

Vindicación del derecho a la salud en el marco de las obligaciones internacionales progresivas bajo la mirada del Tribunal Constitucional peruano

Vindication of the right to health in the framework of progressive international obligations under the perspective of the Peruvian Constitutional Court

DOI: <https://doi.org/10.18566/rfdcp.v54n141.a6>

Devora Franco García 

Universidad Católica San Pablo, Maestra en Derecho Constitucional, Arequipa, Perú.

Correo electrónico: dfranco@ucsp.edu.pe

Claudia Tejada Pacheco 

Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

Correo electrónico: claudia.tejada.pacheco@ucsp.edu.pe

Paola Ortiz Rado 

Universidad Católica San Pablo, Arequipa, Perú.

Correo electrónico: paola.ortiz@ucsp.edu.pe

Cómo citar este artículo:

Franco García, D., Tejada Pacheco, C. y Ortiz Rado, P. (2024). Vindicación del derecho a la salud en el marco de las obligaciones internacionales progresivas bajo la mirada del Tribunal Constitucional peruano. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 54(141), 1-23.

Recibido: 23 de agosto de 2023

Aprobado: 16 de febrero de 2024

Resumen

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos se han gestado diversas obligaciones internacionales que los Estados deben cumplir para asegurar los niveles mínimos de protección del derecho a la salud. Si bien estos deberes –de carácter general y específico– han sido desarrollados a lo largo de la jurisprudencia emitida por la Corte Interamericana de Derecho Humanos, el problema radica no solo en la dificultad de identificar las obligaciones específicas que emanan del mandato de progresividad en materia de salud, sino también en vigilar su cumplimiento, el cual no se agota con el compromiso contenido en el Protocolo de San Salvador de presentar informes periódicos sobre las medidas progresivas adoptadas a nivel interno. Por ello, es que el presente artículo, a partir de una metodología analítica-jurisprudencial, pretende escudriñar las obligaciones que se derivan de la cláusula de progresividad: asegurar el acceso a sistemas de salud y garantizar que los servicios de salud sean suministrados según los principios de disponibilidad, accesibilidad y calidad. Asimismo, y en vista a que el cumplimiento de estos deberes exige una intervención activa por parte del Estado –cuya realización depende en gran medida del diseño y ejecución de políticas gubernamentales–, también resulta fundamental analizar desde la óptica del Tribunal Constitucional peruano los alcances de la potestad de control y evaluación de las políticas gubernamentales en aplicación del test deferente, en virtud del cual la justicia constitucional se encuentra facultada a ordenar la elaboración o reevaluación de políticas públicas o, incluso, declarar un estado de cosas inconstitucional.

Palabras clave

Derecho a la salud, Deber de progresividad, Accesibilidad, Disponibilidad, Calidad, Políticas públicas, Justicia constitucional, Test deferente.

Abstract

The Inter-American Human Rights System has developed several international obligations that States must comply with in order to ensure minimum levels of protection of the right to health. Although these duties –of a general and specific nature– have been developed throughout the case law issued by the Inter-American Court of Human Rights, the problem resides not only in the difficulty of identifying the specific obligations that emanate from the mandate of progressiveness in health matters, but also in monitoring their compliance, which is not satisfied with the commitment contained in the Protocol of San Salvador to submit periodic reports regarding the progressive measures adopted at a national level. It is for this reason that this paper, based on an analytical-jurisprudential methodology, attempts to scrutinize the obligations derived from the progressivity clause: to ensure access to health systems and to guarantee that health services are provided according to the principles of availability, accessibility and quality. In addition, and in consideration of the fact that the

fulfillment of these obligations requires an active intervention on the part of the State – whose realization depends largely on the design and execution of government policies–, it is also essential to analyze from the perspective of the Peruvian Constitutional Court the scope of the power of control and evaluation of government policies in application of the “deferent test”, by virtue of which the constitutional justice is competent to order the elaboration or reevaluation of public policies or even to declare a state of unconstitutionality.

Keywords

Right to health, Duty of progressivity, Accessibility, Availability, Quality, Public Policies, Constitutional justice.

Introducción

La realización del derecho humano a la salud, así como la de otros derechos de carácter social, exige una intervención activa del Estado, que se ha de llevar a cabo de acuerdo con la cláusula de progresividad, teniendo en consideración los recursos disponibles con los que cuenta cada país, sin que ello implique una postergación de sus obligaciones de forma incierta.

A tenor del deber de progresividad, este artículo tiene por objeto identificar las obligaciones paulatinas que los Estados deben asumir para garantizar, al menos, los niveles mínimos exigidos por los estándares interamericanos en lo que respecta al derecho a la salud, junto con señalar algunos criterios que permitan determinar el cumplimiento de este deber. Asimismo, desde la perspectiva del Supremo Intérprete Constitucional peruano, se pretende determinar los alcances de la intervención de la justicia en el ámbito constitucional respecto al cumplimiento de estos deberes por medio del control y evaluación de las políticas gubernamentales mediante la aplicación del test deferente.

A tal efecto, mediante una metodología analítica-jurisprudencial, en la primera parte abordaremos los alcances generales y exigencias concretas del mandato de progresividad en el ámbito de la salud que han sido establecidos en el seno del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH). Luego, identificaremos los instrumentos con los que cuenta el SIDH para determinar el cumplimiento de este deber; asimismo, y ante la indeterminación de la realización del mandato de progresividad, estableceremos algunos criterios

que permitan verificar su observancia, como lo son: el presupuesto asignado al sector salud, la cobertura en salud de la población y la cantidad de personal médico por habitantes. Finalmente, desde la óptica del Tribunal Constitucional peruano (TC), brindaremos algunos alcances sobre la forma en la que puede participar la justicia constitucional sobre el control de las políticas públicas progresivas de salud.

