Artículo 660 literal e) del Decreto Legislativo No. 728 se precisa que entre los actos de hostilidad en contra del trabajador figura la inobservancia de las medidas de higiene y seguridad que pueda afectar o poner en riesgo su vida y salud.

f. La prohibición de trabajo nocturno o en labores insalubres o peligrosas a los menores de 18 años y, en general, de todo trabajo que pueda poner en peligro su salud, seguridad o moral. Cuando se trate de menores de 16 años, la jornada de trabajo deberá subordinarse a las disposiciones sobre educación obligatoria y en ningún caso podrá constituir un impedimento para la asistencia escolar o ser una limitación para beneficiarse de la instrucción recibida.

El Artículo 220 del Decreto Ley No. 26102, Código de los Niños y Adolescentes, señala que el Estado reconoce el derecho de los adolescentes a trabajar, con las restricciones que impone dicho Código, siempre y cuando su actividad laboral no importe riesgo ni peligro para su desarrollo, para su salud física, mental y emocional y no perturbe su asistencia regular a la escuela. Dentro de este contexto, el Capítulo IV del Libro Segundo del acotado Código regula el régimen laboral aplicable al adolescente que trabaja, coincidiendo su articulado con lo mencionado en el Protocolo Adicional materia del presente informe.

g. La limitación razonable de las horas de trabajo, tanto diarias como semanales. Las jornadas serán de menor duración cuando se trate de trabajos peligrosos, insalubres o nocturnos.

En lo que respecta a la jornada ordinaria de trabajo, el Artículo 250 de la Constitución Política determina que la misma es de ocho horas diarias, o cuarenta y ocho horas semanales, como máximo.

En concordancia con ello, el Decreto Ley No. 26136 en su Artículo 50 prevé que en los centros de trabajo donde por pacto individual, convenio colectivo o por costumbre se tengan fijadas jornadas inferiores a la ordinaria, estas últimas podrán ser extendidas hasta dicho límite, siempre que el empleador incremente proporcionalmente las remuneraciones básicas de los trabajadores, considerando una sobretasa mínima de 25% por encima del valor de la hora ordinaria vigente al momento de la extensión de la jornada.

h. El descanso, el disfrute del tiempo libre, las vacaciones pagadas, así como la remuneración de los días feriados nacionales.

El régimen del descanso está normado tanto a nivel constitucional como legal. En efecto, el Artículo 250 de la Constitución Política, en su párrafo segundo, señala que los trabajadores tienen derecho a descanso semanal y anual remunerados. Su disfrute y su compensación se regulan por ley o por convenio.

Por su parte, el Decreto Legislativo No. 713 contempla lo relacionado con el descanso semanal obligatorio; descanso en días feriados; y, vacaciones anuales.

- Artículo 8 : Derechos sindicales.

Lo comprendido por el Protocolo Adicional en materia de derechos sindicales concuerda con lo regulado a través del Decreto Ley No.25593, Ley de Relaciones Colectivas de Trabajo, y su Reglamento (Decreto Supremo No. 011-92-TR).

Así tenemos que el Título II de la mencionada ley versa sobre la Libertad Sindical, siendo el caso que su Artículo 3º establece que la afiliación a un sindicato es libre y voluntaria, no pudiendo condicionarse el empleo de un trabajador a la afiliación, no afiliación o desafiliación, obligársele a formar parte de un sindicato, ni impedirse hacerlo.

Igualmente el Artículo 35º del aludido Decreto Ley No. 25593 prescribe que los sindicatos de base podrán constituir o integrar organismos de grado superior, sin que pueda impedirse u obstaculizarse tal derecho.

Al respecto, su Artículo 38º señala que las federaciones y confederaciones se rigen por todo lo dispuesto para los sindicatos, en lo que les sea aplicable.

En cuanto a los impedimentos que prevé el Artículo 11º de la mencionada ley, debe indicarse que los mismos se dan para salvaguardar tanto la finalidad esencial consistente en la defensa de los derechos e intereses de la clase trabajadora, como para garantizar el libre ingreso y permanencia dentro de las organizaciones sindicales; y, para actuar en función al respeto hacia sus miembros y el orden público.

Sobre el derecho a la huelga, la normatividad bajo comentario concuerda con el reconocimiento al mismo por la Constitución Política, cuyo Artículo 28 numeral 3 determina que se ejerce en armonía con el interés social.

En relación a las excepciones para su ejercicio, éstas comprenden a las labores indispensables para la empresa, cuya paralización ponga en peligro a las personas, la seguridad o la conservación de los bienes, agregándose a ello las que impidan la reanudación inmediata de la actividad ordinaria de la empresa una vez concluida la huelga.

Respecto a las limitaciones para su ejercicio, éstas giran en torno a la afectación de servicios públicos esenciales vinculados con la protección de la salud, la defensa nacional, el orden público, el transporte, la administración de justicia; y, en general, aquellos cuya interrupción con riesgo grave e inminente para personas o bienes.

-Artículo 9: Derecho a la seguridad social.

El Artículo 109 de la Constitución Política determina que el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley para la elevación de su calidad de vida.

De otro lado el Decreto Ley No. 25927, Ley Orgánica del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, en su Artículo 6º literal f) establece que entre las principales funciones específicas del citado Portafolio figura la de formular, establecer, dirigir, supervisar y evaluar la política de bienestar y seguridad social en coordinación y concertación con las instituciones públicas y privadas de Seguridad Social y con las organizaciones representativas afines. Regular el funcionamiento y cobertura de los riesgos de la Seguridad Social. Promover el fomento de la cultura, recreación y bienestar de los trabajadores.

Para la protección frente a riesgos y contingencias derivados de factores como la vejez, incapacidad o muerte del beneficiario, existen tanto el Instituto Peruano de Seguridad Social como los regímenes privados creados al amparo del Decreto Ley No. 25987 (Sistema Privado de Pensiones) y el Decreto Legislativo No. 718 (Sistema Privado de Salud).

Los casos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional están regulados por el Decreto Ley No. 18846.

Finalmente, cabe precisar que por Decreto Ley No. 22482 ha sido ampliado a 45 días, en cada oportunidad, el descanso anterior y posterior al parto, el mismo que debe ser remunerado.

Por las consideraciones antes expuestas, esta Dirección estima que procedería ratificar el " Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador)", suscrito por el Perú con fecha 17 de Noviembre de 1988, respecto de los artículos analizados en el presente informe.

Lima, 17 de Enero de 1994.

MINISTERIO DE TRABAJO
Y PROMOCION SOCIAL
DESPACHO MINISTERIAL
MESA PRIORITARIA

21 ENE. 1994

Registro 49 3437
Lib. 10 Pág. 333



Jorge Cosentino Soler

JORGE COSENTINO SOLER
Abogado
Oficina de Asesoría Jurídica.

Lima, 20 ENE. 1994

Con la conformidad de la funcionaria que suscribe:
Elévese el Informe que antecede con sus antecedentes
al Despacho del Sr. Secretario General del Ramo.



MARTHA RUIZ PEREZ
Directora General (e)
Oficina de Asesoría Jurídica.

MRP. IMS. JCS/eep.

Para la protección frente a riesgos y contingencias derivadas de labores como la venta, inco, arrendamiento del inmueble, extrajero tanto el Instituto Peruano de Seguros de Vida como la entidad privada de seguros creados al amparo del Decreto Ley No. 22822 (Sistema Privado de Pensiones) y el Decreto Legislativo No. 118 (Sistema Privado de Salud).

Los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales están regulados por el Decreto Ley No. 19740.

Finalmente, cabe precisar que por Decreto Ley No. 22822 se amplió a 13 días en caso de enfermedad el descanso médico y posterior al parto, el mismo que deberá cumplirse.

Por las consideraciones antes expuestas, esta Dirección estima que proceda ratificar el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" Protocolo de San Salvador, suscrito por el Perú con fecha 17 de Noviembre de 1985, respecto de los artículos analizados en el presente informe.

Lima, 17 de enero de 1994

JORGE COSENTINO SOLER
Abogado

Oficina de Asesoría Jurídica

MINISTERIO DE TRABAJO Y PROMOCION SOCIAL	
DES-PACHO N° MINISTERIAL	
MESA ADMINISTRATIVA	
20.01.93	
Registro No	3437
Lib. 10	Pág. 333



MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección de Tratados
07 ABR. 1994
251/94
RECIBIDO

Ministerio de Relaciones Exteriores
Oficina de Tratados
RECIBIDO
Recibido 2-11/05
Clasificación
Asignación a cargo de
TRA

Lima, 30 de Marzo, 1994

05 ABR. 1994

SA-DM- 0134 -94

Copias para información

1

2

3

4

Observaciones

Señor
EFRAIN GOLDENBERG SCHREIBER
Presidente del Consejo de Ministros
y Ministro de Relaciones Exteriores
Presente.-

REF: OF. RE(TRA) 2-7/15-ca

De mi consideración:

Es grato dirigirme a Ud. en relación al oficio de la referencia mediante el cual solicita opinión de este Ministerio sobre la conveniencia de perfeccionar el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".

El documento en mención, en su Artículo 10º, referido al "Derecho a la Salud", señala que toda persona tiene derecho a la Salud; y que los Estados partes deben comprometerse a hacer efectivo este derecho.

Al respecto, nuestra actual Constitución (Art. 7º y 9º) no sólo reconoce tal derecho sino que incluso menciona que el estado determina la política nacional de salud, y el Poder Ejecutivo es el encargado de nombrar y supervisar su aplicación así como diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

En este marco y de acuerdo a la disponibilidad presupuestal, este Ministerio viene desarrollando acciones conducentes a que este Derecho sea realidad para todos los peruanos, especialmente de aquellas poblaciones que por su condición de pobreza se encuentran expuestas a mayores riesgos.

En consecuencia, consideramos que las medidas propuestas en el Art. 10º, son parte de las políticas estratégicas, que en forma gradual, este Ministerio viene implementando

*Sr. Sargento
A sus señas
y feís*

TERIO DE SALUD

En tal sentido, hay concordancia con el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Protocolo de San Salvador) en lo que respecta al Artículo 10º referido al Derecho a la Salud; por lo tanto opinamos favorablemente.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi más distinguida consideración y estima personal.

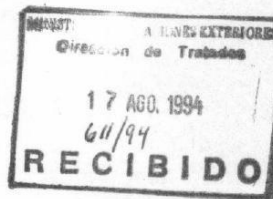
Atentamente,



Jaime Freundt-Thurne Oyanguren
DR. JAIME FREUNDT-THURNE OYANGUREN
Ministro de Salud

"AÑO DE LA MODERNIZACION EDUCATIVA Y DEL DEPORTE"

Ministerio de Educación



San Borja, 15 AGO. 1994

Señor
EFRAIN GOLDENBERG SCHREIBER
Ministro de Estado en el Despacho
de Relaciones Exteriores
Ciudad.-

Ref.: Of.RE (TRA) No.2-8/02

Tengo el agrado de dirigirme a usted a efecto de manifestarle nuestra conformidad con el texto del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador) suscrito por el Perú el 17 de Noviembre de 1988, con el objeto de que se proceda a su aprobación por el Congreso antes de su ratificación por el señor Presidente de la República.

Cordialmente,



JORGE TRELLES MONTERO
Ministro de Educación

Ministerio de Relaciones Exteriores
DIRECCION DE DOCUMENTACION
RECIBIDO
Mesa de Partes
Tramitación a cargo de

TRA
2-8/03
16 AGO. 1994

Copias para Información

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- Observaciones _____

Srta. Cien
22.4.96

Ministerio de Relaciones Exteriores
Función General
Asesores Especiales
22 ABR. 1996

Ministerio de Relaciones Exteriores.
GABINETE DEL MINISTRO
Recibido 22 ABR. 1996
Lima, 8 de marzo de 1996
OF. 3-0-A/072

OFICIO Nº 190-210-CR-DL-RECIBIDO

Tramitaciones a Cargo de :
TRA

Señor Ministro de Estado en el
Despacho de Relaciones Exteriores

Copias para Información
1 DGAE-DDHH
2
3
4

De conformidad con lo dispuesto en el
Artículo 96º de la Constitución Política del Perú, el señor
Congresista don Antero Flores-Araoz Esparza ha formulado el
siguiente pedido:

"Señora Presidenta: Solicito se oficie de
manera reiterativa al señor Ministro de Relaciones Exteriores,
para que se sirva disponer la publicación en el Diario Oficial
"El Peruano", del texto correspondiente del "Protocolo Adicio
nal a la Convención sobre Derechos Humanos, en materia de Dere
chos Económicos, Sociales y Culturales".