Estado social y deber de progresividad

En la actualidad, el Estado Social protagoniza un rol esencial en el ámbito social, responsabilizándose de asegurar un mínimo de bienestar material y de optimizar las condiciones de vida de la colectividad a través de la asimilación de niveles de vida más elevados. En este contexto, los derechos sociales han tomado preponderancia, abandonando la concepción de simples reclamaciones para pasar a ser reconocidos como verdaderas exigencias a favor del perfeccionamiento humano que reclama todo derecho fundamental.

Ciertamente, los derechos sociales son concebidos como exigencias de los individuos frente al Estado, que se traducen en actuaciones del aparato estatal en forma de bienes y servicios (Carbonell y Mac-Gregor, 2014), razón por la que, en general, configuran prestaciones exigibles al Estado. Siendo así, resulta decisivo que la satisfacción de estos derechos evoque una intervención activa –de acuerdo con la situación económica del Estado– hacia una diversidad de formas que, de manera progresiva, propugnen mejores condiciones que garanticen un nivel de vida digno (Franco, 2020). Más, si bien es cierto que la satisfacción de la mayoría de los derechos sociales reclama un alto costo –razón por la cual estarían subordinados a un “condicionante económico” (Abramovich y Courtis, 2014)–, no es menos cierto que la escasez de recursos económicos no configura un fundamento válido para que el Estado pueda excusar el incumplimiento indefinido de sus obligaciones (Morales, 2015).

Estos derechos han sido recogidos en diferentes instrumentos del SIDH, como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador).

Con anterioridad al año 2017, fecha en la que se emitió la sentencia del caso Lagos del Campo vs. Perú, los derechos sociales eran analizados a la luz de los derechos civiles y políticos; así pues, se consideraba que no era

viabile su análisis de forma independiente pues ello suponía que los Estados deberían asumir nuevas obligaciones no reguladas por la CADH; y que la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) creara un nuevo catálogo de derechos, lo cual excedería a su competencia (Corte IDH, caso Lagos del Campo vs. Perú, 2017). No obstante, a partir de la referida sentencia, la Corte IDH abrió paso a la justiciabilidad directa de los derechos sociales por medio del artículo 26 de la CADH.¹

Es a partir de la hermenéutica del artículo 26 de la CADH que en la literatura de las decisiones judiciales de la Corte IDH se han desarrollado las obligaciones específicas de adoptar medidas inmediatas, así como de implementar medidas progresivas para asegurar la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC).

Respecto a la obligación de adoptar medidas inmediatas, el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de los DESC) ha afirmado que los Estados deben acoger acciones apropiadas y concretas, incluyendo disposiciones de índole legal y recursos de carácter judicial que garanticen el goce de al menos los niveles esenciales de cada uno de los DESC (Observación General N.º 3, 1990); y que se realicen sin que medie discriminación alguna –diferencias arbitrarias basadas en criterios prohibidos–, de modo que las personas tengan igualdad de oportunidades para percibir el más elevado nivel de salud que el Estado pueda ofrecer (Observación General N.º 14, 2000).

Por su parte, la cláusula de progresividad “de avanzar lo más expedita y eficazmente posible” entraña el deber de los Estados de mejorar la efectividad de los DESC (Comité de los DESC, Observación General N.º 3, 1990), lo cual se traduce en que los esfuerzos desplegados deban realizarse de forma permanente, con la mayor celeridad y eficacia posible para lograr un avance en las condiciones de existencia (Carbonell et al., 2014). Bajo este tenor,

1 Asimismo, en el caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, la Corte IDH, en orden al artículo 29 de la CADH y a los métodos de interpretación de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados, reafirmó su competencia sobre los DESC atendiendo a: i) interpretación literal: desprendió el deber de lograr la eficacia de los derechos *explícitos e implícitos que se desprenden* de la Carta de la OEA; ii) interpretación sistemática: resaltó que la interpretación de un tratado involucra los instrumentos formalmente relacionados y el sistema dentro del cual se inscribe, en tal sentido, el que un Estado adopte tratados en materias específicas y defina en ellos la competencia de la Corte IDH, no implica una limitación a la competencia bajo el amparo de la CADH; iii) interpretación teleológica: apunta a que el objeto de la CADH es la protección de los derechos, y que el principio pro persona, impide interpretaciones que limiten el ejercicio de los derechos reconocidos; iv) métodos complementarios de interpretación: la Corte IDH indicó que al considerarse la interpretación, es decir, los trabajos preparatorios del tratado, se tuvo en consideración que el debate en los trabajos preparatorios involucró los DESC.

la Corte IDH ha expresado que la efectividad plena de estas exigencias no puede obtenerse en un reducido estadio de tiempo, por lo que, al analizarse las políticas gubernamentales, deberá existir un margen de flexibilidad que considere las dificultades que cada país enfrenta (caso Acevedo Buendía y otros vs. Perú, 2009). No obstante, este precepto de ningún modo puede ser interpretado de forma tal que faculte o justifique la inacción estatal o un aplazamiento indefinido (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018).

Incluso, los Principios de Limburgo, concernientes a la aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, predicán que este deber de progresividad reclama que los Estados empleen eficazmente sus recursos disponibles (2000), al punto de que toda implementación progresiva puede ser sometida a rendición de cuentas (Corte IDH, caso Acevedo Buendía y otros vs. Perú, 2009), siendo imprescindible que los Estados dispongan de la información estadística actual y detallada para evaluar y fiscalizar las políticas adoptadas.

Obligaciones internacionales progresivas en materia de salud

Obligaciones generales y específicas que emanan del derecho a la salud

La salud constituye un derecho humano imprescindible que permite el óptimo disfrute de los demás derechos (Observación General N.º 14, 2000), el cual no solo comprende una condición completa de bienestar físico, mental y social, sino también la carencia de enfermedades o afecciones (Corte IDH, caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018), cobrando crucial importancia el deber estatal de instaurar las medidas necesarias a través de políticas gubernamentales en el ámbito de la salud, así como instrumentos jurídicos que posibiliten el goce del más alto estatus de salud posible.