El Diario Oficial "El Peruano" del 7 de ma
yo de 1995 publicó en su separata de Normas Legales, la Resolu
ción Legislativa Nº 26448 que aprueba el "Protocolo Adicional
a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia
de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", suscrito el 17
de noviembre de 1988 en la Ciudad de San Salvador, sin embar
go, a dicha publicación no se anexa el texto íntegro del refe
rido Protocolo Adicional, lo que sin duda va en desmedro de su
debida difusión.

El fundamento de lo requerido es que se
trata de un instrumento internacional que complementa y rea
firma el sistema interamericano en materia de derechos huma
nos. Por ello, y al igual que las demás normas sustanciales
reguladoras de nuestro ordenamiento jurídico, el texto de

22#1

dicho trabajo debe ser publicado con la finalidad de difundir cuáles son los alcances de sus normas, para su debida aplicación y cumplimiento. Por lo demás, la publicación es requisito esencial para la vigencia de una norma legal y los instrumentos internacionales ratificados por nuestro país, forman parte del derecho nacional de acuerdo al Artículo 559 de la Constitución Política del Perú.

En tal sentido, nuestro país cuenta con un nuevo instrumento internacional en materia de derechos humanos cuyos alcances no se conocen, situación que es necesario corregir.

Lima, 4 de marzo de 1976.- (Fdo.) Antero Flores-Araoz Esparza.- Congresista de la República".

Lo que cumplo con transcribir a usted, señor Ministro, para su conocimiento y fines consiguientes.

Aprovecho de esta oportunidad para renovarle las expresiones de mi distinguida consideración.

Atentamente,



SAMUEL MATSUDA NISHIMURA
Tercer Vice Presidente
del Congreso de la República

MRV/nm.

JHJ me

MINISTERIO DE RR. EE.
Dirección General de
Asuntos Especiales
16 JUN. 1995
RECIBIDO

Mensaje COM
 AU
 M-277
 DELEPERU WASHINGTON
 TRA
 16/06/95
 PROTOCOLO SAN SALVADOR
 REFSGYO M-287

EN ATENCION SUYO REFERENCIA Y LUEGO CONSULTA RESPECTIVA CON DIRECCION
TRATADOS DE LAS SIGUIENTES SON ESTADOS MIEMBROS HAN RATIFICADO PROTOCOLO
ADICIONAL A CONVENCIÓN AMERICANA DERECHOS HUMANOS MATERIA DERECHOS
ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" ||

- SURINAME (ADHESION, 10/07/90)
- PANAMA (18/02/93)
- ECUADOR (25/05/93)
- PERU (05/06/95)
- EL SALVADOR (06/06/95)

MARACCIOTTI

AMITE: TRA

====

DE AS:

- 1. - INDI
- 2. - GO
- 3. - VECD
- 4. - PLA
- 5. - DGAE-DDH

6. -

ALT

Capote

JHJ me

MINISTERIO DE RR. EE.
Dirección General de
Asuntos Especiales
16 JUN. 1995
RECIBIDO

MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

FACSIMIL (DDHH) N° 2502

COPIA
GILBERT CHALUNY
Escriba JUDIC
Director General de Asuntos Especiales

PARA : DOCTORA
MARISOL GARAGORRI GOTTFRIED
SECRETARIA EJECUTIVA DEL
CONSEJO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS
DE : MINISTRO
JULIO FLORIAN ALEGRE
DIRECTOR DE DERECHOS HUMANOS
ASUNTO : PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
FECHA : 14 DE JUNIO DE 1995
CLASIF : ABIERTO
N° DE PAG. : UNA

TENGO EL AGRADO DE DIRIGIRME A USTED A FIN DE HACER DE SU CONOCIMIENTO QUE, EN OCASION DE LA REALIZACION EN HAITI DE LA ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACION DE ESTADOS AMERICANOS (OEA), EL PERU DEPOSITO EL INSTRUMENTO DE RATIFICACION DEL "PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES"(PROTOCOLO DE SAN SALVADOR).

DICHO PROTOCOLO ENTRARA EN VIGENCIA PARA EL PERU UNA VEZ QUE 11 ESTADOS HAYAN DEPOSITADO LOS INSTRUMENTOS DE RATIFICACION O ADHESION CORRESPONDIENTES. HASTA EL MOMENTO, ADEMAS DEL PERU HAN RATIFICADO ECUADOR Y PANAMA Y SE HA ADHERIDO SURINAM.

EN EL MARCO DE LA POLITICA DEL PERU DE PROMOCION Y RESPETO IRRESTRICTO DE LOS DERECHOS HUMANOS, LA RATIFICACION DEL "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" CONSTITUYE UN HITO IMPORTANTE, DE ALLI QUE EN CONCORDANCIA CON NUESTRA MISION ANTE LA OEA ME PERMITA SUGERIR LA POSIBILIDAD QUE, CON EL AUSPICIO DEL CONSEJO NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, SE PUBLIQUE OFICIALMENTE UNA EDICION DEL CITADO INSTRUMENTO INTERNACIONAL.

DE OTRO LADO, EL ARTICULO 19 (MEDIOS DE PROTECCION) DEL MENCIONADO TRATADO ESTIPULA LA PRESENTACION DE INFORMES PERIODICOS RESPECTO DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS POR LOS ESTADOS PARTE PARA ASEGURAR EL RESPETO DE LOS DERECHOS CONSAGRADOS EN EL MISMO PROTOCOLO. SI BIEN, COMO SE HA SEÑALADO ANTERIORMENTE, EL "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" AUN NO HA ENTRADO EN VIGENCIA, PODRIA CONSIDERARSE LA CONVENIENCIA DE ENVIAR A LA OEA COPIA DEL INFORME NACIONAL SOBRE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES QUE HA ELABORADO ESE SECTOR A FIN DE SER PRESENTADO ANTE EL COMITE QUE CAUTELA ESOS DERECHOS EN GINEBRA.

JULIO FLORIAN ALEGRE
MINISTRO
DIRECTOR DE DERECHOS HUMANOS

Fax enviado al CONADPETA.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

DIRECCION DE COMUNICACIONES
♦FEC. DE IMPRESION: 14/06/95

↓SISTEMA DE CABLES & MENSAJES RECIBIDOS

MENSAJECOM
SU
M-270
DELEPERU WASHINGTON
DGAE-DGAP
13/06/95
PROTOCOLO SAN SALVADOR

COMO ES DE CONOCIMIENTO ESA CANCELLERIA, EL "PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES" (PROTOCOLO SAN SALVADOR) REQUIERE QUE ONCE ESTADOS HAYAN DEPOSITADO INSTRUMENTOS RATIFICACION O ADHESION PARA QUE ENTRE EN VIGOR, LO QUE NO HA OCURRIDO HASTA LA FECHA STOP. ADEMAS DE PERU, HAN RATIFICADO ECUADOR Y PANAMA Y ADHERIDO SURINAME.

CONADPETA

SEGUNDO.- EN CONSECUENCIA, DEPOSITO INSTRUMENTO RATIFICACION PROTOCOLO SAN SALVADOR EFECTUADO POR PERU EN ULTIMA ASAMBLEA GENERAL OEA TODAVIA NO GENERA OBLIGACIONES A NUESTRO PAIS, EN PARTICULAR, EN LO QUE RESPECTA A MEDIOS DE PROTECCION REFIERESE ARTICULO 19 DICHO TRATADO (ENTRE LOS QUE FIGURA PRESENTACION INFORMES PERIODICOS RESPECTO MEDIDAS ADOPTADAS POR ESTADO PARTE PARA ASEGURAR RESPETO DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES).

TERCERO.- SIN EMBARGO, DADO QUE ESTADO PERUANO DEBE PRESENTAR INFORMES DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN SISTEMA NACIONES UNIDAS, PODRIA CONSIDERARSE CONVENIENCIA REMITIR TAMBIEN DICHS INFORMES A COMISION INTERAMERICANA DERECHOS HUMANOS FIN MOSTRAR AVANCES Y MEDIDAS PROGRESIVAS QUE SE VIENEN ADOPTANDO EN EL PAIS, LOS QUE LUEGO PODRIAN SER ADECUADOS ESPECIFICAMENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO OBLIGACION PROTOCOLO SAN SALVADOR, CUANDO ESTE ENTRE EN VIGOR.

CONADPETA

CUARTO.- POR OTRO LADO, PODRIA CONTEMPLARSE QUE TEXTO PROTOCOLO SEA PUBLICADO OFICIALMENTE FIN HACER DE CONOCIMIENTO COMISION INTERAMERICANA DERECHOS HUMANOS ACCIONES TOMADO ESTADO PERUANO EN ORNO DIFUSION DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES Y ESPECIFICAMENTE RESPECTO TRATADO RECIENTEMENTE RATIFICADO.

CONADPETA

RAMACCIOTTI

TRAMITE: DGAE

=====

COPIAS:

1.- MIN

2.- SG

3.- PLA

4.- VECCO

5.-

=====

GRG

MENSAJECOM
SU
M-270
DELEPERU WASHINGTON
DGAE-DGAF
13/06/95
PROTOCOLO SAN SALVADOR

JMA
mc

MINISTERIO DE RR. EE.
Dirección General de
Asuntos Especiales
14 JUN. 1995
RECIBIDO

SECRET

COMO ES DE CONOCIMIENTO ESA CANCELLERIA, EL "PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES" (PROTOCOLO SAN SALVADOR) REQUIERE QUE ONCE ESTADOS HAYAN DEPOSITADO INSTRUMENTOS RATIFICACION O ADHESION PARA QUE ENTRE EN VIGOR, LO QUE NO HA OCURRIDO HASTA LA FECHA STOP. ADEMAS DE PERU, HAN RATIFICADO ECUADOR Y PANAMA Y ADHERIDO SURINAME.

SEGUNDO.- EN CONSECUENCIA, DEPOSITO INSTRUMENTO RATIFICACION PROTOCOLO SAN SALVADOR EFECTUADO POR PERU EN ULTIMA ASAMBLEA GENERAL OEA TODAVIA NO GENERA OBLIGACIONES A NUESTRO PAIS, EN PARTICULAR, EN LO QUE RESPECTA A MEDIOS DE PROTECCION REFIERESE ARTICULO 19 DICHO TRATADO (ENTRE LOS QUE FIGURA PRESENTACION INFORMES PERIODICOS RESPECTO MEDIDAS ADOPTADAS POR ESTADO PARTE PARA ASEGURAR RESPETO DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES).

TERCERO.- SIN EMBARGO, DADO QUE ESTADO PERUANO DEBE PRESENTAR INFORMES DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES EN SISTEMA NACIONES UNIDAS, PODRIA CONSIDERARSE CONVENIENCIA REMITIR TAMBIEN DICHOS INFORMES A COMISION INTERAMERICANA DERECHOS HUMANOS FIN MOSTRAR AVANCES Y MEDIDAS PROGRESIVAS QUE SE VIENEN ADOPTANDO EN EL PAIS, LOS QUE LUEGO PODRIAN SER ADECUADOS ESPECIFICAMENTE PARA DAR CUMPLIMIENTO OBLIGACION PROTOCOLO SAN SALVADOR, CUANDO ESTE ENTRE EN VIGOR.

CUARTO.- POR OTRO LADO, PODRIA CONTEMPLARSE QUE TEXTO PROTOCOLO SEA PUBLICADO OFICIALMENTE FIN HACER DE CONOCIMIENTO COMISION INTERAMERICANA DERECHOS HUMANOS ACCIONES TOMADO ESTADO PERUANO EN TORNO DIFUSION DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES Y ESPECIFICAMENTE RESPECTO TRATADO RECIENTEMENTE RATIFICADO.

RAMACCIOTTI

TRAMITE: DGAE

=====

COPIAS:

1.- MIN

2.- SG

3.- PLA

4.- VECCO

5.-

=====

GRG

22 #1

**MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES**

COPIA

MEMORANDUM (GMIN)N° 174

A LA : DIRECCION DE TRATADOS
DE LA : DIRECCION DEL GABINETE DEL MINISTRO
ASUNTO : Remite Acta de Depósito del Instrumento de Ratificación

Se cumple con enviar para el archivo correspondiente de esa Dirección, el Acta de Depósito del Instrumento de Ratificación por parte del Gobierno de la República del Perú, del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", suscrito el 17 de noviembre de 1988, en San Salvador. Dicho documento, suscrito por el señor Canciller y el Secretario General de la OEA, fue entregado en ceremonia realizada en Haití el 4 de junio del año en curso en ocasión del XXV Período de Sesiones de la Asamblea General de los Estados Americanos

Lima, 12 de junio de 1995.