Desde luego, el contenido de este derecho es significativamente extenso, por ello, atendiendo a los deberes generales de los Estados, el Comité de los DESC ha considerado que su eficaz cumplimiento supone: i) la abstención de ejecutar actos o injerencias arbitrarias que vulneren o amenacen el derecho a la salud –obligación de respeto–; ii) la adopción de acciones que impidan que terceros

puedan interferir negativamente en el ejercicio de este derecho, debiendo supervisar que las prestaciones de salud sean óptimas en términos de calidad –obligación de protección–; y iii) el establecimiento de medidas legislativas, administrativas, judiciales, así como la asignación del presupuesto suficiente para asegurar la infraestructura y la dotación de los servicios públicos que sean necesarios –obligación de cumplimiento– (Observación General N.º 14, 2000; Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004).

No obstante, a pesar de la trascendencia del derecho a la salud al interior del SIDH, no siempre ha sido justiciable como un derecho autónomo –esto responde a que el artículo 26 de la CADH no precisa de modo taxativo una lista de los DESC protegidos, sino que remite a la Carta de la OEA–; por ello, es que en una primigenia etapa de justiciabilidad indirecta, la Corte IDH se ha pronunciado en torno a las exigencias que se derivan del derecho a la salud en conexión con los derechos a la vida digna e integridad personal, considerando como vulneraciones: la existencia de condiciones de vida deplorables (caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay, 2005), la falta de disponibilidad de servicios médicos y de un marco normativo de los servicios de salud (caso Vera Vera y otra vs. Ecuador, 2011; caso Furlán y Familiares vs. Argentina, 2012), la imposibilidad de acceder oportuna y adecuadamente a la asistencia médica (caso Suárez Peralta vs. Ecuador, 2013), así como la ausencia de fiscalización a entidades que brindan el servicio de salud (caso Ximenes Lopes vs. Brasil, 2006; caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador, 2015).

No fue hasta el caso Lagos del Campo vs. Perú (2017) que este Alto Tribunal Interamericano abrió paso a la justicia directa de los DESC, considerando, en el 2018, el derecho a la salud como un derecho justiciable de carácter autónomo (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile).

A lo largo de este camino jurisprudencial, y sin el ánimo de profundizar sobre este aspecto, la Corte IDH ha establecido un conjunto de obligaciones específicas que deben cumplir los Estados:

1. Asegurar la accesibilidad a los servicios esenciales de salud bajo una atención médica eficaz y de calidad, debiendo impulsar el desarrollo y mejoramiento de las condiciones de salud, poniendo especial énfasis en los grupos vulnerables y marginados (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018; caso Vera Rojas y otros vs. Chile, 2021; caso Manuela y otros vs. El Salvador, 2021).

2. Disponer de un sistema urgente de atención médica, que comprenda medidas de prevención y tratamiento para las enfermedades, asegurando un seguimiento médico adecuado y el acceso a los medicamentos prescritos (caso Cuscul Pivaral y otros vs. Chile; caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, 2021).
3. Regular e inspeccionar que la prestación de servicios médicos brindada por entidades públicas o privadas se rija bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, garantizando un trato igualitario (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018; caso Vera Rojas vs. Chile, 2021).
4. Establecer condiciones de igualdad real a través de acciones positivas respecto a los grupos que son más propensos a ser discriminados; así como adoptar acciones concretas a favor de aquellas personas que se sitúan en una posición vulnerable: personas con discapacidad (caso Furlán y Familiares vs. Argentina, 2012; Vera Rojas y otros vs. Chile, 2021), adultos mayores (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018), personas con VIH (caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, 2018), personas en situación de pobreza (caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador, 2021).
5. Obtener la autorización previa, libre e informada del paciente sobre cualquier procedimiento al que vaya a ser sometido (caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2021; caso Brítez Arce y otros vs. Argentina, 2022).

Cabe destacar que, si bien los Estados deben adoptar políticas adecuadas junto a planes de acción concretos para el cumplimiento de estas obligaciones específicas, estos no son los únicos deberes en materia de salud.

El mandato de progresividad en la cobertura y prestación de servicios de salud

Si bien el contenido del derecho a la salud se ha ido extendiendo y, junto a ello, ha ido perfilando los deberes estatales, conviene precisar que este artículo no pretende desarrollar cada una de las obligaciones anteriormente descritas, sino escudriñar sobre aquellas que inciden de forma directa en el mandato de progresividad:

1. Asegurar el acceso a los sistemas de salud; y 2. garantizar que los servicios de salud sean suministrados bajo el riguroso cumplimiento de los principios de: i) disponibilidad, que impone el deber de poseer con una cantidad adecuada de establecimientos, bienes, servicios, y programas integrales de salud; ii) accesibilidad, que exige ejecutar acciones para suprimir las barreras que

impidan el empleo de los servicios de salud, debiendo encontrarse dentro de una distancia geográfica razonable para la población, brindarse sin mediar ningún tipo de discriminación, ser asequibles económicamente bajo el principio de equidad; y iii) calidad, que demanda que la infraestructura y prestaciones de salud sean apropiados, debiendo contar con personal médico especializado, equipos y medicamentos científicamente aprobados (caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala, 2018; caso Poblete Vilches y otros vs. Chile, 2018).

Así, en materia de progresividad, ha quedado sentado que los Estados deben efectuar todas las actuaciones indispensables para que la población pueda acceder y beneficiarse de prestaciones de salud en condiciones de equidad, calidad, oportunidad y protección financiera; debiéndose procurar el incremento de la cobertura de los sistemas sanitarios, de forma tal que se cumpla con el mandamiento de progresividad y con la proscripción de regresividad (TC, STC 01146-2021-AA/TC).

Al interior del SIDH, el Protocolo de San Salvador ha consagrado como un medio de protección de estos derechos la responsabilidad de los Estados Parte de emitir informes periódicos –cada tres años– sobre las medidas progresivas que han acogido para la plena protección de los DESC.

“El Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador” (GTPSS) es el organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos responsable de la evaluación del informe, que incluye las políticas de gobierno, estrategias, planes de acción adoptadas por la administración pública con el propósito de optimizar la situación de los derechos sociales. La valoración que realiza este organismo se enfoca únicamente en la información proporcionada por los Estados, y con base en ello, emite un examen del informe en el que resalta los principales progresos o situaciones preocupantes en la implementación de los DESC que dan lugar únicamente a observaciones, recomendaciones y conclusiones sobre progresos o retrocesos en el cumplimiento del Protocolo de San Salvador, ello en razón a que este organismo no tiene la facultad de declarar responsabilidad de los Estados ante la inobservancia de sus obligaciones progresivas en materia de salud, ni potestad sancionadora cuando no se remite la información requerida. Por ejemplo, el GTPSS (2021) aseveró que no era posible evaluar la progresividad de las acciones adoptadas por el gobierno peruano para la satisfacción del derecho a la salud, pues si bien se podía apreciar una evolución incremental, el hecho de que no se haya presentado la información actualizada,

de acuerdo con los estándares solicitados, no hacía posible valorar el esfuerzo del aparato estatal.

Asimismo, a partir del reconocimiento de que “la progresividad no puede evaluarse exclusivamente en términos de asignaciones de recursos y menos aún sólo en términos presupuestales [...] dado que se requiere de la ejecución de acciones claras encaminadas a mejorar el nivel de vida de las personas” (GTPSS, 2021), este organismo ha establecido ciertos indicadores de progreso para poder medir los avances de los derechos previstos en el Protocolo de San Salvador, que más allá de valorar las acciones progresivas, su designio es que se configuren en instrumentos que puedan utilizar los Estados para elaborar y evaluar de forma continua las estrategias y políticas adoptadas.

De igual modo, para facilitar la evaluación de las acciones adoptadas por los países, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha identificado tres indicadores orientados a evaluar, monitorear el debido respeto y la efectividad de los DESC (2008): i) los estructurales, que buscan identificar las normas internas y tratados internacionales aprobados, estrategias y las políticas orientadas a implementar derechos del Protocolo de San Salvador; ii) los de proceso, que miden el alcance, la cobertura y el contenido de las estrategias y acciones adoptadas al logro de la efectividad de los DESC –suelen expresarse en cifras o porcentajes–; y iii) los de resultado, que analizan el repercusión de las estrategias, programas y acciones realizadas por los Estados.

En materia de salud, el GTPSS (2015) –siguiendo la metodología de los indicadores señalados– ha establecido 24 indicadores estructurales, 36 indicadores de progreso y 25 indicadores de resultado, agrupados en las categorías conceptuales de: i) recepción del derecho: referida a la forma en que las obligaciones internacionales se han incorporado en las normas internas y en las políticas públicas; ii) compromiso financiero y presupuestal: comprende los recursos económicos designados y las decisiones en materia presupuestal para la implementación de políticas gubernamentales; iii) capacidad estatal: involucra la calidad, magnitud de estructura institucional y el sistema jurídico que permiten poner en marcha las acciones para el goce del derecho; iv) igualdad y no discriminación: incluye las estrategias para que el derecho sea ejercido en condiciones de igualdad; v) acceso a la justicia: abarca la existencia, acceso y eficacia de los recursos judiciales para tutelar el derecho; y vi) acceso a la información y participación: implica el análisis de las condiciones básicas y las políticas implementadas para que las personas accedan a información adecuada sobre los alcances del derecho.

Partiendo de la premisa de que los Estados Parte del Protocolo de San Salvador se han comprometido a observar los niveles esenciales del derecho a la salud y a mejorar progresivamente la accesibilidad, disponibilidad y calidad de las prestaciones de salud, resulta significativo que el informe que presenten los Estados responda a los indicadores establecidos por el GTPSS, cuyo propósito es trazar un camino para poder diagnosticar la situación del derecho, formular planes de acción, así como valorar las acciones y avances en salvaguarda del derecho a la salud.

Admitiendo la importancia de las actuaciones progresivas que los gobiernos deben adoptar, y ante el hecho de que un Estado no brinde la información de acuerdo con los indicadores establecidos o incluso no la presente, esto no significa que el Estado no pueda tener algún tipo de responsabilidad ante la inobservancia de sus obligaciones progresivas.

Si bien el examen que realiza el GTPSS de dicho informe puede dar algunas luces sobre el avance de la satisfacción del derecho, no es determinante, ya que este se realiza únicamente en función de la información presentada por el Estado. Por ello, resulta útil identificar algunos indicadores determinantes en la evaluación de la cláusula de progresividad para la satisfacción de al menos los niveles mínimos exigidos del derecho a la salud.

Porcentaje del gasto público social destinado a salud

El presupuesto asignado al sector salud parte del compromiso financiero y presupuestal asumido por cada Estado, con el cual se pretende canalizar y destinar los recursos económicos para la implementación y realización de las políticas estatales establecidas a fin de tutelar el derecho a la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) han destacado la necesidad de que los gobiernos establezcan estrategias y planes de acción dirigidos a fortalecer sus sistemas de atención médica con el objetivo de asegurar una cobertura universal y mejorar los servicios de salud. En tal sentido, señalaron que los Estados deben destinar por lo menos un gasto público del 6 % de su producto bruto interno (PBI), el cual debe ser visto como una inversión social prioritaria a favor del bienestar de la población y el progreso económico del país (2014).

Este indicador presupone un avance progresivo que, concatenado a políticas públicas y a planes técnicos, respondan a la realidad y necesidades

de cada país, y no a acciones de carácter inmediato adoptadas a causa de situaciones excepcionales urgentes, como, por ejemplo, lo fue la pandemia causada por el COVID-19, en la que, incluso, la CIDH (2020), en la resolución N.º 4/2020, invocó a los Estados a aumentar en forma sustantiva su presupuesto público para atender los programas sociales designados a brindar asistencia médica a las personas que padecen de COVID-19 y asegurar la vida y la salud de los habitantes.