JOSE ANTONIO ARROSPIDE
EMBAJADOR
Director del Gabinete del Ministro

c.c. DGAP-OEA
DGAE-DD.HH.

SECRETARÍA GENERAL


ACTA DE DEPOSITO DEL INSTRUMENTO DE RATIFICACION POR PARTE DEL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DEL PERU, DEL PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR", SUSCRITO EL 17 DE NOVIEMBRE DE 1988, EN SAN SALVADOR, EL SALVADOR.

En la Ciudad de Montrouis, Haití, sede del Vigésimo Quinto Período Ordinario de Sesiones de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos, a los...4...días del mes de junio de mil novecientos noventa y cinco, reunidos el Excelentísimo señor Efraín Goldenberg, Ministro de Relaciones Exteriores del Perú y el Excelentísimo señor César Gaviria, Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, se procedió al depósito por parte del Gobierno del Perú, del instrumento de ratificación al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador", suscrito el diecisiete de noviembre de mil novecientos ochenta y ocho.

El instrumento de ratificación fue entregado por el señor Ministro de Relaciones Exteriores del Perú al señor Secretario General de la Organización de los Estados Americanos, para los propósitos del Artículo 21 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

EN FE DE LO CUAL suscriben la presente acta, en dos originales, en el lugar y fecha arriba indicados.




Efraín Goldenberg
Ministro de Relaciones Exteriores de la
República del Perú


César Gaviria
Secretario General
Organización de los Estados Americanos

SECRETO

COPIA

MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

DIRECCION DE COMUNICACIONES

PARA EXPEDIRSE

Nº <i>M-259</i>	PARA DELEPERU WASHINGTON	GILBERT CHALNY AUTORIZADO EMBAJADOR <i>Minister General de Asuntos Exteriores</i>
SIGLAS DGAE	FECHA 30 DE MAYO DE 1995	CLASIFICACION SECRETO

REFSUYO : M-249

SUMILLA : DEPOSITO INSTRUMENTO RATIFICACION PROTOCOLO SAN
SALVADOR

CON VALIJA NO. 22, DESPACHADOSE VIERNES 26 MAYO, REMITASE
INSTRUMENTOS RATIFICACION PROTOCOLO SAN SALVADOR, CON OFICIO No.
7-8-H/11(TRA).

GOLDENBERG

OFICINA DE ORIGEN : (DGAE-DDHH) ANTECEDENTES : (M-249 DELEPERU WASHINGTON) NOMBRE : (GGB) CARGO : (SS) COPIAS PARA : OEA

JULIO FLORIAN A.
MINISTRO
Director de Derechos Humanos



MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

DIRECCION DE COMUNICACIONES
♦FEC. DE IMPRESION: 30/05/95

↓SISTEMA DE CABLES & MENSAJES RECIBIDOS

MENSAJECOM

SU

M-249

DELEPERU WASHINGTON

DGAP-JUR-DGAE

29/05/95

DEPOSITO INSTRUMENTO RATIFICACION PROTOCOLO SAN SALVADOR

CON MOTIVO PROXIMA ASAMBLEA GENERAL OEA, CABE POSIBILIDAD REALIZAR CEREMONIAS ESPECIALES PARA FIRMA O DEPOSITO INSTRUMENTOS RATIFICACION A CONVENIOS O PROTOCOLOS INTERAMERICANOS STOP. DADO QUE RECIENTEMENTE NUESTRO PAIS HA CULMINADO PROCESO RATIFICACION PROTOCOLO SAN SALVADOR SOBRE DERECHOS ECONOMICOS Y SOCIALES, SERIA CONVENIENTE SE PROCEDA AL DEPOSITO INSTRUMENTO RATIFICACION CORRESPONDIENTE MARCO PROXIMA ASAMBLEA.

○GUNDO.- EN VIRTUD IMPORTANCIA POLITICA TENDRIA PARA EL PERU REALIZAR EL DEPOSITO DE MENCIONADO INSTRUMENTO RATIFICACION EN MONTROUIS, MUCHO AGRADECERE INFORMAR ESTA MISION SI ES POSIBLE HACERLO, Y DE SER EL CASO, SI EL SENOR CANCELLER ESTARIA PRESENTE EN DICHO ACTO, A FIN DE COORDINAR EL DIA Y HORA APROPIADOS PARA EL MISMO.

RAMACCIOTTI

TRAMITE: DGAP

=====

COPIAS:

1.- MIN

2.- SG

3.- VECO

4.- PLA

5.- JUR

6.- DGAE

CCD

Adicionan párrafo a artículo de la Ley del Servicio Nacional de Adiestramiento en Trabajo Industrial - SENATI

LEY N° 26449

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

POR CUANTO:

El Congreso Constituyente Democrático ha dado la Ley siguiente:

EL CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRATICO:

Ha dado la ley siguiente:

Artículo 1°. Adiciónase al Artículo 12° de la Ley N° 26272, el siguiente párrafo final:

"No están obligadas al pago de la contribución establecida en el párrafo precedente, las empresas que se dedican a la instalación, reparación y mantenimiento dentro de la actividad de la construcción, comprendidas en la Categoría "F", División 46 de la CIU (Revisión 3) y que están afectas a la contribución al SENCICO.

Artículo 2°. Derógase o modifícase las disposiciones legales que se opongan a la presente ley.

Comuníquese al señor Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintidós días del mes de abril de mil novecientos noventa y cinco.

JAIME YOSHIYAMA
Presidente del Congreso Constituyente Democrático

CARLOS TORRES Y TORRES LARA
Primer Vicepresidente del Congreso Constituyente Democrático

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

POR TANTO:

Mando se publique y cumpla.

Dado en la Casa de Gobierno, en Lima, a los cinco días del mes de mayo de mil novecientos noventa y cinco.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI
Presidente Constitucional de la República

JORGE CAMET DICKMANN
Ministro de Economía y Finanzas

MILLIANA CANALE NOVELLA
Ministra de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales Internacionales

Aprueban el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

RESOLUCION LEGISLATIVA N° 26448

EL CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRATICO:

Ha dado la Resolución Legislativa siguiente:

El Congreso Constituyente Democrático, en uso de las atribuciones que le confieren los Artículos 56° y 102°, inciso 3) de la Constitución Política del Perú y el Artículo 2° de su Reglamento, ha resuelto aprobar el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", suscrito en la ciudad de San Salvador, el 17 de noviembre de 1988.

Comuníquese al Presidente de la República para su promulgación.

En Lima, a los veintisiete días del mes de diciembre de mil novecientos noventa y cuatro.

JAIME YOSHIYAMA
Presidente del Congreso Constituyente Democrático

CARLOS TORRES Y TORRES LARA
Primer Vicepresidente del Congreso Constituyente Democrático

AL SEÑOR PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Lima, 28 de abril de 1995.

Cumplase, comuníquese, registre, publíquese y archívese.

ALBERTO FUJIMORI FUJIMORI
Presidente Constitucional de la República

EFRAIN GOLDENBERG SCHREIBER
Presidente del Consejo de Ministros y Ministro de Relaciones Exteriores; H.

P C M

Designan y reconocen representantes de los Gobiernos Regionales y de los Sectores Económicos Primarios ante el Consejo Directivo del CONAM

RESOLUCION SUPREMA N° 197-95-PCM

Lima, 5 de mayo de 1995

CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 26410 se creó el Consejo Nacional del Ambiente -CONAM- como organismo descentralizado del Sector Público, encargado de la política nacional ambiental;

Que, el Consejo Directivo del -CONAM- entre otros, está integrado por un Representante de los Gobiernos Regionales que resulta necesario designar;

De conformidad con lo que dispone el Decreto Legislativo N° 560, e inciso b) del Artículo 6° de la Ley N° 26410;

Y Estando a lo acordado;

SE RESUELVE:

Artículo Único.- DESIGNAR como Representante por los Gobiernos Regionales al señor TOMAS GONZALES REATEGUI Presidente del Consejo Transitorio de Administración Regional de la Región Loreto, ante el Consejo Directivo del Consejo Nacional del Ambiente -CONAM-.

Regístrese, comuníquese y publíquese.

Rúbrica del Ing. Alberto Fujimori
Presidente Constitucional de la República

EFRAIN GOLDENBERG SCHREIBER
Presidente del Consejo de Ministros

RESOLUCION SUPREMA N° 198-95-PCM

Lima, 5 de mayo de 1995

Visto el Oficio CONFIEP PRE-0017/95 del Presidente de la Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas-CONFIEP;

CONSIDERANDO:

Que, por Ley N° 26410 se creó el Consejo Nacional del Ambiente -CONAM- como organismo descentralizado del Sector Público, encargado de la política nacional ambiental;

Que, el Consejo Directivo del -CONAM- está integrado, entre otros, por un Representante de los Sectores Económicos Primarios;

De conformidad con lo que dispone el Decreto Legislativo N° 560, e inciso d) del Artículo 6° de la Ley N° 26410;

Estando a lo acordado;



MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES MEMORANDUM (TRA) Nº 197

A LA : DIRECCION DE DERECHOS HUMANOS
DE LA : DIRECCION DE TRATADOS INTERNACIONALES
ASUNTO : PROTOCOLO DE SAN SALVADOR

Con relación a su Memorándum (DDHH) Nº 37-94, de 23 de junio de 1994, sobre el asunto del rubro, la Dirección de Tratados Internacionales cumple con expresar lo siguiente:

1.- Con fecha 28 de diciembre de 1993, a solicitud de la Comisión de Relaciones Exteriores del CCD, se solicitó actualización de las opiniones de los Ministerios de Salud, de Trabajo y Promoción Social y de Educación.

2.- Se cuenta con la opinión favorable de los Ministerios de Trabajo y Promoción Social y el de Salud, emitidos con oficios Nos. 007-94-TR, de 03 de febrero de 1994, y 0134-94, de 30 de marzo de 1994.

3.- En vista que el Ministerio de Educación no ha emitido su opinión al respecto, esta Dirección está reiterando dicha solicitud.

Lima, 24 de junio de 1994.


ROSALVA BENZEU
ABOGADO (r)
Director de Tratados
Internacionales

PVG/pvg.

MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

MEMORANDUM (DDHH) Nº

37-94

A LA : DIRECCION DE TRATADOS
DE LA : DIRECCION DE DERECHOS HUMANOS
ASUNTO : PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
FECHA : 23 DE JUNIO DE 1994

RefsuMemo 315 del 22.12.93 :


Como es de su conocimiento, el Perú suscribió en noviembre de 1988, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, llamado también "Protocolo de San Salvador".

Mediante el Memorandum de la referencia, la Dirección General de Asuntos Especiales tomó conocimiento de las gestiones que la Dirección de Tratados estaba realizando ante los sectores nacionales competentes, para que actualizaran sus informes acerca del mencionado "Protocolo de San Salvador", atendiendo así una solicitud formulada por el Congreso Constituyente Democrático para proceder a su ratificación.

Nuestra Representación Permanente ante la Organización de Estados Americanos ha reiterado recientemente a esta Cancillería la conveniencia de "aprobar, ratificar y depositar los instrumentos correspondientes a los Protocolos de Reformas a la Carta de la OEA de Cartagena de Indias, Washington y Managua; y, al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, referido a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales".

Por lo expuesto, mucho agradeceré conocer el estado en que se encontraría el proceso de ratificación del mencionado Instrumento internacional.


Julio Florián A.
Ministro Consejero
Director de Derechos Humanos



Hecho Memo. a Tratados 23/6/94.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

DIRECCION DE COMUNICACIONES
♦FEC. DE IMPRESION: 23/06/94

↓SISTEMA DE CABLES & MENSAJES RECIBIDOS

MENSAJECOM
SU
M-393
DELEPERU WASHINGTON
DGAP
15/06/94
PROTOCOLOS REFORMAS CARTA OEA Y ''PROTOCOLO SAN
SALVADOR''.

ACABO DE CONFIRMAR INFORMACION EN SENTIDO PROXIMO LUNES 20 EMBAJADORA BABBITT DEPOSITARA EN NOMBRE SU GOBIERNO EN SE CRETARIA GENERAL OEA INSTRUMENTOS RATIFICACION EEUU PROTO COLOS DE REFORMAS A LA CARTA DE LA OEA, DE WASHINGTON Y MA NAGUA (1992 Y 1993).

SEGUNDO.- SERA ESTE EL PRIMER CASO DE UN ESTADO QUE RATIFI CA UNO DE LOS PROTOCOLOS DE REFORMAS A LA CARTA SIN HABER HECHO LO PROPIO CON EL INMEDIATAMENTE ANTERIOR, VALE DECIR EN ESTE CASO, CON EL DE CARTAGENA DE INDIAS, LO QUE NO DEJA DE CONSTITUIR UN CONTRASENTIDO, PUES LA NUEVA ESTRUCTURA OR GANICA DE MANAGUA Y LAS FORMULACIONES SOBRE POBREZA DEL PRO TOCOLO DE WASHINGTON, TIENEN SU BASE EN ESPIRITU DE CARTAGE NA.

TERCERO.- SOBRE ESTE PARTICULAR, VALE LA PENA RECORDAR DE CLARACION FORMULADA POR EEUU AL FIRMAR PROTOCOLO DE CARTAGE NA, QUE REFUERZA EL TIAR; CONDICIONA EL PLURALISMO IDEOLO GICO; RECHAZA DUALIDAD DE INSTANCIAS OEA-ONU A LAS QUE PUE DEN LLEVAR LOS ESTADOS ASUNTOS RELACIONADOS CON PAZ, SEGU RIDAD Y EJERCICIO DE POLITICAS, ACCIONES O MEDIDAS CON EFEC TOS ADVERSOS SOBRE EL DESARROLLO DE LOS ESTADOS MIEMBROS; MATIZA POSTULADOS COOPERACION Y JUSTICIA SOCIAL; E INTERPRE TA RESTRICTIVAMENTE DESARROLLO INTEGRAL STOP ADEMÁS PROTE GE SUS EMPRESAS TRANSNACIONALES Y DEFIENDE CARACTER DE NO OBLIGATORIO DE MEDIDAS DESTINADAS A FACILITAR ACCESO A MER CADOS MUNDIALES PARA PRODUCTOS DE PAISES EN DESARROLLO DE LA REGION.

CUARTO.- PERMITOME APROVECHAR ESTA OPORTUNIDAD PARA A LA LUZ DE LO INFORMADO EN LOS PARRAFOS PRECEDENTES SOBRE NO RATIFICACION POR EEUU DE PROTOCOLO DE CARTAGENA, ASI COMO LAS PRECISIONES FORMULADAS POR SR. PRESIDENTE DE LA REPUBLI CA EN PEKIN RESPECTO DE LA IMPORTANCIA DE LA DEFENSA Y PRO MOCION DE LOS DERECHOS HUMANOS DE SEGUNDA GENERACION (DERE CHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES), QUE CONFORMAN CON LOS CIVILES Y POLITICOS UN TODO INDIVISIBLE, RECORDAR LA PER TINENCIA DE APROBAR, RATIFICAR Y DEPOSITAR LOS INSTRUMENTOS CORRESPONDIENTES A LOS PROTOCOLOS DE REFORMAS A LA CARTA DE LA OEA DE CARTAGENA DE INDIAS, WASHINGTON Y MANAGUA; Y, AL PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERE CHOS HUMANOS, REFERIDO A LOS DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES ''PROTOCOLO DE SAN SALVADOR'', INSTRUMENTOS IN TERNACIONALES QUE EL PERU SUSCRIBIERA, EN TODOS LOS CASOS, EN OCASION DE LAS RESPECTIVAS ASAMBLEAS GENERALES DE LA OEA.

QUINTO.- TAL COMO EXPRESARA EN DIVERSAS COMUNICACIONES Y CONVERSACIONES, EL PROCEDER AL DEPOSITO ''EN BLOQUE'' DE ES TOS CUATRO IMPORTANTES INSTRUMENTOS DE RATIFICACION PERMI TIRA DILUIR CUALQUIER EVENTUAL ALCANCE NEGATIVO DE LA NECE

SARIA RESERVA QUE FORMULARA EL PERU AL PROTOCOLO DE CARTA
GENA DE INDIAS, LA QUE EN TODO CASO QUEDARA DEBIDAMENTE RE
GISTRADA EN EL TEXTO INTEGRADO DE LA CARTA Y EN LA PUBLICA
CION ESPECIFICA SOBRE EL PROTOCOLO DE CARTAGENA, AUNQUE MA
TIZADA O RELEGADA EN DESPACHOS E INFORMACIONES DE PRENSA Y
DEMÁS QUE DEBERAN RESALTAR COMPROMISO RENOVADO PERU CON TO
DOS LOS LLAMADOS INSTRUMENTOS BASICOS DEL SISTEMA INTERAME
RICANO.

LEON

TRAM: DGAP

COPIAS

1.- MIN

2.- SG

3.- VECO

4.- PLA

5.-

JTH.



MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

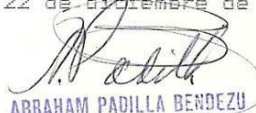
MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES
Dirección General de
Asuntos Especiales
RECIBIDO

MEMORANDUM (TRA) Nº 315

A LA : DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS ESPECIALES
DE LA : DIRECCION DE TRATADOS INTERNACIONALES
ASUNTO : SU MEMORANDUM (DGAES-DDHH) Nº 739.

Con relación a su Memorándum (DGAES-DDHH) Nº 739, de fecha 20 de diciembre de 1993, con el que hace llegar el Oficio del Presidente de la Comisión de Relaciones Exteriores, del Congreso Constituyente Democrático, sobre la actualización de los informes y de las opiniones de los sectores competentes, sobre el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)", se hace del conocimiento de esa Dirección General, que en la fecha se está oficiando a dichos sectores, solicitando la opinión respectiva.

Lima, 22 de diciembre de 1993.


ABRAHAM PADILLA BENDEZU
EMBAJADOR (i)
Director de Tratados
Internacionales

PVG/pvg.

MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES

MEMORANDUM (DCAES-DDHU) NR. 739

DE LA : DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS ESPECIALES.
A LA : DIRECCION DE TRATADOS.
ASUNTO : TRANSMITE SOLICITUD DE LA COMISION DE RELACIONES
EXTERIORES DEL CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRATICO.

EL PRESIDENTE DE LA COMISION DE RELACIONES EXTERIORES DEL CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRATICO, HA HECHO LLEGAR EL OFICIO NR. 138-CRRE-CCD. DE FECHA 9 DE LOS CORRIENTES, MEDIANTE EL CUAL SOLICITA SE ACTUALICEN LOS INFORMES DE LOS SECTORES NACIONALES COMPETENTES CON RELACION AL "PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES" SUSCRITO POR NUESTRO PAIS EL MES DE NOVIEMBRE DE 1988 Y QUE FUERA ENVIADA POR ESA DIRECCION DE TRATADOS AL CONGRESO EN MARZO DE 1989 PARA SU CORRESPONDIENTE RATIFICACION.

SOBRE EL PARTICULAR, MUCHO SE AGRADECERA A ESA DIRECCION TENGA A BIEN DISPONER LO CONVENIENTE A FIN DE CONTAR CON LOS INFORMES DE DICHS SECTORES A EFECTOS DE ATENDER LA SOLICITUD DEL PODER LEGISLATIVO.

LIMA, 20 DE DICIEMBRE DE 1988

GILBERTO CHAUNY
EMBAJADOR
Director General de Asuntos Especiales





MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
Dirección General de Asesoría Jurídica
DDHA
RECIBIDO

Ministerio de Relaciones Exteriores
SECRETARÍA DEL MINISTRO
Recibido 20 DIC. 1993
Of. 3-0-A/208

Tramitaciones a Cargo de :
DDHA
Copias para Información
1 DGC
2
3
4
Observaciones

Lima, 9 de diciembre de 1993.

OFICIO Nº 138 CRREE-CCD

Señor Doctor
Efraín Goldenberg Schreiber
Ministro de Relaciones Exteriores.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted con relación al "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales", denominado "Protocolo de San Salvador", suscrito por el Perú el 17 de noviembre de 1988, que fuera remitido inicialmente al Congreso con fecha 28 de marzo de 1989, para su correspondiente aprobación.

La Comisión de Relaciones Exteriores, que me honro en presidir, está examinando el citado Protocolo y en virtud de su importancia y de las obligaciones que se desprenden del mismo, considera necesario contar con una actualización de los informes sustentatorios y con la opinión de los Ministerios de Trabajo, Educación y Salud.

En consecuencia, mucho agradeceré a usted, señor Ministro, tenga a bien hacer llegar a esta Comisión la información solicitada.

Me valgo de la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi más alta y distinguida consideración.

Ing. JAY WAYNE ROLLES
Presidente de la Comisión
de Relaciones Exteriores
del Congreso Constituyente Democrático

MINISTERIO DE RELACIONES
EXTERIORES
SECRETARIA GENERAL
DIRECCION DE COMUNICACIONES

PARA EXPEDIRSE

N°. M-463	PARA: DELEPERU WASHINGTON	AUTORIZADO DOMINGO DA FLEVO GANDOLFO EMBAJADOR General de Asuntos Comunes
SIGLAS (DGAES-DDHH)	FECHA 9 DE DICIEMBRE DE 1993	CLASIFICACION SECRETO

SUMILLA : PROTOCOLO SAN SALVADOR.

CODIGO : DDH.1.2.2.1.1.

UR

COMO ES DE CONOCIMIENTO ESA REPRESENTACION, PROTOCOLO SAN SALVADOR FIRMADO POR NUESTRO PAIS AÑO 1988, FUE REMITIDO AL CONGRESO PARA SU RATIFICACION EN 1989 CON DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DATA DICHA FECHA.

SEGUNDO.- SIN BIEN POR UN LADO ESTIMASE CONVENIENTE PRONTA RATIFICACION PROTOCOLO DADA INDUDABLE VIGENCIA PRINCIPIOS CONTENIDOS EN DICHO TRATADO ASI COMO PARTICULAR SENSIBILIDAD TEMA DERECHOS HUMANOS EN IMAGEN EXTERNA NUESTRO PAIS; DE OTRO LADO, A LA LUZ PROCESO TRANSFORMACIONES Y PROFUNDAS REFORMAS ESTRUCTURALES FIN MODERNIZAR Y DESARROLLAR NUESTRO PAIS, ESTIMARIASE NECESARIO A JUICIO ESTA CANCELLERIA RECABAR NUEVAS OPINIONES A SECTORES NACIONALES COMPETENTES DIRECTAMENTE CONCERNIDAS POR ESTE INSTRUMENTO INTERNACIONAL (SALUD, TRABAJO, ECONOMIA, EDUCACION, JUSTICIA, ETC.).

TERCERO.- APRECIARE URGENTE COMENTARIO.

GOLDENBERG

Oficina de Origen: DGAES-DDHH

Antecedentes:

Copia No. 01 para DDHH

Copia No. para

Empleado.- JAD.-



Lima,

OF. RE (TRA) Nº 3-0-A/032 *ca.*

Ref. OF: (TRA) Nº 3-0-A/22
de 28.03.89, sobre Protocolo
Adicional a Convención
Americana sobre Derechos
Humanos.-

Señor
Presidente del Congreso
Constituyente Democrático
Palacio Legislativo
Ciudad.-

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a efecto de manifestarle que con Oficio RE (TRA) Nº 3-0-A/22 c/as., de 28 de marzo de 1989, se remitió al Congreso de la República, el "Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales" conocido como "Protocolo de San Salvador", suscrito por el Perú, el 17 de noviembre de 1988, para los efectos a que se contraen los artículos 102º y 186º, inciso 3, de la Constitución Política del Perú.

En vista que el Gobierno tiene especial interés en poner en vigencia este instrumento internacional, mucho agradeceré a usted señor Presidente, tenga a bien disponer lo que estime más conveniente para su aprobación.

Dios guarde a usted.



PVG/pvg

DDHH
5/10/93

REPRESENTACION PERMANENTE DEL PERU ANTE
LA ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS

FACSIMIL Nro. 310

PARA : ESTADO LIMA
 DE : DELEPERU WASHINGTON
 FECHA : 04 DE AGOSTO DE 1993
 NRO. PAGS. : 07 (INCLUIDA LA PRESENTE)
 TRAMITE : (DGAP-JUR)
 ASUNTO : INFORMACION SOBRE "PROTOCOLO SAN SALVADOR"
 Y CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE
 OBLIGACIONES ALIMENTARIAS.