De acuerdo con la información ofrecida por la OMS y la OPS, la mayoría de las naciones de América Latina y el Caribe invierten por debajo del mínimo establecido del 6 % de su PIB en el sector salud (2018), esto a pesar del incremento que han realizado a causa de la pandemia, el cual, como ya se ha afirmado, no responde a medidas progresivas que se derivan de la ejecución de una política estatal, sino a una emergencia sanitaria coyuntural.

Ciertamente, el porcentaje del PBI designado al sector salud no es determinante para concluir si un Estado ha cumplido con su deber de progresividad. Es por ello, que importa valorar otros indicadores que permitan evaluar si las acciones adoptadas por los gobiernos, destinadas a garantizar la efectividad del derecho a la salud, se sujetan a los elementos de accesibilidad, disponibilidad y calidad.

Cobertura en salud de la población

El acceso universal y la cobertura universal a la salud se encuentran ligados al incremento progresivo del gasto público, el cual parte del compromiso asumido por los Estados en el Plan Estratégico de la OPS 2014-2019 y en el Plan Estratégico de la OPS 2020-2025, que involucra el planeamiento y ejecución de políticas y planes de acción con una orientación multisectorial que permitan, principalmente, la atención primaria de salud.

Así, mediante la Resolución CD53.R14 (OMS y OPS, 2014) se aprobó la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud”, en la que se estableció la obligación de los Estados miembros de la OMS de fijar metas y objetivos nacionales, así como definir planes concretos hacia el avance progresivo en la accesibilidad y la cobertura universal de los servicios sanitarios.

Dicha cobertura no se puede enmarcar únicamente en el acceso a prestaciones de salud, sin considerar otros aspectos medulares como:

i) la calidad de los servicios otorgados –prevención de enfermedades, tratamientos, medicamentos, rehabilitación, tecnologías sanitarias, junto con las medidas para abordar los determinantes de la salud– sin ninguna clase de discriminación (OPS y OMS, 2017); y ii) las políticas estatales adoptadas para el aseguramiento de la protección financiera de forma progresiva en la salud (OPS y OMS, 2020).

Sobre el particular, la OMS y la OPS (2014) han identificado la segmentación –ocasionada por los diferentes regímenes de financiamiento y de afiliación– y la fragmentación de los sistemas de salud como una preocupación que deben atender los Estados, sin que ello reste importancia a la falta del establecimiento de prioridades y objetivos, así como a la ausencia de información comparable y a la reglamentación endeble.

Sin perder de vista que en el elemento de accesibilidad subyace en el deber del Estado de garantizar una cobertura universal de la salud (Villarreal, 2019), el Comité de los DESC ha indicado que el gasto por los servicios de salud debe ser accesible económicamente, en especial, a los sectores más vulnerables (Observación General N.º 14, 2000), de modo tal que las normas internas y políticas promuevan la equidad en el acceso a la atención de salud (OPS, 2014). Adicionalmente, este Comité ha destacado la obligación de los Estados de disponer de sistemas sanitarios que permitan a toda la población –incluso a aquellos que no realicen una contribución por la prestación recibida– acceder a una cobertura gratuita (Observación General N.º 19, 2008).

La OPS (2022) ha indicado que la cobertura de los servicios de salud en los países de América Latina ha presentado una mejora en los veinte años precedentes a la pandemia del COVID-19, aumentando de 65 %, en el 2000, a 77 % para el año 2019 –obviamente después de la pandemia este escenario ha cambiado–. No obstante, lo cierto es que si los Estados hubieran adoptado medidas progresivas orientadas a mejorar el aseguramiento universal de salud hasta el máximo de sus recursos económicos, se hubiera podido menguar significativamente los altos niveles de mortalidad ocasionados por la pandemia. Por ejemplo, en el Estado peruano, el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica (2021) determinó que la mayor tasa de mortalidad se produjo en personas que no contaban con un seguro, indicando con esto que la población contagiada con COVID-19 que tenía algún tipo de seguro de salud solo tuvo un índice de mortalidad del 2,8 %; mientras que en la población no asegurada dicha cifra ascendía al 28 %.

No obstante, como ya se ha indicado, el cumplimiento de este deber no solo comprende el acceso a un sistema de salud, sino que abarca, principalmente, la calidad en los servicios otorgados.

Cantidad de personal médico por habitantes

Para que un Estado pueda asegurar la accesibilidad y la calidad en los servicios de atención para la salud necesita preocuparse por optimizar la capacidad del personal de salud (OMS y OPS, CD53.R14, 2014), con el objetivo de contribuir al logro de la cobertura sanitaria universal (Asamblea Mundial de la Salud, 2016).

Acogiendo esta imperiosa necesidad, la *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030* (OPS et al., 2017) ha incorporado, como parte de sus objetivos, el “fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos para la salud con competencias que apoyen el abordaje integral de la salud”, en la misma línea el *Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023: Informe de Progreso* (OMS y OPS, 2021) destacó como una necesidad el planeamiento e implementación de políticas públicas de recursos humanos para la salud destinadas al desarrollo profesional institucionalizado.

La OPS y OMS (2017) han aseverado que, para poder brindar los servicios mínimos esenciales de salud –es decir, la cobertura–, es preciso que los Estados cuenten con al menos 25 médicos por cada 10.000 habitantes, esto con miras a que se alcance la meta global de 44,5 médicos para el 2030 (OMS y OPS, 2021).

Evidentemente, esta exigencia progresiva no puede reducirse únicamente a términos de cantidad, sin considerar el elemento de calidad en el servicio, que reclama que los Estados cuenten con personal médico debidamente capacitado y especializado (Corte IDH, caso Hernández vs. Argentina, 2019; Comité de los DESC, Observación General N.º 14, 2000), siendo fundamental para tal efecto la articulación de acciones y esfuerzos entre los sectores de salud y educación (OMS et al., 2021) y que, además, involucre procesos de acreditación para adecuar los programas de formación a las necesidades de la salud (OPS, 2011).