REFMIO F-292 PUNTO SEGUNDO

COMO ADELANTARA EN MIO DE LA REFERENCIA TRANSMITISE A CONTINUACION
COMUNICACION HECHONOS LLEGAR EN LA FECHA OFICINA TRATADOS OEA
CONTIENE INFORMACION GENERAL RESPECTO PROTOCOLO ADICIONAL A
CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS
ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTOCOLO DE SAN SALVADOR" ASI
COMO DE CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE OBLIGACIONES ALIMENTARIAS.

LEON

2 Junta



DIRECCION DE COMUNICACIONES	
FAX	
TRAMITE:	DGAP
COPIAS:	
1. MINISTERIO	
2. OEA GENERAL	
3. DDIR	
4. PLA	
5. V-ECO	
6. DGAE-JUR	+

NOTA.- DGAP solicito dar copia a DGAE y JUR

END



ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS
Subsecretaría de Asuntos Jurídicos
19th Street and Constitution Ave. N.W.
Washington, D.C. 20006
Fax No. (202) 488-3250

AI: A las Misiones Permanentes
To the Permanent Missions
DE: Oficina de Tratados
Treaty Office

M E N S A J E

Se adjunta la información adicional a las notas OEA/2.2/25/93 y
OEA/2.2/27/93.

As you requested, the additional information for the notes
OEA/2.2/25/93 and OEA/2.2/27/93.

Número de páginas enviadas incluyendo esta cubierta:

INFORMACION GENERAL DEL TRATADO: A-52

NOMBRE:

PROTÓCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS EN
MATERIA DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES "PROTÓCOLO DE SAN
SALVADOR"

ADOPTADO EN:

SAN SALVADOR, EL SALVADOR

FECHA:

11/17/88

CONF/ASAM/REUNION:

ASAMBLEA GENERAL - DECIMO OCTAVO PERIODO ORDINARIO DE SESIONES

ENTRADA EN VIGOR:

/ /

TAN PRONTO COMO ONCE ESTADOS HAYAN DEPOSITADO LOS
RESPECTIVOS INSTRUMENTOS DE RATIFICACION O ADHESION

DEPOSITARIO:

SECRETARIA GENERAL OEA (INSTRUMENTO ORIGINAL Y RATIFICACIONES)

TEXTO:

SERIE SOBRE TRATADOS, OEA, NO. 69

REGISTRO ONU:

/ /

No.

Vol.

OBSERVACIONES:

INFORMACION GENERAL DEL TRATADO: A-32

07/30/93

Paises Signatarios	Fecha Ref	RA/AC/AD Ref	Deposito Inst	Informa Ref	Denuncia Ref	Ret-D/R Ref	Ret-Den Ref
ARGENTINA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
BOLIVIA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
COSTA RICA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ECUADOR	11/17/88	02/10/93	03/25/93 RA	/ /	/ /	/ /	/ /
EL SALVADOR	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
GUATEMALA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HAITI	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MEXICO	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
NICARAGUA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
PANAMA	11/17/88	10/28/92	02/18/93 RA	/ /	/ /	/ /	/ /
PERU	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
REPUBLICA DOMINICANA	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
SURINAME	/ /	02/28/90	07/10/90 AD	/ /	/ /	/ /	/ /
URUGUAY	11/17/88	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VENEZUELA	01/27/89	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

REF = REFERENCIA
 D = DECLARACION
 R = RESERVA

INST = TIPO DE INSTRUMENTO
 RA = RATIFICACION
 AC = ACEPTACION
 AD = ADHESION

INFORMA = INFORMACION REQUERIDA POR EL TR.
 RET-D/R = RETIRO DECLARACION RESERVA
 RET-DEN = RETIRO DENUNCIA

INFORMACION GENERAL DEL TRATADO: D-54

NOMBRE:

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE OBLIGACIONES ALIMENTARIAS

ADOPTADO EN:

MONTEVIDEO, URUGUAY

FECHA:

07/15/89

CONF/ASAM/REUNION:

CUARTA CONFERENCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DERECHO INTERNACIONAL PRIVADO

ENTRADA EN VIGOR:

/ /

EL TRIGESIMO DIA A PARTIR DE LA FECHA EN QUE HAYA SIDO DEPOSITADO EL SEGUNDO INSTRUMENTO DE RATIFICACION

DEPOSITARIO:

SECRETARIA GENERAL OEA (INSTRUMENTO ORIGINAL Y RATIFICACIONES)

TEXTO:

SERIE SOBRE TRATADOS, OEA, NO. 71

REGISTRO ONU:

/ /

No.

Vol.

OBSERVACIONES:

Para Cada Estado que ratifique la Convención o se adhiera a ella después de haber sido depositado el segundo instrumento de ratificación, la Convención entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que tal Estado haya depositado su instrumento de ratificación o adhesión.

INFORMACION GENERAL DEL TRATADO: B-54

07/30/93

PAISES SIGNATARIOS	FECHA	REF	RA/AC/AD	REF	DEPOSITO	INST	INFORMA	REF	DENUNCIA	REF	RET-D/R	REF	RET-DEN	REF
BOLIVIA	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
COLOMBIA	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
COSTA RICA	07/01/93		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
ECUADOR	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
GUATEMALA	07/15/89	D 1	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
HAITI	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PARAGUAY	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
PERU	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
URUGUAY	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
VENEZUELA	07/15/89		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

REF = REFERENCIA
D = DECLARACION
R = RESERVA

INST = TIPO DE INSTRUMENTO
RA = RATIFICACION
AC = ACEPTACION
AD = ADHESION

INFORMA = INFORMACION REQUERIDA POR EL TRATADO
RET-D/R = RETIRO DECLARACION RESERVA
RET-DEN = RETIRO DENUNCIA

B-54. CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE
OBLIGACIONES ALIMENTARIAS

1. Guatemala:

(Declaración interpretativa al firmar la Convención)

La Delegación de Guatemala desea hacer constar su interpretación acerca de lo dispuesto por el artículo 11 de la Convención Interamericana sobre Obligaciones Alimentarias.

Conforme a la ley procesal civil vigente en Guatemala, norma que tiene carácter de ley de orden público y que es aplicable al caso de esta Convención, para reconocer eficacia extraterritorial a una sentencia extranjera se requiere, *inter alia*, que ésta no se haya dictado en rebeldía del demandado y que en el país donde se dictó se reconozca igual eficacia a las sentencias nacionales.

En consecuencia, con el propósito de no insertar en el texto de la Convención requisitos que no son aplicables a otros países y para no desvirtuar uno de los principales propósitos de este instrumento cual es la cooperación internacional, Guatemala interpreta los incisos e) y f) del artículo 11 en el sentido de su ley procesal vigente, es decir, que la sentencia no haya sido dictada en rebeldía del demandado. Además, Guatemala interpreta que el requisito de la efectividad extraterritorial recíproca se cumple en el caso que el Estado extranjero cuya sentencia se pretenda hacer efectiva en Guatemala, sea parte ratificante de la Convención al igual que el Estado de Guatemala.

DIRECTIVA (GMIN) Nro. 657 -93

FECHA : LIMA, 28 DE ABRIL DE 1993
PARA : DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS ESPECIALES ✓
ASUNTO : INFORMACION SOBRE LOS ALCANCES Y LA INTERPRETACION DE DETERMINADOS ASPECTOS ESTABLECIDOS EN EL PROTOCOLO ADICIONAL DE LA CONVENCION AMERICANA SOBRE - DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES, CULTURALES CONOCIDO COMO PROTOCOLO DE SAN SALVADOR
REF. : OFICIO N° 194-93-CTSS-CCD

DIRECTIVA DEL SEÑOR MINISTRO :
OPINION, PARA ATENDER OFICIO.

H. M. [Signature]
28/4/93
→ Cmo en D. J. [Signature]

[Signature]
DIRECTOR GABINETE
JOSE ANTONIO ARROSPIDE
MINISTRO
Director del Gabinete del Ministro

SEGUIMIENTO		
ORIGEN	OF. T RAMITE	FECHA
GMIN	DGAES	28-04-93

Lima, 22 de Abril de 1993

Oficio No. 194-93-CTSS-CCD

Señor Doctor
OSCAR DE LA PUENTE RAYGADA
Ministro de Relaciones Exteriores y
Presidente del Consejo de Ministros
Presente.-

De mi especial consideración:

Por intermedio del presente, me resulta muy grato saludarlo en mi condición de Presidente de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social del Congreso Constituyente Democrático, a fin de establecer los niveles de coordinación requeridos entre su Despacho y la Comisión Legislativa que actualmente preside, en aplicación de las normas establecidas en el artículo 179 de la Constitución Política vigente.

En tal sentido, el objeto de la presente es solicitar por su intermedio a los organismos técnicos especializados de la Cancillería, información sobre los alcances y la interpretación de determinados aspectos establecidos en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador suscrito por el Perú, pendiente de aprobación por parte del Congreso Constituyente Democrático en aplicación de los artículos 102 y 186 de la Constitución Política del Perú.

Cabe remarcar que la información que solicitamos a vuestro Despacho tiene por objeto absolver la consulta formulada a nuestra Comisión por parte de la Comisión de Relaciones Exteriores, en lo que a materia laboral se refiere.

~~Dr. Oscar de la Puente Raygada~~
~~Ministro de Relaciones Exteriores~~
D.G. de Asuntos Jurídicos
D.G. de Asuntos Especiales
Opinión para
atención de Oficio

27.04.93
Dr. Oscar De La Puente Raygada
Presidente del Consejo de Ministros
Ministro de Relaciones Exteriores

Los puntos sobre los cuales nuestra Comisión requiere precisiones son los siguientes:


- 1.- Alcances e interpretación -en armonía con los principios de Derecho Internacional Público- de los artículos 4to. y 5to. del Protocolo Adicional, especialmente de este último en la parte que establece como condición para el establecimiento de restricciones a los Estados Partes, " en la medida que no contradigan el propósito y razón de los derechos establecidos en el presente Protocolo ".
- 2.- Alcances e interpretación sobre la facultad que tienen los Estados Partes para formular reservas sobre una o más disposiciones específicas del presente Protocolo, también teniendo como limitante la formulación normativa final de " siempre que no sean incompatibles con el objeto y el fin del Protocolo ".
- 3.- Información acerca de los Estados Partes en el presente Protocolo que han cumplido con su ratificación o adhesión, y de ser posible, información sobre las reservas que hubieren formulado.

Asimismo, le rogaría a usted se sirva también remitir a esta Comisión Legislativa, la opinión de las Direcciones de Asuntos Sociales y Derechos Humanos y de Tratados del Ministerio de Relaciones Exteriores sobre los alcances genéricos del Protocolo Adicional, que viene a ser sometido para su aprobación al Congreso Constituyente Democrático.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a usted los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Muy atentamente,

CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO
Comisión de Trabajo y Seguridad Social


Dr. RICARDO MARCENARO FREYRE
PRESIDENTE

Anexo 5: Solicitud de información al MINSA

28/9/22, 9:52

Correo: Maria Suarez Hernandez - Outlook

Solicitud de información Transparencia en las solicitudes 17989, 17991 y 17994

MARIA TERESA ARANA ZEGARRA <marana@minsa.gob.pe>

Mar 13/09/2022 22:48

Para: sam.1216@hotmail.com <sam.1216@hotmail.com>

CC: CYNTHIA EDITH NORRIS MEDINA <cnorris@minsa.gob.pe>; TERESA LAZO VALENZUELA <tlazo@minsa.gob.pe>; JOEL GILBERTO COLLAZOS CARHUAY <jcollazos@minsa.gob.pe>; IVAN TALLEDO LEON <italledo@minsa.gob.pe>; DAVID HUAMANI FELIX <dhuamani@minsa.gob.pe>

CORREO ELECTRÓNICO N.º 164 b- 2022 – MTAZ – DPROM – DGIESP/MINSA

A : Sra. Gladys María Samanta Suarez Hernández
DGIESP -MINSA

Asunto : Solicitud de información Transparencia en las solicitudes 17989, 17991 y 17994

Referencia : Correo electrónico del 13 de septiembre 2022

Fecha : 13 de setiembre 2022

Saludando cordialmente, y en relación a las solicitudes de información N° 17989, 17991 y 17994, realizadas mediante transparencia y solicitadas a la Dirección de Promoción de la Salud mediante correo electrónico, se informa lo siguiente:

1. **Solicitud de Información N° 17989 Solicita informes o documentos de que su opinión sobre la suscripción del Protocolo de San Salvador**
2. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, fue suscrito por el estado peruano el 17 de noviembre de 1988, al respecto se informa que la Dirección General de Promoción de la Salud - DPROM, fue creada el 17 de enero de 2002, por lo cual no emito opinión sobre la suscripción del citado Protocolo.
3. **Solicitud de Información N° 17991 Solicita oficios de opiniones favorables del Protocolo de San Salvador, asimismo el oficio del 134-94 emitido el 30 de marzo 1994**
 - a. La Dirección General de Promoción de la Salud - DPROM, fue creada el 17 de enero de 2002, mediante Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud. En ese sentido, **no emitió el oficio del 134-94 del 30 de marzo 1994**. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255216-27657>
4. **Solicitud de Información N° 17994** "Solicita informe respecto a la aprobación del Protocolo de San Salvador respecto al derecho a la salud, asimismo todo documento que trate sobre el derecho a la salud en protocolo de San Salvador con sus anexos correspondientes"
 - a. El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador, fue suscrito por el estado peruano el 17 de noviembre de 1988 en el decimotavo período ordinario de sesiones de la Asamblea General y ratificado el 4 junio 1995, entrando en vigor el 16 de noviembre de 1999.
 - b. Los documentos del MINSA, que tratan sobre el derecho a la salud, elaborados por esta dirección son y que están vigentes a la fecha son:
 - i. R.M. N.º 6738-2006/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N° 047. Norma para la Transversalización de los Enfoques de derechos Humanos equidad género e interculturalidad en salud (se adjunta al presente)
 - ii. R.M. N.º 1112-2006/MINSA que aprueba la Directiva Administrativa N° 102-MINSA/DGPS/V.01 para implementar la Norma Técnica para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad género e interculturalidad en salud, considera al Protocolo de San Salvador como referencia del marco normativo internacional (se adjunta al presente)
 - iii. R. M. N.º 792-2006/MINSA, que aprueba el Marco conceptual de derechos humanos, género e interculturalidad en salud (se adjunta al presente)
 - iv. DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A L DERECHOS HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD: CONSTRUYENDO CIUDADANÍA EN SALUD. Marco conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos co conceptual, aspectos metodológicos y alcances operativos. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/217_CPS16.pdf
 - v. DS. N° 008-2017 establece que todas las funciones del MINSA serán con enfoques de Derechos Humanos, Género e Interculturalidad; por lo cual todas las intervenciones del MINSA debe incorporar los derechos humanos como enfoque transversal. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/190604/reglamento-de-organizacion-y-funciones-del-ministerio-de-salud-ds-n-008-2017-sa.pdf>
 - vi. POLÍTICA NACIONAL MULTISECTORIAL DE SALUD AL 2030 "PERÚ, PAÍS SALUDABLE", Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
 - vii. Lineamientos de política de promoción de la salud, Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284803-lineamientos-de-politica-de-promocion-de-la-salud-en-el-peru-documento-tecnico>

Sin más por informar me despido de usted.

Cordialmente;

<https://outlook.live.com/mail/0/id/AQMKAADAwATY0MDABLWQwOTQtmjINC0wMAITMDAKAEYAAANbtvg%2BF3ZoTaO%2B%2FGKVeOfABwAXm...> 1/2

Lic. María Teresa Arana Zegarra
Especialista en Género y Salud Pública
Dirección de Promoción de la Salud
Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública
Telf: (+51) (1) 315 6600
Av. Salaverry N° 801, 3er piso- Jesús María
marana@minsa.gob.pe Cel: (+51) 943 808 729



Anexo 6: Entrevista a Alberto Borea Odría

Realizada el 23 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional Realizado del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

- 1. ¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

Bueno, pero tienen que volver al estado que más se acerque previo a la violación, justamente eso lo definimos cuando hicimos la primera ley de habeas corpus y amparo en 1982, y en consecuencia cual es la manera más importante de regresar a lo anterior a la violación, si no lo puedes regresar totalmente. Por ejemplo, a una persona

que la han encarcelado cuatro años o la han encarcelado tres meses, no le vas a devolver los cuatro años o tres meses, pero le devuelves la libertad y eventualmente puedes proceder a una indemnización.

- 2. ¿La Carta Democrática Interamericana podría constituir una herramienta para abordar la exigibilidad política de los derechos humanos?**

Sí, debería y ello es un tema muy importante que hay que tratarlo con seriedad en los ámbitos académicos. Lamentablemente, en los discursos oficiales se habla mucho, pero a la hora de concretarse, no se concreta nada. Además, en la OEA para moverte cinco centímetros te demoras tres siglos.

- 3. ¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?**

Diría que sí, suponiendo que hayan sido acertadas desde el punto de vista científico. Han sido consecuencia de una emergencia que la humanidad tenía que enfrentar y frente a una situación extraordinaria, el derecho también tiene que adoptar medidas extraordinarias.

- 4. ¿El que se hayan priorizado pacientes sin comorbilidades vulneraría el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación?**

Ese es un tema bien complicado, porque es el derecho a vivir siete días frente al derecho, por decirte, a dejar a un padre continuar con la vida que tiene con su familia por veinte años. Ello se tendría que pensar, no me atrevería a brindarte una respuesta sin pensarlo detenidamente.



Anexo 7: Entrevista a Francisco Eguiguren Praeli

Realizada el 23 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

1. **¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

Sin duda, y además los primeros casos del sistema interamericano; y ello no quiere decir que hayan desaparecido; han estado vinculados a casos de ejecuciones y desapariciones, irreparables como la muerte. Entonces sí, yo creo que ahí hay un problema.

Pero la reparación en su integralidad lo que busca es no solo quedarse en un solo aspecto y, sobre todo, en esos casos en donde no hay una reparabilidad física posible, pues bueno no queda otra que el esclarecimiento de la verdad como una forma de reparación; a veces más para la historia y para los deudos; también reparación económica por la indemnización.

Ello sería el único camino que queda, pero yo diría que una cosa que tenemos que pensar y es uno de los grandes límites del sistema interamericano, porque normalmente al sistema interamericano hay que llegar después de haber agotado sin éxito la justicia interna y a veces, sin siquiera una sentencia.

Entonces, los grandes casos al sistema llegan muchos años después, llegan a la Corte o a la Comisión muchos años después de haber ocurrido, es decir cuando se trata de personas que murieron, que las asesinaron, que las desaparecieron o de violaciones a derechos, de repente, magistrados injustamente cesados que cuando ya salga el fallo, ya estamos hablando casi más de historias como una reparación con la verdad, aunque tardía que es mejor que no tener nada. Pero que en verdad no son una reparación inmediata del problema, yo creo que eso es algo consustancial al sistema, pero bueno, es lo que hay, vamos al sistema cuando no hemos encontrado justicia dentro de nuestro país, entonces es la puerta a una esperanza que a veces tarda, pero puede llegar y cumplir un rol restitutivo, pero es un límite, sí.

En la realidad lo demuestra que es así, yo en la Comisión, he visto tantos casos en la Comisión que todavía no habían llegado a la Corte de desapariciones que tenían treinta años de búsqueda de la justicia interna sin siquiera haber encontrado el cadáver ni saber quiénes lo ejecutaron. Por eso, yo diría que cuando llega un fallo a cuarenta años después del hecho, de repente, ya ni siquiera los hijos están para conocer el fallo. Es una limitación del sistema, pero se va avanzando.

2. **¿La Carta Democrática Interamericana podría constituir una herramienta para abordar la exigibilidad política de los derechos humanos?**

No lo había pensado así. Yo a la Carta la he visto como un instrumento de la OEA que puede y debe ser más útil para resolver crisis sociales y políticas que son riesgos para la democracia en un país. Entonces yo la he visto más en esa dimensión, de un instrumento para ser utilizado, sobre todo, en grandes crisis políticas en un país o ante el riesgo de socavar o derribar el régimen democrático.



3. ¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?

Yo creo que el COVID a todos nosotros y a todo el mundo; a unos países más que otros; nos agarró desprevenidos. Parecía inimaginable una crisis de tal magnitud cuantitativa y cualitativa que desnudo todas nuestras limitaciones, todas las incapacidades desconocidas de nuestro sistema de salud, y de previsión se hicieron más evidentes. Entonces, yo creo que debemos ser un poco más concesivos al saber que esto fue muy grande y que nos golpeó a todos, ello se demostró en el número de muertes en el Perú. Demostró que mal preparado estaba el sistema para enfrentar una emergencia de esta magnitud y para resolverlo en el camino porque tardo mucho tiempo.

Ahora, mirarlo como algo regresivo, lo que ya ocurrió, ya ocurrió; solo nos debe servir de advertencia para estar preparados y para que no vuelva a ocurrir una crisis de tal magnitud, porque claro que deja un efecto regresivo por las vidas que se perdieron, los daños que se causó, las pérdidas de empleo, la destrucción de la economía, el retroceso del país y los derechos económicos y sociales.

Anexo 8: Entrevista a Alfredo Mauricio Vitolo

Realizada el 24 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

1. **¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

Hay un primer problema, el derecho a la salud no está como derecho en la Convención Americana específicamente, con lo cual lo puedes sacar del artículo 26 de la Convención. Y hay una discusión muy profunda a nivel Corte sobre si el artículo 26 es ejecutivo o no y si da derecho a acceder a la Corte Interamericana.

Ahora, más allá del tema, todos los derechos humanos funcionan bajo el principio de no regresividad, pues una vez alcanzado el punto de desarrollo del reconocimiento del derecho, no se puede dar un paso atrás. Entonces, ese es un tema importante en la lógica del derecho a la salud.

Ahora, si se está hablando de una sentencia concreta de la Corte que te condena a hacer algo, la obligación de reparar es una obligación concreta del Estado. El Estado está obligado a cumplir con la sentencia porque el 68.1 lo dice claramente, los Estados se obligan a cumplir las sentencias de la Corte Interamericana.

2. **¿La Carta Democrática Interamericana podría constituir una herramienta para abordar la exigibilidad política de los derechos humanos?**

La Corte Interamericana la está interpretando como un elemento más a interpretar. Si se mira la sentencia de la Corte en el caso Petro contra Colombia del año pasado, ahí la Corte usa mucho el concepto de la Carta Interamericana como un elemento que ayuda a interpretar los derechos humanos.

3. **¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?**

No, lo que pasa es que muchos países aplicaron incorrectamente las medidas en la pandemia. Lo cierto es que la pandemia es una situación de emergencia excepcional que justifica la adopción de medidas excepcionales dentro de los parámetros que exigen las instituciones de cada nación y de los parámetros interamericanos.

4. **¿El que se hayan priorizado pacientes sin comorbilidades vulneraría el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación?**

No necesariamente, hay que mirar caso por caso. Si se tenía la situación de a quien privilegiaba en ese momento, se debía ir por el principio pro homine, pero es un tema de caso por caso.



Anexo 9: Entrevista a Diego Valadés Ríos

Realizada el 24 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

1. **¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

El Estado y el derecho no pueden hacerlo todo, pero la intención que se persigue al establecer la obligación de reparación integral es la de acercarse lo más posible a un resarcimiento con relación a la víctima. En este caso, si alguien fallece, le corresponde a su círculo familiar.

2. **¿La Carta Democrática Interamericana podría constituir una herramienta para abordar la exigibilidad política de los derechos humanos?**

Desde mi punto de vista, la Carta todavía no es un instrumento que tengamos plenamente aplicado en nuestro hemisferio, pero tendemos a avanzar hacia allá. Una de las características de la Carta es que es una declaración y no un tratado que se haya suscrito y por lo tanto convertido en una norma interna por los órganos legislativos de cada uno de los países, pero esa es la tendencia que se debe seguir.

3. **¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?**

Lo que mostró la pandemia es que la mayor parte de los Estados de nuestro hemisferio fue la impreparación de las autoridades públicas para hacer frente a una catástrofe de la magnitud que representó la pandemia, por un lado.

Por otro lado, también puso en evidencia la debilidad de las instituciones políticas para dar respuestas satisfactorias; en particular, porque no se le dio a los órganos de representación política o los congresos la participación que debieron de haber tenido; no se debe generalizar que ello se dio en todas partes, pero en la mayor parte se encontró dicha problemática.

Asimismo, en la mayor parte de los Estados se omitió integrar comités científicos con expertos que pudieran asesorar al Congreso y a los gobiernos. Y, en la mayor parte de los Estados, prevaleció la improvisación y la adopción de medidas discrecionales y muchas veces arbitrarias. Es una gran lección que debemos tener presente para el futuro.