En tal sentido, no pueden hallarse fuera de las políticas públicas del sector salud los planes de acción dirigidos a la formación de especialistas y la

financiación de las residencias médicas que, en gran parte de América Latina, se encuentran financiadas por los Estados, siendo Argentina, Brasil, Cuba y México los países que representan el 83 % del total de plazas ofertadas para todas las especialidades de esta región (OPS, 2011).

Importa destacar que los elementos de accesibilidad y de disponibilidad del servicio de salud, no solo pueden circunscribirse a la afiliación a algún seguro de salud, sino que, además, entrañan un balance entre oferta y demanda, es decir, deben atender a la brecha que puede existir entre médicos especialistas y la demanda de la población, puesto que si la cantidad de personal es limitada y no logra satisfacer los requerimientos de la colectividad, no puede garantizarse un servicio de salud adecuado.

La resolución a esta problemática no solo depende del presupuesto conferido para el programa de residentado médico. Según el modo de ver de la OPS (2011), los Estados deben disponer de una base de datos que comprenda información actualizada para ajustar las políticas y planes de acción, para poder atender a la cantidad y priorizar las especialidades médicas que necesita cada país, garantizando una distribución apropiada de los puestos de residencia médica, así como la revisión de los programas de educación para los profesionales en el sector salud, sin que ello implique dejar de lado la responsabilidad de que la infraestructura y equipamiento de los hospitales sea idónea para que los futuros especialistas tengan una formación adecuada.

Como podemos observar, el aseguramiento de los niveles mínimos para la protección del derecho a la salud no solo involucra la elaboración de políticas estatales que, a partir de un diagnóstico previo, respondan a prioridades y objetivos estratégicos, sino, además, de un sistema de monitoreo y de evaluación que posibilite la medición de los efectos de las medidas adoptadas progresivamente, así como el logro de las metas trazadas.

Entre acciones y responsabilidades bajo la dinámica del Tribunal Constitucional peruano

Conviene recordar que el Comité de los DESC ha sostenido que los Estados tienen el deber de “asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos” (Observación General N.º 3, 1990); para lo cual, es necesario que: i) se creen condiciones que permitan a todas las personas

acceder a los servicios de salubridad (Protocolo de San Salvador, 1988); ii) se disponga de un adecuada cifra de instalaciones, bienes y servicios de salud con una distribución equitativa; y iii) se asegure el acceso sin ninguna discriminación a las prestaciones de salud (Observación General N.º 14, 2000).

Si bien el aseguramiento de estas condiciones requiere del establecimiento de políticas públicas adecuadas que contemplen la cláusula de progresividad, es imprescindible un real compromiso del Estado que comprenda al principio de prioridad del gasto público social. De esa manera, las políticas de gobierno se fundan como herramientas de gestión a manos de la administración pública para la concreción de los derechos fundamentales (Ku, 2021), cuya elaboración, definición y ejecución se encuentran a cargo del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo, sobre quienes recaen las obligaciones objetivas concretas y quienes cumplen un rol fundamental, pues se constituyen en el eje central de la acción-conducción y en buena cuenta, hacen posible la satisfacción de los elementos de accesibilidad, disponibilidad y calidad en el aseguramiento y servicios de salud, por ello “[...] no debe considerarse como un gasto sino como una inversión social” (TC, STC 2945-2003-AA/TC).

Lo cierto es que la dinámica de las políticas gubernamentales no excluye la participación de la justicia constitucional, en tanto los jueces pueden supervisar el cumplimiento del mandato de progresividad de las políticas públicas.

[...] verificando la existencia de planes concretos, debidamente estructurados [...]; controlando la realización de acciones concretas [...]; evaluando que dichos planes hayan sido diseñados respetando un enfoque de derechos fundamentales, esto es, que tomen en cuenta los niveles de protección mínimo de los derechos [...]; examinando la inclusión de indicadores de evaluación [...]. (STC 0033-2010-PI/TC)

Ciertamente, la participación de la justicia constitucional sobre el control de las políticas estatales es una tendencia creciente, cuyo designio no es la de suplir al legislador u órgano ejecutivo, sino el de evaluar la legitimidad de las políticas públicas y corregir las deficiencias que pudieran incidir negativamente en el disfrute de un derecho fundamental a través del test de constitucionalidad de las políticas públicas, también llamado test deferente (TC, STC 03228-2012-PA/TC; STC 02566-2014-PA/TC). En tal sentido, a modo de ver del TC, los jueces, sin arrogarse la potestad del diseño o desarrollo de las políticas de gobierno, podrían pronunciarse sobre:

1. *Déficit de existencia*: en caso de que se haya constatado la ausencia de políticas capaces de afrontar los problemas relativos a la salud, o que impidan el cumplimiento de los estándares mínimos para su satisfacción. Por ejemplo, en la Sentencia 2002-2006-PC/TC (2006), el TC, al verificar la ausencia de una política pública de salud a favor de la comunidad en La Oroya contaminada con sustancia de plomo en la sangre, ordenó al Ministerio de Salud que implementara un sistema de emergencia acompañado de una serie de acciones encaminadas a salvaguardar la salubridad de la población dañada.
2. *Déficit de consideración suficiente*: se produce cuando se ha corroborado que las políticas estatales han desatendido el contenido esencial del derecho a la salud o los elementos de accesibilidad, disponibilidad y calidad en la formulación o implementación de las políticas estatales. Así, el TC indicó que la política de salud contra el SIDA no solo puede incluir que madres infectadas en estado de gestación y niños que hayan nacido de madres infectadas reciban un tratamiento gratuito antiviral, pues si bien la gratuidad es progresiva para el tratamiento antirretroviral del VIH, ello no puede justificar una inacción prolongada del Estado que desatienda a las personas que se encuentren en estado de vulnerabilidad o pobreza extrema (STC 2945-2003-AA/TC, 2004).
3. *Déficit de respeto suficiente*: se origina cuando una política pública trasgrede el contenido esencial del derecho a la salud, pudiendo presentarse los supuestos de déficit de violación manifiesta, siempre que se hayan adoptado políticas gubernamentales opuestas a los estándares de respeto y protección de la salud; déficit de razonabilidad, si es que las políticas públicas establecidas son manifiestamente inconducentes al fin propuesto; déficit de protección deficiente, que se ocasiona si las políticas adoptadas resultan insuficientes para el cumplimiento de objetivos prioritarios del derecho a la salud.
En la Sentencia 0033-2010-PI/TC (2012), el TC examinó la política de salud de aseguramiento universal y, al verificar que el tratamiento de las enfermedades que constituían un costo elevado no estaban coberturadas para los asegurados de los regímenes subsidiado y semicontributivo, ordenó que fueran cubiertas a través del Fondo Intangible Solidario de Salud, disponiendo la elaboración de un plan de contingencia gradual para coberturar estas enfermedades a los asegurados independientes de EsSalud cuando superara el límite máximo establecido en el Plan de Aseguramiento en Salud.
5. *Déficit de confrontación de los problemas*: si es que se ha omitido afrontar ciertos aspectos que impidan ejecutar de forma efectiva la

política establecida de modo que terminan produciendo consecuencias negativas en el derecho a la salud, a causa de no contar con los datos estadísticos necesarios, o de la ausencia de mecanismos de vigilancia o de rendición de cuentas sobre las políticas implementadas, o la falta de indicadores objetivos que permitan valorar el impacto de la política.

En la Sentencia 02566-2014-PA/TC, el TC dispuso al órgano competente supervisar todas las prestaciones de salud que brinda EsSalud, con la finalidad de eliminar los impedimentos y barreras burocráticas que imposibilitaban la atención médica.

6. *Déficit de ejecución*: esto ocurriría si a pesar de que existiera una política pública, el Estado incumpla con su realización, poniendo en riesgo la salud de la población. En esta situación, si la inobservancia responde a la falta de presupuesto, podría solicitar al órgano competente que asegure los recursos económicos necesarios que permitan su realización, o de ser el caso, ordenar a las autoridades encargadas que den cumplimiento a sus deberes de llevar a cabo los planes de acción trazados.

A modo ilustrativo, en el Pronunciamiento STC 2945-2003-AA/TC (2004), el TC le indicó al Estado, respecto a su política de salud concerniente al SIDA, que debía utilizar el máximo de sus provisiones; así exhortó a los poderes públicos a cumplir en considerar al Plan de Lucha contra el SIDA como una inversión de carácter prioritario en el presupuesto público.

En consecuencia, cuando un caso concreto sea sometido a la jurisdicción constitucional, los jueces, además de cesar la vulneración del derecho y, de ser el caso, restablecer la situación al estadio anterior de la violación, tienen la potestad de controlar las políticas públicas involucradas. A tal efecto, para controlar la obligación de progresividad podrá evaluar el contenido de las políticas así como vigilar su realización, y ante la identificación de alguno de los déficits indicados podría declarar un estado de cosas inconstitucional, y ordenar al órgano competente la elaboración o reevaluación de políticas públicas o planes de acción concretos con metas claras dentro de un plazo razonable para atender los niveles mínimos –que exige el SIDH– de aseguramiento del derecho a la salud tanto en la cobertura, como en la calidad en los servicios de salud.

Conclusiones

1. La salud constituye un derecho humano cuyo contenido ha ido ensanchando las obligaciones y responsabilidades de los Estados. A lo largo de la jurisprudencia emitida por la Corte IDH, se ha establecido una serie de

- obligaciones concretas enmarcadas dentro de las obligaciones generales de respeto, protección y cumplimiento que los Estados deben atender para el aseguramiento del derecho a la salud, y cuyo incumplimiento puede ocasionar la responsabilidad internacional de los Estados.
2. Sin perjuicio de estas obligaciones, a nivel del SIDH también se han impuesto los deberes específicos de adoptar medidas inmediatas para, por lo menos, asegurar los niveles esenciales de protección del derecho a la salud, y de implementar medidas progresivas destinadas a asegurar permanentemente que todas las personas tengan acceso a los sistemas de salud y que las prestaciones sean proporcionadas bajo las directrices de disponibilidad, accesibilidad y calidad.
 3. El deber de progresividad implica la realización de esfuerzos bajo una dinámica de permanencia y gradualidad, cuyo oriente está marcado en función de objetivos y prioridades estratégicos determinados por los Estados, a través de políticas públicas y planes de acción que, bajo la consideración del gasto público como una inversión social, apuntan a mejorar el nivel de vida de los individuos y la efectividad de los DESC. Es por ello, que la adopción de medidas extraordinarias de carácter inmediato que puedan adoptar los Estados, a causa de situaciones de emergencia, si bien pueden impactar de manera positiva el derecho a la salud en favor de la población, no pueden ser insertadas en la cláusula de progresividad, al no ser producto de acciones graduales y sostenidas por parte del Estado.
 4. El Protocolo San Salvador ha establecido, como un mecanismo de control sobre la progresividad de los DESC, la responsabilidad de los Estados Parte de emitir informes periódicos en relación a las medidas progresivas adoptadas que comprenden el planeamiento, ejecución e impacto de las políticas públicas y estrategias, los cuales son valorados por el GTPSS en un informe que comprende observaciones, recomendaciones y conclusiones sobre las acciones que se han de adoptar para elaborar y evaluar continuamente las políticas públicas, a fin a asegurar el cumplimiento de los DESC.
 5. En el caso que al GTPSS no le sea posible evaluar la progresividad de las medidas adoptadas por los Estados por no haberse remitido la información requerida –de acuerdo a los indicadores establecidos– o por no haberse entregado, no significa que no existan otros indicadores que permitan evaluar el cumplimiento del deber de progresividad como el porcentaje del PBI asignado al sector salud, la cobertura de salud de la población y la cantidad de personal médico por habitantes.
 6. Las políticas públicas configuran instrumentos de gestión de la administración pública que permiten la concreción y disfrute de los derechos fundamentales, cuyo diseño y ejecución se encuentran a cargo