4. **¿El que se hayan priorizado pacientes sin comorbilidades vulneraría el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación?**

No puedo señalar ello, pero si debo precisar que la pandemia en general hizo extensible la gran cantidad de casos de desigualdad y discriminación, pero en particular acentuó la desigualdad existente en nuestros países, quienes mayor efecto negativo tuvieron fueron las personas de menores ingresos, las personas con mayores afectaciones, con comorbilidades y las personas que dependen fundamentalmente de los servicios públicos de salud, cuyas deficiencias, sin duda, se proyectaron en la nación en un mayor índice de enfermedad y también un mayor índice de letalidad en determinados sectores de la población.

Evidentemente, quedó clara la condición de desigualdad social en estos países. Otro aspecto fue las limitaciones que se tuvieron en materias de ingreso, acceso de información y participación por carencias, entre otras cosas, de instrumentos de colectividad electrónica. De esta manera, la desigualdad fue un factor importante en esta pandemia y nos debe llamar la atención para tomar medidas correctivas en el futuro.

Anexo 10: Entrevista a Humberto Nogueira Alcalá

Realizada el 24 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

1. **¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

La Convención Americana sobre Derechos Humanos es la única convención en materia de derechos humanos que tiene en su texto la perspectiva de la reparación integral.

Ahora, respecto a la reparación integral, obviamente, hay cosas que no se pueden reparar. Por ejemplo, si han ejecutado a una persona, en definitiva, eso no tiene reparación alguna, pero sí se puede reparar a la familia. Ello a través de indemnizaciones, apoyos psicológicos, médicos, al mismo tiempo apoyos educacionales, etc. Y también memorándums de recuerdo se puede realizar la reparación que tenga el nivel más alto posible y, por lo tanto, es el sistema, es la reparación que tiene el más alto nivel de desarrollo.



1. **¿La Carta Democrática Interamericana podría constituir una herramienta para abordar la exigibilidad política de los derechos humanos?**

Yo creo que la Carta Democrática cumple más bien un rol político en nuestro continente para afirmar los principios básicos del sistema democrático, pero en materia de derechos, yo creo que es la Corte Interamericana que puede brindar el mejor servicio de exigibilidad.

Ahora, el tema de la exigibilidad política de los derechos humanos, yo creo que en el fondo ello requiere de dos “patas”. Una es la voluntad del Estado y sus órganos para realmente no solo respetar, sino también promover, garantizar los derechos humanos. Por otra parte, cuando fallan las instituciones nacionales, ahí está el amparo interamericano que comienza en la Comisión Interamericana y a veces los problemas se pueden solucionar ahí por un acuerdo amistoso entre los afectados y la Comisión. De no ser así, cabe el recurso jurisdiccional de la Corte Interamericana, cuyas sentencias tienen carácter vinculantes y obligatorias.

2. **¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?**

En el fondo, efectivamente, hubo medidas regresivas en determinados derechos, producto de la situación de salud que afectaba a los países. Yo diría que hubo países que lo hicieron mejor y que no lo hicieron tan bien en lo que se refiere, fundamentalmente, a la protección antiviral en lo referente a las atenciones de salud.

3. **¿El que se hayan priorizado pacientes sin comorbilidades vulneraría el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación?**

Depende de las preexistencias que tengan las personas, porque pueden que no hayan tenido COVID, pero que estaban con cáncer o con otras enfermedades, que al mismo tiempo también están en peligro las vidas de ellas. Muchos también murieron por favorecer a personas que estaban con COVID frente a gente que tenían enfermedades terminales.

Anexo 11: Entrevista a Eliana Roca Serrano

Realizada el 23 de setiembre de 2020 durante el XV Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional del 22 al 24 de setiembre en la ciudad de Arequipa, Perú.

1. **¿La obligación de reparación es efectivamente integral? Pues según se observa ella también implica el restablecimiento. En ese sentido, existen derechos que una vez vulnerados no pueden volver al estado anterior.**

Indudablemente, hay derechos que no pueden volver a su estado anterior, pero existe una reparación integral que abarca una reparación económica, una indemnización, una reparación simbólica. Por ejemplo, en el caso Algodonero o en el caso de las mujeres por feminicidio. En este último, primero, se debe visibilizar el tema de feminicidio, en segundo lugar, la reparación simbólica, el debido proceso y también el deber que tienen los Estados de juzgar con la debida diligencia en todos los casos.

Ya con esa reparación integral, aunque ya no se puede volver al estatus quo en que han sido asesinadas, pero con la reparación de indemnización, investigación y prevención, me parece que es importante; y se logra, con lo menos, la sanción correspondiente, porque no se pueda volver al estado anterior.

Existe una reparación simbólica, hay una obligación de investigar y sancionar con la debida diligencia, con dichas reparaciones integrales se logra, cuando menos, que ante la vulneración al derecho; en materia de reparaciones integrales se avance sustancialmente.

2. **¿Cree que las políticas públicas que se implementaron a razón de la pandemia y que en este momento no se encuentran vigentes constituyen una medida regresiva y por tanto se vulneraría el principio de progresividad?**

Al respecto de las políticas públicas que se implementaron en la pandemia, lo primero que se debe señalar es que Bolivia y en América Latina no estaban preparados para la pandemia porque no tenían la capacidad como definición de política pública ni como los medios, los recursos humanos, físicos, económicos para enfrentar la pandemia, e indudablemente, la manera que el Estado enfrentó y gestionó la pandemia no fue la más adecuada, y podría decirse que lo que se denota es la poca implementación efectiva del derecho a la salud que está garantizado en las constituciones, pero como política pública el nivel es muy precario y ahí se ve que el lema de la progresividad de los derechos humanos no tiene cumplimiento, ósea tenemos la misma Convención en su artículo 26 habla de la progresividad de los derechos humanos, tenemos sentencias muy válidas como Poblete Vilches sobre la progresividad y el cumplimiento del derecho a la salud, pero en la realidad de la pandemia se pudo ver que esto queda en letra muerta. Algunas políticas que se implementaron en la pandemia fueron acertadas y otras fueron violatorias a la progresividad.

3. **¿El que se hayan priorizado pacientes sin comorbilidades vulneraría el derecho a la igualdad y el principio de no discriminación?**

No sería tan tajante, indudablemente que inclusive en la vacunación y en la atención se daba preferencia a las personas que tenían una enfermedad, pero yo no lo veo como si se hubiera vulnerado la igualdad porque ellos tenían una protección especial por ser una persona que tenía una enfermedad de base como



diabetes o hipertensión. En la primera fase se pensaba que eran las personas más sujetas a la posible muerte. Entonces, pienso que no se vulneró en sí el principio de igualdad porque se le dio una protección preferencial o reforzada debido a su cuestión de salud.

4. ¿Qué hubiese pasado que para la atención a UCI se hubiese priorizado a una persona que no tuviese ninguna enfermedad, ya sea diabetes o hipertensión?

Me parece que, en ese sentido, al ser una enfermedad tan desconocida hubo personas que no tenían enfermedades base, pero también fallecieron por el desconocimiento de la enfermedad y su tratamiento. Entonces, tampoco ahí hubo una vulneración.

Tal vez los médicos hicieron la evaluación adecuada y si se necesitaba una UCI, ello sería un escenario desconocido para mí.

No obstante, sí hubo un trato discriminatorio y preferencial, ello amerita una responsabilidad ulterior porque si hay un mal uso por parte de los Estados. Ello solo si hubo un mal uso de la atención de estas personas que no tenían enfermedades base, aclarando que también personas que no tuvieron ninguna enfermedad base fallecieron, es decir gente sana.

**Anexo 12: Lista de documentos emitidos por la
Representación Permanente del Perú ante la Organización de
los Estados Americanos para informar sobre los Estados de
Emergencia Nacionales**

N°	Documento	Fecha	Decreto Supremo	Temporalidad	Inicio	Fin
1	Nota N° 7-5-M/045	30/03/2020	044-2020-PCM	15 DC	16/03/2020	30/03/2020
			051-2020-PCM	13 DC	31/03/2020	12/04/2020
2	Nota N° 7-5-M/047	27/04/2020	064-2020-PCM	14 DC	13/04/2020	26/04/2020
			075-2020-PCM	14 DC	27/04/2020	10/05/2020
3	Nota N° 7-5-M/049	6/05/2020	075-2020-PCM	14 DC	27/04/2020	10/05/2020
4	Nota N° 7-5-M/054	8/06/2020	094-2020-PCM	37 DC	25/05/2020	30/06/2020
5	Nota N° 7-5-M/063	10/07/2020	116-2020-PCM	31 DC	1/07/2020	31/07/2020
6	Nota N° 7-5-M/075	17/08/2020	135-2020-PCM	31 DC	1/08/2020	31/08/2020
7	Nota N° 7-5-M/087	2/09/2020	146-2020-PCM	30 DC	1/09/2020	30/09/2020

8	Nota N° 7-5-M/129	3/11/2020	174-2020-PCM	30 DC	1/11/2020	30/11/2020
9	Nota N° 7-5-M/147	4/12/2020	184-2020-PCM	31 DC	1/12/2020	31/12/2020
10	Nota N° 7-5-M/016	29/01/2021	008-2021-PCM	28 DC	1/02/2021	28/02/2021
11	Nota N° 7-5-M/064	11/05/2021	076-2021-PCM	31 DC	1/05/2021	31/05/2021
12	Nota N° 7-5-M/073	4/06/2021	105-2021-PCM	30 DC	1/06/2021	30/06/2021
13	Nota N° 7-5-M/088	2/07/2021	123-2021-PCM	31 DC	1/07/2021	31/07/2021
14	Nota N° 7-5-M/105	4/08/2021	131-2021-PCM	31 DC	1/08/2021	31/08/2021
15	Nota N° 7-5-M/123	30/08/2021	149-2021-PCM	30 DC	1/09/2021	30/09/2021
16	Nota N° 7-5-M/149	12/10/2021	152-2021-PCM	31 DC	1/10/2021	31/10/2021
17	Nota N° 7-5-M/181-2	19/11/2021	167-2021-PCM	30 DC	1/11/2021	30/11/2021
18	Nota N° 7-5-M/194	6/12/2021	174-2021-PCM	31 DC	1/12/2021	31/12/2021
19	Nota N° 7-5-M/003	5/01/2022	186-2021-PCM	31 DC	1/01/2022	31/01/2022

20	Nata N° 7-5-M/067	31/03/2022	030-2022-PCM	30 DC	1/04/2022	30/04/2022
21	Nata N° 7-5-M/073	4/04/2022	016-2022-PCM	32 DC	1/03/2022	1/04/2022
22	Nota N° 7-5-M/097	5/05/2022	041-2022-PCM	31 DC	1/05/2022	31/05/2022
23	Nota N° 7-5-M/119	2/06/2022	058-2022-PCM	30 DC	1/06/2022	30/06/2022
24	Nota N° 7-5-M/136	6/07/2022	076-2022-PCM	31 DC	1/07/2022	31/07/2022
25	Nota N° 7-5-M/157	3/08/2022	092-2022-PCM	28 DC	1/08/2022	28/08/2022
26	Nota N° 7-5-M/177	6/09/2022	108-2022-PCM	33 DC	29/08/2022	30/09/2022

Nota: Información extraída del Archivo de Suspensión de garantías de la OEA (https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_suspencion_garantias.asp); asimismo "DC" significa días calendarios

El derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos y su incidencia en el Perú durante la pandemia del COVID-19

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

15%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	perso.unifr.ch Fuente de Internet	2%
2	www.corteidh.or.cr Fuente de Internet	2%
3	qdoc.tips Fuente de Internet	2%
4	archivos.juridicas.unam.mx Fuente de Internet	1%
5	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Tecnológica del Perú Trabajo del estudiante	1%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%

8	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	1 %
9	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 34 (2018)", Brill, 2019 Publicación	1 %
10	www.kas.de Fuente de Internet	1 %
11	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 32 (2016)", Brill, 2018 Publicación	1 %
12	eprints.ucm.es Fuente de Internet	1 %
13	www.urjc.es Fuente de Internet	<1 %
14	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 31 (2015)", Brill, 2017 Publicación	<1 %
15	"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 36 (2020) (VOLUME III)", Brill, 2022 Publicación	<1 %