- del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo. Sin embargo, ello no es óbice para que la justicia constitucional pueda controlar y evaluar las políticas gubernamentales a través del test deferente, sin que ello signifique arrogarse la potestad de diseñar su contenido.
7. La potestad de control de la constitucionalidad de las políticas públicas faculta a la judicatura constitucional la capacidad de evaluar el contenido de las políticas gubernamentales y supervisar la dinámica de progresividad y de realización. En caso de detectar alguna falencia, insuficiencia u obstrucción que imposibilite o desatienda la observancia de los estándares mínimos de protección de aseguramiento del derecho a la salud, tiene la potestad de declarar un estado de cosas inconstitucional; y ordenar a los órganos competentes, dentro de un plazo razonable, el diseño, revisión de las metas o prioridades estratégicas y la ejecución de las políticas públicas sometidas a evaluación para atender los niveles mínimos requeridos por el SIDH de aseguramiento del derecho a la salud, tanto en términos de cobertura como en la calidad de los servicios prestados.

Referencias

- Abramovich, V. y Courtis, C. (2014). *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Editorial Trotta.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2004). *Los derechos económicos, sociales y culturales. Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos*. Repositorio de las Naciones Unidas.
- Asamblea Mundial de la Salud (2016). Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, WHA69.19.
- Carbonell, M. & Ferrer Mac-Gregor, E. (2014). *Los derechos sociales y su justiciabilidad directa*. Editorial Flores.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008). *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*. Repositorio de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2020). *Resolución 4/2020. Derechos Humanos de las personas con COVID-19*. Repositorio de la Organización de los Estados Americanos.
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990). Observación General N.º 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (párrafo 1 del artículo 2 del Pacto).
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Principios de Limburgo Relativos a la aplicación del Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y

- culturales, Directrices de Maastricht sobre las violaciones de los derechos económicos sociales y culturales.
- Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2008). Observación General N.º 19: El derecho a la seguridad social (artículo 9).
- Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (2021). *Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 del Perú*. Repositorio del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (17 de junio de 2005). Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (04 de julio de 2006). Caso Ximenes Lopes vs. Brasil.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (01 de julio de 2009). Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (19 de mayo de 2011). Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (31 de agosto de 2012). Caso Furlán y Familiares vs. Argentina.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (21 de mayo de 2013). Caso Suárez Peralta vs. Ecuador.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (01 de septiembre de 2015). Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (31 de agosto de 2017). Caso Lagos del Campo vs. Perú.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (31 de agosto de 2017). Caso Lagos del Campo vs. Perú. Voto parcialmente disidente del juez Humberto Antonio Sierra Porto.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (08 de marzo de 2018). Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (23 de agosto de 2018). Caso Cuscul Pivaral y otros vs. Guatemala.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (22 de noviembre de 2019). Hernández vs. Argentina.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (26 de marzo de 2021). Caso Guachalá Chimbo y otros vs. Ecuador.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (01 de octubre de 2021). Caso Vera Rojas y otros vs. Chile.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2 de noviembre de 2021). Caso Manuela y otros vs. El Salvador.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (16 de noviembre de 2022). Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina.
- Franco, D. (2020). Los derechos sociales en tiempos de pandemia y post pandemia a propósito del derecho al trabajo. En E. Velandía (Coord.), *Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales en la Pandemia y Pospandemia* (pp. 263-297). Asociación Colombiana de Derecho Procesal Constitucional.
- Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (2015). *Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*. Repositorio de la Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/en/sedi/pub/indicadores_progreso.pdf

- Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador (2021). *Examen de los informes presentados por los Estados Parte al Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" (ARTS. 9, 10 y 13). Observaciones y Recomendaciones Finales al Estado del Perú*. Repositorio de la Organización de los Estados Americanos. http://www.oas.org/es/sadve/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/Observaciones_Recomendaciones_GTPSS_peru.pdf
- Ku, Y. (2021). El control constitucional de las políticas públicas como correlato de la exigibilidad de los derechos sociales, Derecho PUCP.
- Morales, L. (2015). *Derechos sociales, constitucionales y democracia*. Ediciones Jurídicas y Sociales.
- Organización de los Estados Americanos (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador".
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. Repositorio de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2014). Resolución CD53.R14: Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2018). *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*. Washington: Repositorio de la Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2021). Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023: Informe de progreso, CD59/INF/16.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad*. Repositorio de la Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2017). Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región, CSP29/6.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2020). *Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud*. Repositorio de la Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Residencias médicas en América Latina*. Biblioteca Sede OPS. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/HRS-SerieAPSN05-Residencias.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *La pandemia de Covid-19 ofrece lecciones para avanzar hacia la salud universal en América Latina y el Caribe*. Portal Institucional de la Organización Panamericana de la Salud.
- Tribunal Constitucional del Perú (01 de julio de 2021). STC 01146-2021-AA/TC.
- Tribunal Constitucional del Perú (04 de octubre de 2018). STC 02566-2014-PA/TC.
- Tribunal Constitucional del Perú (10 de abril de 2012). STC 0033-2010-PI/TC.
- Tribunal Constitucional del Perú (10 de mayo de 2016). STC 03228-2012-PA/TC.

Tribunal Constitucional del Perú (12 mayo de 2006). STC 2002-2006-PC/TC.

Tribunal Constitucional del Perú (20 de abril de 2004). STC 2945-2003-AA/TC.

Villarreal, P., (2019). El derecho a la salud en lo individual y en lo colectivo: la calidad en los servicios de salud a partir de Poblete Vilches vs. Chile. En M. Morales & L. Clérico, (Coord.), *Interamericanización del Derecho a la Salud. Perspectivas a la luz del caso Poblete de la Corte IDH, t. III., Textos y contextos: el derecho a la salud a propósito de Poblete Vilches* (pp. 279-313). Instituto de Estudios Constitucionales.