16	repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080 Fuente de Internet	<1 %
17	idoc.pub Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to Universidad Rafael Landívar Trabajo del estudiante	<1 %
19	documentop.com Fuente de Internet	<1 %
20	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
21	www.acienpol.org.ve Fuente de Internet	<1 %
22	ministeriopublico.gob.pa Fuente de Internet	<1 %
23	Submitted to Universidad Santiago de Cali Trabajo del estudiante	<1 %
24	María de Guadalupe Salmorán Villar, Pedro Salazar Ugarte, Magdalena Cervantes Alcayde, María Elisa Franco Martín del Campo et al. "Estado de derecho", Universidad Nacional Autónoma de México, 2023 Publicación	<1 %
25	José de Jesús Orozco Henríquez, José Ramón Narro Robles, Joaquín Rodrigo Narro Lobo, Jesús Peña Palacios et al. "Derechos	<1 %

humanos", Universidad Nacional Autonoma de Mexico, 2023

Publicación

26

Submitted to Universidad Catolica de Santo Domingo

Trabajo del estudiante

<1 %

27

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 26 (2010)", Brill, 2014

Publicación

<1 %

28

www.procuraduria-admon.gob.pa

Fuente de Internet

<1 %

29

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 36 (2020) (VOLUME II)", Brill, 2022

Publicación

<1 %

30

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 25 (2009)", Brill, 2013

Publicación

<1 %

31

HIDROSUELOS S.A.S., SUCURSAL DEL PERU. "Instrumento de Gestión Ambiental Complementario al SEIA, del Proyecto Recuperación de Áreas Degradadas por Residuos Sólidos en el Sector Rosa Roja, Distrito de Pariñas, Provincia de Talara,

<1 %

Departamento de Piura-IGA0020976", R.S. N°
001-2022-SGAS-GSP-MPT, 2022

Publicación

32

Submitted to Universidad Autónoma de
Nuevo León

Trabajo del estudiante

<1 %

33

"Inter-American Yearbook on Human Rights /
Anuario Interamericano de Derechos
Humanos, Volume 36 (2020) (VOLUME I)", Brill,
2022

Publicación

<1 %

34

Eduardo Ferrer Mac-Gregor. "La justiciabilidad
de los derechos económicos, sociales,
culturales y ambientales en el Sistema
Interamericano de Derechos Humanos.
Colección Estándares del Sistema
Interamericano de Derechos Humanos:
miradas complementarias desde la academia,
núm. 5", Universidad Nacional Autónoma de
Mexico, 2017

Publicación

<1 %

35

Submitted to Universidad de Guadalajara

Trabajo del estudiante

<1 %

36

UMBRELLA ECOCONSULTING S.A.C..
"Actualización del Plan de Manejo Ambiental
del PAMA de la Planta Agroindustrial y Áreas
Agrícolas-IGA0020935", R.D. N° 00490-2022-
PRODUCE/DGAAMI, 2022

<1 %

37

FC INGENIERIA Y SERVICIOS AMBIENTALES SOCIEDAD ANONIMA CERRADA. "PAP de Estructuras del PAMA para Actividades Relacionadas con Transmisión y Distribución de Energía Eléctrica Desarrolladas en las Provincias de Chincha, Pisco, Ica, Palpa y Nazca en el Departamento de Ica: L.T. Palpa, L.T. Pueblo Nuevo, L.T. El Carmen y L.T. El Pedregal-IGA0017730", R.D. N° 0044-2022-MINEM/DGAAE , 2022

<1 %

Publicación

38

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 33 (2017)", Brill, 2018

<1 %

Publicación

39

Bryan Valcarcel, Jose L. Avilez, J. Smith Torres-Roman, Julio A. Poterico, Janina Bazalar-Palacios, Carlo La Vecchia. "The effect of early-stage public health policies on the transmission of COVID-19 in South American countries", Cold Spring Harbor Laboratory, 2020

<1 %

Publicación

40

Submitted to Universidad de Nebrija

Trabajo del estudiante

<1 %

41

SUCAPUCA SANTOS ESTHER ANA. "Plan de Recuperación del Área Degradada por

<1 %

Residuos Sólidos del Botadero
Viscachapampa, Distrito San Pedro de Pillao,
Provincia Daniel Alcides Carrión,
Departamento de Pasco-IGA0013744", R.G.M.
N° 326-2020-GM-MPSAC-YHCA, 2021

Publicación

42

Submitted to UNIV DE LAS AMERICAS

Trabajo del estudiante

<1 %

43

WALSH PERU S.A. INGENIEROS Y CIENTIFICOS
CONSULTORES. "Actualización de los
Instrumentos de Gestión Ambiental DIA del
Proyecto Conversión a Gas Natural de la
Planta Westinghouse en la Central Térmica
Santa Rosa y EIA del Proyecto Ampliación de
la Central Térmica Santa Rosa del Proyecto
Central Térmica Santa Rosa-IGA0019995", R.D.
N° 00095-2021-SENCE-PE/DEAR, 2022

Publicación

44

Monica M. Diaz, Diego M. Cabrera, Marcela
Gil-Zacarías, Valeria Ramírez et al. "Knowledge
and Impact of COVID-19 on Middle-Aged and
Older People living with HIV in Lima, Peru",
Cold Spring Harbor Laboratory, 2021

Publicación

45

"Reconocimiento del Ius Cogens internacional
en el ordenamiento jurídico chileno.",
Pontificia Universidad Católica de Chile, 2013

Publicación

<1 %

46	Edwin Badillo-Rivera, Anthony Fow-Esteves, Fernando Alata-López, Paul Virú-Vásquez, Martha Medina-Acuña. "Environmental and social analysis as risk factors for the spread of the novel coronavirus (SARS-CoV-2) using remote sensing, GIS and analytical hierarchy process (AHP): Case of Peru", Cold Spring Harbor Laboratory, 2020 Publicación	<1 %
47	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
48	Submitted to Universidad Militar Nueva Granada Trabajo del estudiante	<1 %
49	Anuario Mexicano de Derecho Internacional. "Revista completa", Anuario Mexicano de Derecho Internacional, 2021 Publicación	<1 %
50	"Estudio del bienestar laboral en una clínica privada de la zona oriente de Santiago", Pontificia Universidad Católica de Chile, 2022 Publicación	<1 %
51	Submitted to Universidad Femenina del Sagrado Corazón Trabajo del estudiante	<1 %
52	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1 %

53

Marcela Gutiérrez Miranda. "Los espacios verdes como determinantes de la salud en la población del Corredor Biológico Interurbano María Aguilar, Gran Área Metropolitana de Costa Rica", Universitat Politecnica de Valencia, 2021

Publicación

<1 %

54

SALLQA PACHA PERU S.A.C.. "DIA del Proyecto Planta de Valorización de Residuos Sólidos de Aparatos Eléctricos y Electrónicos (RAEE)-IGA0015933", R.D. N° 00054-2021-SENACE-PE/DEIN, 2022

Publicación

<1 %

55

www.refworld.org.es

Fuente de Internet

<1 %

56

Viviana Palacio Revello. "Amnesties in transitions from armed conflict to negotiated peace: the State obligation to investigate, prosecute and punish serious human rights violations before the Inter-American Court of Human Rights", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2017

Publicación

<1 %

57

Submitted to Universidad Sergio Arboleda

Trabajo del estudiante

<1 %

58

AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE
SOCIEDAD ANONIMA CERRADA - AMBIDES
S.A.C.. "EIA-SD del Proyecto Infraestructura de
Disposición Final de Residuos Sólidos No
Municipales Peligrosos y No Peligrosos -
Relleno de Seguridad La Joya-IGA0017851",
R.D. N° 00037-2022-SENACE-PE/DEIN, 2022

Publicación

<1 %

59

Eduardo Ferrer Mac-Gregor. "Las obligaciones
generales de la Convención Americana sobre
Derechos Humanos (deber de respeto,
garantía y adecuación de derecho interno).
Colección Estándares del Sistema
Interamericano de Derechos Humanos:
miradas complementarias desde la academia,
núm. 7", Universidad Nacional Autónoma de
Mexico, 2017

Publicación

<1 %

60

KLOHN CRIPPEN BERGER S.A.. "MEIA del
Proyecto Minero Antamina por Incremento de
Reservas y Optimización del Plan de Minado.-
IGA0013037", R.D. N° 054-2011-MEM-AAM ,
2021

Publicación

<1 %

61

Submitted to Universidad Externado de
Colombia

Trabajo del estudiante

<1 %

62

Flávia Thedim Costa Bueno. "Saúde global e integração regional: a resposta sul-americana à emergência da síndrome congênita do vírus Zika", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2020

Publicación

<1 %

63

Maria Emiliana Carvalho Herrmann. "A Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos das Pessoas Idosas e sua importância para o Direito brasileiro", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2020

Publicación

<1 %

64

Ferreirós Marcos, Carlos Eloy. NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD: CASOS PRÁCTICOS PARA FISCALES DE PROTECCIÓN DE MENORES

Publicación

<1 %

65

Francisco Javier Méndez Landa. "Cuerpo y violencia y en México (1988-2018). Un estudio sobre la permeabilidad de la violencia en las artes contemporáneas mexicanas y sus repercusiones en el entendimiento del cuerpo", Universitat Politecnica de Valencia, 2021

Publicación

<1 %

66

Joel Figueroa-Quiñones, Miguel Ipanaqué-Zapata, Daniel Machay-Pak, Juan Rodríguez-Ruiz. "Quality of life and depressive symptoms among Peruvian university students during the COVID-19 pandemic", Cold Spring Harbor Laboratory, 2020

Publicación

<1 %

67

Jorge Humberto Rojas, Marlio Paredes, Malay Banerjee, Olcay Akman, Anuj Mubayi. "Mathematical Modeling & the Transmission Dynamics of SARS-CoV-2 in Cali, Colombia: ", Cold Spring Harbor Laboratory, 2020

Publicación

<1 %

68

AMET CONSULTORIA AMBIENTAL Y PESQUERA S.A.C.. "EIA-SD Colectivo para el Desarrollo de la Acuicultura de la Mediana y Gran Empresa Mediante el Cultivo del Recurso Hidrobiológico Concha de Abanico en el Sistema de Cultivo de Fondo, en la Zona de Producción Constante, en la Bahía de Sechura, Distrito y Provincia de Sechura, Piura-IGA0020814", R.D. N° 00092-2022-PRODUCE/DGAAMPA, 2022

Publicación

<1 %

69

CESEL S A. "Primera MEIA de la Unidad Minera Casapalca-IGA0000614", R.D. N° 188 -2019-SENACE-PE/DEAR, 2020

Publicación

<1 %

70

LexisNexis

Publicación

<1 %

71

Submitted to UACM: Universidad Autonoma de la Ciudad de Mexico

Trabajo del estudiante

<1 %

72

ERM PERU S.A.. "EIA-SD del Sistema de Línea de Conducción Cashiriari 2- Planta de Gas Malvinas, Lote 88-IGA0000292", R.D. N° 935-2007-MEM/AAE, 2021

Publicación

<1 %

73

Magdalia Maribel Hermoza Vinueza. "Interculturalidad y desarrollo local en los gobiernos autónomos descentralizados de OTavalo y Cotacachi de la provincia de Imbabura, Ecuador", Universitat Politecnica de Valencia, 2022

Publicación

<1 %

74

Petersen, Zilah Maria Callado Fadul and Rocha, Maria Elizabeth Guimarães Teixeira. "Coletânea de estudos jurídicos", Superior Tribunal Militar, 2009.

Publicación

<1 %

75

Raquel da Cruz Lima. "A Convenção Americana sobre Direitos Humanos como um projeto das Américas: a história local de uma demanda universal", Universidade de Sao

<1 %

76

Vinicius José Poli. "Das razões unilaterais à razão transversal e além: sobre a complementação do transconstitucionalismo por um critério de decisão para a proteção dos direitos fundamentais nos sistemas de justiça constitucional brasileiro e convencional interamericano", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2017

Publicación

<1 %

77

www.diarioconstitucional.cl

Fuente de Internet

<1 %

78

ECO-MAPPING SOCIEDAD ANONIMA CERRADA. "Actualización de la DIA del Proyecto Almacén, Distribución y Ensacado de Cemento en Sacos, Bolsones y Granel-IGA0006687", R.D. N° 359-2019-PRODUCE/DVMYPE-I/DGAAMI, 2020

Publicación

<1 %

79

J & E CONSULTORES GENERALES S.R.L.. "EIA-SD del Proyecto Instalación de la Línea de Transmisión en 60 kV Pongo de Caynarachi - Yurimaguas y Subestaciones-IGA0002612", R.D. N° 196-2017-MEM/DGAAE, 2020

Publicación

<1 %

Maíra da Silva Fedatto. "Conflict of interests or transparency at the World Health Organization? An analysis of the Framework of Engagement with non-State actors and the Member States\' positions during the negotiations process (2012-2016)", Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA), 2020

Publicación

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado