

**El acceso a la justicia en Salud.
Un análisis desde los mecanismos de monitoreo del Sistema Interamericano**

Laura Pautassi

Abstract: El artículo analiza, a partir de los informes nacionales presentados al mecanismo de monitoreo del Protocolo Adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) “Protocolo de San Salvador” correspondientes a 7 Estados que han ratificado este instrumento -Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay- el grado de cumplimiento de obligaciones en relación con el derecho a la salud. Debido a que los informes se realizan en base a indicadores de progreso, los que además presentan una categoría transversal en relación con acceso a la justicia, identificando que vinculación realiza cada Estado parte con el diseño de un sistema de salud –o las formas locales que le hayan asignado- y las garantías de justiciabilidad en salud. La fuente de información seleccionada son los propios informes remitidos por el Estado y las observaciones y recomendaciones finales que formulan las expertas y los expertos del Grupo de Trabajo. Las conclusiones se concentran en articular la evidencia empírica presentada por los Estados parte en torno a la protección y satisfacción del derecho a la salud, identificando los avances, cuando existen, o los límites en el cumplimiento de responsabilidades estatales.

1. Introducción

El derecho a la salud goza de un amplio reconocimiento en América Latina, tanto a nivel de su inclusión expresa en las Constituciones Políticas de los Estados como por la ratificación de Pactos y Tratados Internacionales, ya sea el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) como el Protocolo Adicional a la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como Protocolo de San Salvador (PSS).

En el primer caso, el PIDESC (1966), es un instrumento vinculante para 18 Estados parte de América Latina que lo han ratificado, mientras que el segundo, consagrado en 1988 y en vigor desde 1999, cuenta con 16 ratificaciones. En ambos casos, la definición del derecho a la salud es común, considerando que los Estados parte *“reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* y se comprometen a medidas similares, que comprenden desde la reducción de la mortalidad infantil y materna, el medio ambiente de trabajo, la prevención, tratamiento y asistencia médica entre otras acciones y prestaciones que sirvan para garantizar la plena efectividad de este derecho.

Es precisamente en este marco, y gracias a la labor que desarrollaron los órganos de seguimiento de Naciones Unidas, en particular el Comité del PIDESC, sumado a las recomendaciones de organismos especializados, como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) entre otros, que avanzaron sobre nuevos consensos, con el objetivo de incorporar distintas formas de verificación del cumplimiento de obligaciones.

Esta necesidad de incluir evidencia empírica sobre las formas en que se garantizan derechos sociales en general, y a la salud en particular, marcó un momento fundacional a nivel de responsabilidades estatales. Concretamente, el giro se produce ya no sólo con la periodicidad de informes de cumplimiento en la primera etapa, sino con una segunda etapa de incorporación de los contrainformes de la sociedad civil –corrientemente denominados “informes sombra”– y con la tercera, que se concentró en el diseño de indicadores de medición de derechos humanos y su posterior aplicación. Esta última etapa comienza a desarrollarse en simultáneo con el enfoque de derechos humanos, que reconoce que los compromisos jurídicos internacionales constituyen una parte insoslayable de la política pública interna de los países; y cobra impulso tras la Declaración del Milenio del año 2000, los Objetivos del Milenio (ODM), y la actual agenda 2030, con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Metas concretas, objetivos estratégicos y enfoque de derechos en el accionar estatal impulsan un escenario regional, al menos a nivel discursivo, claramente diferente.

En el caso del sistema de protección internacional, y gracias a la labor de relatores especiales, particularmente el ex relator del derecho a la salud, Paul Hunt, quien suscribe fuertemente a la necesidad de desarrollar formas de medición del cumplimiento del derecho a la salud y se expide a favor de los indicadores de progreso,ⁱ a lo cual se le suman posteriores documentos que avalan esta posición,ⁱⁱ consolidando el marco necesario para la incorporación de los indicadores de progreso.

Por su parte, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) marca una diferencia fundamental, al establecer en el año 2005 por Resolución de la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) que el diseño del mecanismo de monitoreo del Protocolo de San Salvador se hará mediante indicadores de progreso.ⁱⁱⁱ Este hito implicó el punto de partida de un proceso inédito a nivel de diseño, validación e implementación de un mecanismo que combina obligaciones, rendición de cuentas y evidencia empírica para ocho derechos: salud, educación, seguridad social, trabajo, derechos sindicales, alimentación adecuada, medio ambiente y derechos culturales, con las garantías de protección a niños, niñas y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad, enfoque de género y reconocimiento de pueblos indígenas y pertenencia étnica de manera transversal.^{iv}

Es precisamente este proceso el que ocupa la atención del presente artículo en referencia con el derecho a la salud. En primer lugar, describo de manera sintética la definición de indicadores y el mecanismo de monitoreo vigente en el SIDH, seleccionando los 7 países que ya han sido evaluados por el Grupo de Trabajo encargado del monitoreo de los informes nacionales correspondientes al Protocolo de San Salvador (GTPSS) a saber: Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay.^v En cada informe de país, analizo las respuestas estatales a los indicadores solicitados sobre acceso a la justicia, identificando que vinculación realiza cada Estado parte en relación con el diseño de un sistema de salud –o las formas locales que le hayan asignado– y las garantías de justiciabilidad en materia de salud. La fuente de información seleccionada son los propios informes remitidos por el Estado y las observaciones y recomendaciones finales que formulan las expertas y los expertos del Grupo de Trabajo.

Por último, las conclusiones se concentran en articular la evidencia empírica presentada por los Estados parte en torno a la protección y satisfacción del derecho a la salud,

identificando los avances, cuando existen, o los límites en el cumplimiento de responsabilidades estatales. El objetivo final del análisis es dar cuenta de una herramienta poca difundida a nivel regional como son los indicadores de progreso, pero con enormes potencialidades, ya que inician un proceso sistemático y vinculante de monitoreo en base a evidencia empírica que además permite medir la progresividad en el cumplimiento de derechos sociales y potenciar sinergias con la agenda 2030 de desarrollo sostenible.

2. El respaldo en la evidencia: los indicadores de progreso

El Protocolo de San Salvador define el derecho a la salud de manera prácticamente idéntica al PIDESC, por lo cual, los estándares interpretativos y las observaciones generales realizadas por el Comité PIDESC conforman el corpus que se instituye como una de las fuentes utilizadas para la definición de indicadores para el PSS.

Comentado [E1]: JANE quite la definición del ART.10 Y CAMBIE MUY POQUITO LA FRASE

Esta interpretación del alcance, contenido y medidas a adoptar por los Estados que han ratificado el PSS, tanto en la definición estricta contenida en el anterior artículo, como en las demás medidas necesarias para lograr “*el disfrute más alto de bienestar físico, mental y social*” requiere de otros elementos que permitan comprobar la cobertura, la universalidad, integralidad, progresividad y no regresividad, entre otros datos.^{vi} En concordancia, se han definido los indicadores de progreso, que utilizan información característica de los indicadores socioeconómicos, como son estadísticas, datos censales, encuestas, pero su particularidad radica en que el universo de medida es cada derecho económico, social y cultural, que en este caso es el derecho a la salud, tal como fue definido en el PSS.

Comentado [E2]: JANE quite las tablas por tema de espacio:.

Este ejercicio analítico, implica a su vez identificar dimensiones de los distintos derechos humanos que se traducen a su vez en categorías y variables aptas para ser observadas, no sin complejidades, ya que el objetivo del proceso de medición no es sólo cuantificar el alcance de medidas adoptadas o leyes sancionadas, sino precisamente profundizar en calificar la conducta estatal para cumplir con sus obligaciones, particularmente considerando la calidad, cantidad, adecuabilidad, disponibilidad, diversidad y universalidad. En el caso del derecho a la salud, se requiere un número importante de indicadores de progreso que permitan medir la conducta estatal bajo la impronta de la satisfacción plena e interdependiente de derechos. De allí que los indicadores de progreso se dividen en: estructurales, de proceso y de resultados, y en el caso del mecanismo que estamos analizando, avanza en incorporar señales de progreso cualitativas.

Esta metodología de medición permite concentrarse en cada derecho, desagregando en cada uno las obligaciones referidas al respeto, protección y garantía de cada derecho, pero a su vez se requiere incorporar otras categorías, como el diseño institucional adoptado para aplicar la norma, los compromisos financieros y las capacidades estatales, conjuntamente con principios fundamentales de los derechos humanos, tales como la igualdad y no discriminación, participación social y rendición de cuentas, acceso a la información y a la justicia. La matriz se aplica tanto para derechos civiles y políticos (DCP), como para DESC en base a los principios de universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos.

De este modo, las tablas que deben ser completadas por los Estados, a partir del cálculo de indicadores de progreso –los cuales están definidos para cada categoría- y para cada derecho, son las siguientes:

Cobra especial relevancia el hecho que al solicitar el mecanismo que los informes de cumplimiento se realicen de manera obligatoria en base a indicadores^{vii}, se produce un cúmulo de información empírica que anticipa la agenda de ODS y permite capitalizar esfuerzos en dicha dirección. Precizando: el sistema diseñado por el GTPSS solicita 714 indicadores, que en el caso del derecho a la salud representan 85 indicadores y señales de progreso cualitativas.

A priori, el número puede considerarse excesivo, sin embargo, la posibilidad de identificar avances y retrocesos en el campo del cumplimiento de las obligaciones estatales requiere elementos integrales que den cuenta de la complejidad en la garantía de derechos. A su vez, el objetivo de solicitar a los Estados este número de indicadores tiene a su vez un efecto performativo concreto: es indispensable diseñar, implementar y evaluar las políticas públicas en base a información empírica, con lo cual, si el Estado en el momento de reportar al GTPSS no cuenta con dicha información, debe señalar un compromiso de cómo va a diseñar las fuentes de información necesarias para dicho cumplimiento. Pero también debe rendir cuentas de cómo se implementaron dichas políticas y como se resguardó el acceso a la justicia de la población.

En el caso del derecho a la salud, la categoría transversal de acceso a la justicia es la que mayor déficit de información presenta. Así, en algunos de los 7 Estados analizados se han consignado escasos indicadores. Al respecto, es importante dar cuenta de cómo se ha eludido una evaluación sistemática del Poder Judicial a nivel regional. En general, sólo se dispone de fallos y sentencias judiciales informatizadas, al menos en las altas Cortes de Justicia o Tribunales superiores, pero poco se conoce como se han organizado las distintas instancias para recepcionar denuncias por incumplimiento de obligaciones; qué tipo de acciones y recursos de protección y/o instrumentos para reparación del daño se encuentran disponibles; también respecto de los demás actos necesarios de rendición de cuentas, como por ejemplo, la duración del proceso desde que ingresa la demanda hasta que termina y que diferencia existe entre diversos fueros.

Por último, el diseño de este formato de informe por parte del GTPSS coloca un énfasis central en la desagregación de los datos, que incluye sexo, edad, identidad sexual, pertenencia étnica y racial, condición de migración, personas con discapacidad, edad, lugar de residencia, discriminación por género, entre otros datos centrales a la hora de evaluar el impacto del accionar estatal en la región. Si bien se ha avanzado en algunas desagregaciones, como por ejemplo que las rondas censales de 2010 incluyeron pertenencia étnica, sumado a las metas específicas de los ODS, aún es notorio el déficit en éste campo.

Del mismo modo, los indicadores en relación con participación social y comunitaria, resguardo central en el ejercicio de derechos y obligación por parte del Estado de promover un empoderamiento ciudadano, requieren mayores esfuerzos estatales. Al respecto, el GTPSS ha señalado que el uso y difusión de indicadores como mecanismo de exigibilidad de DESC presenta una de las vías fundamentales para lograrlo, en tanto se debe empoderar a la población mediante el acceso y difusión de datos y cumplimiento de metas, los que promuevan una nueva cultura de participación. Al

respecto, el GTPSS insiste en que las organizaciones de la sociedad civil y organismos especializados remitan informes para que aporten elementos de contralor al mecanismo.^{viii}

En lo que sigue y en base a estas premisas, se analizan las respuestas del Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay en base a los informes nacionales presentados al mecanismo de seguimiento del PSS.

3. El acceso a la justicia en salud según el reporte estatal

Una de las particularidades del proceso de monitoreo que se acaba de iniciar, es que se trata de los primeros informes que presentan los Estados en el mecanismo, y constituyen la línea de base para que en los subsiguientes reportes se pueda medir progresividad. Debido a que la periodicidad establecida es cada tres años, a partir de 2019 se contará con un importante caudal de información relevante que permitirá valorar e identificar con mayor detalle la multiplicidad de elementos que configuran el cumplimiento de los DESC. Por otra parte, y tal como el GTPSS señala en sus informes, sólo se ha analizado la información oficial remitida por los Estados parte, ya que aún no se ha considerado la inclusión de informes alternativos de sociedad civil.^{ix} Solo en algunos países donde organizaciones de la sociedad civil de diversa índole remitieron elementos e información al GTPSS, se pudo incorporar al informe otros datos relevantes. A continuación se presenta un análisis de la información consignada por los Estados que han sido evaluados, en torno al acceso a la justicia en salud.

3.1 Estado Plurinacional de Bolivia

Bolivia constituye un caso particular, en tanto su definición de Estado plurinacional e intercultural, a partir de la Constitución Política de 2009, reconoce en el artículo 18 “*I. que todas las personas tienen derecho a la salud, II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno*”. Artículos subsiguientes reconocen que el sistema de salud debe ser universal, gratuito y respetar la cosmovisión y prácticas tradicionales de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos. Entre los artículos 35 a 44 de la Constitución, reconoce expresamente el derecho a la salud y seguridad social, con un amplio alcance. En vinculación con estos preceptos constitucionales, el informe presentado por Bolivia al GTPSS señala que se creó el Viceministerio de Medicina tradicional e Interculturalidad, dependiente de Ministerio de salud, que busca “*diseñar, proponer y desarrollar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria respetando la interculturalidad en las comunidades (...)*”.^x

En 2013 fue promulgada la ley 459, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, que busca promover y fortalecer el ejercicio y la práctica a partir de su incorporación y articulación en el Sistema Nacional de salud y dentro de las prestaciones de salud (Ley 475) sentando las bases para la universalización, aunque no se detalla el grado de cobertura específica alcanzado para las poblaciones originarias y campesinas.

Ahora bien, a nivel de indicadores de acceso a la justicia es notoria la debilidad en la información presentada por el Estado. Así, menciona únicamente que en materia administrativa, las instancias para radicar denuncias son el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo y el Colegio Médico. En la misma dirección, el Estado informa que la vía para efectivizar las denuncias es un formulario que se descarga de la página web del Ministerio de Salud o de manera personalizada. Esta es toda la información que ofrece en materia de acceso a la justicia en salud.

Por su parte, el GTPSS ha señalado al Estado Plurinacional de Bolivia que es fundamental que proporcione información sobre los siguientes aspectos: número de decisiones judiciales que han hecho lugar a garantías en salud en general y en casos específicos (salud sexual y reproductiva, personas con HIV-SIDA; entre otras), número de denuncias relativas al derecho a la salud recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones nacionales de derechos humanos competentes en el país, políticas de capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud, cobertura temática y alcance. Agrega el GTPSS como recomendación final que es importante que el Estado proporcione datos sobre características y cobertura de los medios que difunden información a las personas de sus derechos en relación con la salud y la cobertura de los servicios de traducción de estos programas en lenguas indígenas.

Finalmente, el GTPSS destaca que Bolivia presenta un proyecto vinculado al fortalecimiento del acceso a la justicia y prevención de violencia contra las mujeres en naciones y pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrodescendientes, manifestando los y las expertas del Grupo de Trabajo que el Estado realice una *“pronta y oportuna implementación, en el entendido que representa un primer paso para ampliar las garantías de acceso a la justicia, en este caso de las mujeres víctimas de violencia, pero es la aspiración que se vaya consolidando en los diversos campos de garantías de los derechos económicos, sociales y culturales”*.^{xi}

3.2. Colombia

La República de Colombia reconoce el derecho a la salud a los niños, niñas y adolescentes (NNA) (art. 44 y 50 CP), y la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad (art. 46) garantizando el Estado *“los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”*. En el año 2009 se modificó el art. 49 de la CP que establece que *“la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (...)”*.

A diferencia del caso anterior, Colombia presentó un desarrollo completo de los indicadores de acceso a la justicia. En primer lugar, el Estado señala que la Superintendencia Nacional de salud “Supersalud” recibe peticiones en relación con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), a lo que se agregan otras instancias administrativas para radicar denuncias: Ministerio de Salud y Protección Social, Defensoría del Pueblo, Procuraduría General de la Nación, Personerías Distritales y Municipal de Bogotá, Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales. Agrega el informe que la Defensoría del Pueblo registró solicitudes de asesoría, atención, e intervención por vulneración del derecho a la salud, por la deficiencia en la atención por parte de las autoridades territoriales y empresas prestadoras, agregando que la salud es el reclamo más frecuente que recibe este

organismo. La Superintendencia recibió, según se informa, un total de 239.584 peticiones, quejas, reclamos y solicitudes de información que elevan los usuarios durante 2011.

Respecto de las acciones de conciliación, la Supersalud cuenta con la delegada de la Función Jurisdiccional y de Conciliación, la cual ha venido fortaleciendo la conciliación como un mecanismo alternativo de solución de conflictos entre los actores del servicio de salud y actuando como jueces del mismo. Agrega el informe de Estado que utilizan como estrategia realizar jornadas de conciliación en los diferentes departamentos del país, dando a conocer esta *“herramienta como mecanismo alternativo de conflictos en contraposición de la vía judicial y de manera más expedita permitiendo normalizar el flujo de recursos del SGSSS”*. La información oficial señala que en el año 2010 se suscribieron 1.403 convenios de conciliación por valor de \$ 243.424.182.025,53 Pesos MC.^{xii}

En materia de tutelas judiciales, Colombia manifiesta que la *“acción de tutela ha estado constituyéndose como la mejor alternativa que tienen los colombianos para reclamar sus derechos ante las distintas entidades cuando le han vulnerado algún derecho fundamental”*, agregando que en el año 2011 se registraron 105.947 tutelas en donde se invocó el derecho a la salud. Sin embargo, no complementa con datos posteriores ni con el alcance o grado de resolución de estas acciones.

El indicador solicitado sobre garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de salud, Colombia sobre el sistema de Carrera Judicial vigente que permite el ingreso por méritos para jueces, magistrados del tribunal y empleados de la Rama. En las Altas Cortes los magistrados se eligen por períodos fijos de 8 años y no son reelegibles. Existe un Programa de Formación Especializada en Laboral, en la Escuela Judicial Lara Bonilla, dirigido centralmente a magistrados y jueces laborales sobre normas Internacionales del Trabajo, Práctica Judicial en Seguridad Social en Salud y Práctica Judicial en Pensiones.

Es interesante analizar que es el único Estado de los evaluados que presenta información sobre plazo razonable al señalar que: *“la última medición de tiempos procesales, representativa a nivel nacional se tiene que el tiempo procesal para demandas laborales es de 631 días, para demandas civiles es de 635 días en sistema escrito y 267 en sistema oral, en el contenciosos administrativo 1.143 días, en la especialidad penal es de 757 días en sistema escrito y 203 días en sistema oral”*. Es notoria que en el contencioso administrativo donde se inscriben las causas en salud, duplique el tiempo que en relación con causas de derecho laboral.

Ahora bien, el Estado señala *“que durante el año 2012, en las tutelas que invocaron el derecho a la salud, el 80,27 % de la decisión judicial en primera instancia fue fallado a favor de los tutelantes”*. No se acompaña con mayor información ni con las fuentes consultadas que reflejen el cálculo, ni los motivos por los cuales se otorgó la tutela, pero los mismos van en la dirección de uso excesivo de la tutela.^{xiii}

Hasta allí los datos presentados por el Estado, que en conjunto, el GTPSS ha destacado el alto grado de respuesta a los indicadores solicitados, tanto respecto del Sistema Integral de Información a la Protección Social (SISPRO) que *“pone a disposición del público los resultados alcanzados en términos de estadísticas de salud e indicadores del*

sector”, pero señala la necesidad de realizar mayores esfuerzos para la realización de campañas de prevención en salud. El GTPSS destaca el hecho que se cuente con “instancias que permiten la recepción de quejas y denuncias por incumplimiento al derecho a la salud, así como de oficinas públicas de mediación o conciliación. Asimismo, reconoce que el acceso a la administración de justicia es gratuito y que el Poder Judicial es independiente y autónomo; además de que existen cursos de profundización para magistrados”. Es decir, el GTPSS dedica un reconocimiento específico a la información presentada en materia de acceso a la justicia.

3.3. Ecuador

Ecuador consagra en el artículo 23 de la Constitución (CRE) de 2009 que la *“salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.(...) En artículos siguientes reconoce que las personas adultas mayores, NNA, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y personas con enfermedades de alta complejidad y/o en situación de riesgo, víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (Título III, CN).*

Específicamente informa que en virtud del artículo 191 de CRE, la instancia para radicar las denuncias para garantizar la protección del derecho a la salud, es la Defensoría Pública, como órgano autónomo de la Función Judicial y con un mecanismo de atención gratuita para quienes no puedan contratar los servicios de defensa legal y brinda también patrocinio jurídico gratuito. Asimismo, la obligatoriedad de garantizar el acceso a la justicia, se extiende a la academia y universidades (art. 193, CRE). Sobre esta base, Ecuador informa que dispone de con 775 defensores públicos y cuenta con 10 consultorios jurídicos gratuitos en todo el país^{xiv}. La Defensoría del Pueblo informa que sobre 2079 consultas ingresadas entre 2013 a 2015, de las cuales en su mayoría corresponden a derecho a la salud. Si bien hay una descripción general que se trató de una consulta por “derecho a la salud y al buen vivir” es importante que el Estado realizó el esfuerzo por sexo, nivel educativo, pertenencia étnica, y grado de finalización del trámite. Es interesante constatar que la mayor cantidad son mestizos y en segundo lugar afrodescendientes, lo cual al ser declarativo es posible que muchos de los/as consultantes no declaren su pertenencia indígena.

Complementariamente, el Estado establece que el Consejo de la Judicatura ha registrado 63 centros de mediación a nivel nacional, 14 de ellos son centros públicos y 49 centros privados. Lo interesante, es que en su informe oficial, el Estado informa que *“no se han registrado casos vinculados con el derecho a la salud pero podrían ser atendidos de tratarse de aspectos transigibles”*. Finalmente, en relación con el indicador sobre políticas de capacitación de jueces y abogados en materia de derecho a la salud, el Ecuador señala que el Ministerio de Salud Pública y el Consejo de la Judicatura están trabajando en la elaboración de un acuerdo interinstitucional para brindar capacitación a jueces y abogados en materia del derecho a la salud.

Un aspecto no menor refiere a las respuestas en torno al indicador estructural vinculado a la aplicación de garantías procesales en los procedimientos judiciales en materia de

salud donde el Estado invoca en su informe que la CRE establece a partir del artículo 75 al 82 los derechos de protección, entre los que constan la independencia e imparcialidad del tribunal (Art. 76, numeral 7, literal k); Plazo razonable (Art.75 acceso a justicia expedita, con sujeción a los principios de intermediación y celeridad); Igualdad de armas (Art. 76 numeral 7); Vías recursivas de sentencias en instancias superiores (Art. 76 numeral 7, literal m). Sin embargo, el Ecuador responde que a nivel nacional, hasta abril de 2016, *“no se tiene procesada la información sobre el número de las decisiones judiciales que han dado lugar a garantías en salud”*.

Por su parte, el Ministerio de Salud Pública implementó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que prioriza la atención primaria, prevención y promoción de la salud con participación ciudadana, incluyendo una Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del MSP, la cual forma parte de la Subsecretaría Nacional de Promoción de la Salud y cuyo fin es implementar políticas públicas para la protección del derecho a la salud.

Por último, y vinculado con las señales de progreso cualitativas, que interroga si el Estado ha avanzado en garantizar la participación ciudadana, para el diseño e implementación de políticas de salud, el Ministerio de Salud Pública, informa la existencia de una estrategia de participación ciudadana con 1.871 Comités Ciudadanos Locales de Salud articulados a las Unidades Operativas y el Consejo Ciudadano Sectorial de Salud, instancia nacional que se articula directamente con el Ministerio a nivel central. Por otra parte, en el informe de país se señala que se encuentran en desarrollo los Comités Ciudadanos Distritales de Salud y los Comités Ciudadanos Zonales de Salud, que a su vez, integran a diferentes organizaciones ya existentes materia de salud. Si bien el Estado no detalla el tipo de participación que llevan adelante, informa que *“estas instancias participan activamente en la promoción de la salud a través de los Planes Locales de Salud, articulan a diferentes actividades así como proponen otras iniciativas para fortalecer la promoción de la salud y el derecho a la salud”*.

Por otro lado, proporciona extractos de dos casos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) contra el Estado ecuatoriano que se encuentran en etapa de supervisión de cumplimiento de sentencia y una sentencia de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha, en materia de HIV-SIDA y salud sexual y reproductiva. En el primer caso, se trata del caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador de septiembre 2015^{xv} que se relaciona con la responsabilidad internacional del Estado por la afectación a la vida digna e integridad personal de la víctima consecuencia del contagio con VIH tras una transfusión de sangre que se le realizó, cuando tenía tres años de edad, y las múltiples discriminaciones que sufrió posteriormente. El Estado informa que la ejecución de sentencia ha consistido en garantizar que desde enero de 2014, la niña acceda a los servicios de salud, prestaciones médicas a cargo del Estado, que incluyen tratamiento médico y psicológico, medicamentos y un acto público de reconocimiento de responsabilidad internacional y la concesión de una beca para estudios universitarios y posteriormente un posgrado. Según manifiesta el Ecuador en su informe de cumplimiento del Protocolo de San Salvador, estas *“acciones que se encuentran en proceso de cumplimiento”*.^{xvi}

El siguiente caso que presenta el Estado es de Laura Albán Cornejo, que en 1987 ingresó al Hospital Metropolitano en Quito con un cuadro clínico de meningitis

bacteriana, a lo que debido al fuerte dolor un médico residente le prescribió una inyección de diez miligramos de morfina. A los cinco días de la internación la paciente falleció. En la Sentencia de fondo, reparaciones y costas dictada por la Corte IDH del 22 de noviembre de 2007, se indicó que las autoridades estatales no prestaron las debidas garantías ante la denuncia presentada por los padres de la víctima y no iniciar oportunamente la investigación de su muerte. Asimismo, el propio Estado reconoció que las autoridades no impulsaron de forma diligente y seria una investigación. En el Informe, diez años después de la sentencia, el Estado ecuatoriano señala que *“ha dictado normas y políticas públicas orientadas a prevenir, los hechos suscitados en este caso y garantizar procesos judiciales expeditos y diligentes”*.

Por otra parte, el Estado informa el caso de una sentencia de la Corte Provincial de Justicia de Pichincha (2015), el “caso Dayris” sobre identidad sexual, que sentencia a la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión del Ministerio de Salud debe *“proceder a cambiar los datos de identificación de la legitimada activa, por parte del Registro de masculino a femenino”*. De igual forma como acción afirmativa se dispone que el Estado ecuatoriano a través del servicio público de salud brinde las facilidades necesarias para que la legitimada activa pueda acceder médicamente a las condiciones necesarias para la consolidación de su identidad sexual.

En cuanto al número de denuncias relativas al derecho a la salud, recibidas, investigadas y resueltas por las instituciones competentes en el país, se registran un total de 26 casos.^{xvii} Son receptados por la Dirección Nacional de Derechos Humanos, Género e Inclusión (DNDHGI) del Ministerio de Salud, como conocimiento de presunta vulneración de derechos y se realiza el siguiente proceso de investigación: i) la DNDHGI realiza una investigación documental de primera instancia, seguidamente en coordinación con las instancias competentes se realiza una investigación de campo en donde: i) se realiza una entrevista a los actores involucrados; ii) se hace un recorrido por los establecimientos de salud para verificar el estado de los servicios; iii) finalmente las recomendaciones. El Estado señala que *“las investigaciones realizadas en los casos sirven también como un insumo para realizar mejoras dentro del Sistema Nacional de Salud”*, y agrega que el MSP a través de la DNDHGI se encuentra en la primera fase de implementación del “Modelo de Gestión de Requerimientos e Inconformidades Ciudadanas para mejorar el servicio de Salud” que a través de una herramienta informática organiza administrativamente la recepción y gestión de los requerimientos ciudadanos, y busca además generar información de las principales problemáticas para la elaboración de políticas públicas favorables y mejorar la calidad de los servicios.

Según el informe, entre octubre de 2014 a febrero de 2015, fueron receptados a través de la línea 1-7-1 del Call center del MSP: i) Inconformidades personalizadas (presunta mala práctica profesional, desabastecimiento de medicamentos, presuntos cobros indebidos): 479 denuncias, masivas (atenciones, horarios, maltrato): 6.300 denuncias, inconformidades en la atención 398 denuncias, y 203 solicitudes de distinto tipo. Agrega el Estado que recibieron 28 felicitaciones, sin especificar a que se refiere.

3.4. El Salvador

La Constitución reconoce, en el art. 65 que *“La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su*

conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación". En artículos siguientes el Estado se compromete a la asistencia gratuita a personas sin recursos y sienta las bases de la organización de las prestaciones de salud. A lo largo del informe, y de acuerdo con la evaluación que realiza el GTPSS; se destaca la formulación de un plan quinquenal que busca asegurar progresivamente la cobertura universal a servicios de salud, además del diseño del Plan de Salud Intercultural, iniciado en 2011 en el marco de la consulta de la Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas realizada por el Ministerio de Salud, como también avances en prestaciones para adultos mayores, salud mental, discapacidad. Sin embargo, advierte con preocupación que la cobertura promedio en el país alcanza únicamente el 25% de la población total y solicita que incrementen recursos asignados a salud.

En acceso a la justicia, la República de El Salvador señala, que entre 2010 y 2015 se han tramitado 1365 casos de denuncias de maltrato o insatisfacciones en la red de los servicios de MINSAL, la mayoría han sido resueltas, sin especificar en qué dirección fue dicha resolución. El Estado señala que la Corte Suprema de Justicia dispone de cuatro salas: Sala Constitucional (amparo, habeas corpus o exhibición personal e inconstitucional), Sala Civil (recurso de casación en materia civil, de familia, mercantil y laboral así apelaciones Laboral y Familia); Sala Penal (recurso de casación y apelaciones), Sala Contencioso Administrativo (legalidad de los actos de la Administración Pública).

En materia judicial, el Estado en base a datos proporcionados por la Secretaría de la sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, señala que durante 2010-2014 hubo 53 acciones constitucionales, amparos, demandas de tutela de derechos. De ellas, 31 cuentan con sentencia definitiva, que entre habeas corpus y amparos, en la mayoría de los casos refieren a casos de omisión de tratamiento médico o de asistencia, provisión de medicamentos, interrupción de la gestación por peligro inminente de la madre, entre otros. En segundo lugar, 7 casos declarados improcedentes, 4 en admisión, 2 con sobreseimiento y 6 declarados inadmisibles y 5 casos que no se informan.

El Estado destaca un caso de amparo en específico respecto del derecho a la vida y a la salud sexual reproductiva (Amparo 310-2013) con sentencia desestimatoria del 28/5/2013, ya que la sentencia señala que *"todos los derechos fundamentales poseen la misma jerarquización y a pesar de que el art. 1º inc. 2 de la CN establece que la mujer no puede alegar el derecho al propio cuerpo o el derecho a la interrupción del embarazo. Concepción compatible con el Estado Constitucional y Democrático de Derecho"*. En contraposición clara, el GTPSS ha señalado enfáticamente a El Salvador, revisar su política sobre salud sexual y reproductiva, con participación de la sociedad civil; en particular, lo insta a que revise la legislación sobre la penalización absoluta del aborto, tomando en consideración una visión integral de los derechos humanos y en línea con recomendaciones de otros órganos de protección internacional y regional^{xviii}

Finalmente, señala que no se cuenta con una política de capacitación a jueces y abogados en materia de derecho a la salud.

3.5. México

México, como estado federativo asegura a nivel constitucional “*el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional*” con reconocimiento de la igualdad y no discriminación y de los derechos de los indígenas. En relación con el informe presentado ante el GTPSS, el Estado señala que la instancia administrativa para radicar denuncias en salud es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) junto con la Comisión Nacional de Derechos Humanos y las Comisiones de Derechos Humanos Estatales.

Tabla N° 1 – Cantidad y número de casos atendidos por la CONAMED

Modalidad	Números de Casos 2010	Número de Casos 2011	Número de Casos 2012
Conciliación	852	975	845
Laudo laboral	42	71	91
No conciliación bajo audiencia	473	458	462
Falta de interés procesal	296	282	294
Sobreseimiento	8	8	7
Total	1,671	1,794	1,699

Fuente: <http://www.conamed.gob.mx/estadística/index.php?seccion=83>

El Estado informa que la Comisión Nacional de Derechos Humanos, recibió 4.616 quejas sobre violaciones al derecho a la salud, en el año 2012, mientras que en el 2011 se registraron 4.310 omisiones, sin aportar mayores detalles de la resolución.^{xix}

Si bien la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, contempla garantías procesales en sus artículos 14 y 17; Código Federal de Procedimientos Civiles y Ley de Amparo, entre otras normas, es llamativamente bajo el acceso de la población al recurso de amparo, ya que según informa el Estado, se cuenta con sólo cuatro amparos en revisión –uno referido a la construcción de un pabellón para enfermos de VIH (2014), otro sobre discapacidad (2014) y dos recurrentes sobre el Catálogo de Insumos y de responsabilidad civil por negligencia médica en hospitales privados. Agrega que existen dos acciones de inconstitucionalidad (despenalización del aborto en el Distrito Federal y otra por sobre ley de Protección a Personas con la Condición Autista); una controversia constitucional (sobre invalidez de norma sobre prestaciones en salud y atención médica por violencia familiar, sexual y contra las mujeres) y un juicio de amparo administrativo (derecho a la salud de una comunidad Mini Numa, Guerrero). Claramente, es altamente insuficiente el ejercicio de acciones tutelares en materia de salud. Nuevamente es probable que se trate de un problema de acceso a las diversas fuentes de información, pero en línea con los señalamientos del GTPSS en sus observaciones finales, en especial en relación con salud en general y salud mental en particular, es fundamental promover una mayor vigilancia activa para garantizar el acceso a la justicia en salud, y sin duda, subrayar las responsabilidades estatales ineludibles.

3.6. Paraguay

La República de Paraguay, reconoce en el artículo 68 de la Constitución Política que “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (...)”. En artículos subsiguientes establece que el Estado promoverá un sistema nacional de salud bajo un compromiso de integralidad, con compromisos en materia de “bienestar social” (art. 70 CP) a partir de estrategias basadas en la “educación sanitaria y participación comunitaria”.

Sin embargo, en su informe de monitoreo no presenta indicadores en acceso a la justicia en salud y en general los indicadores presentados en relación con el derecho a la salud son muy débiles.^{xx} El Estado concentra la información brindada en el Servicio Nacional de Erradicación del Paludismo (SENEPA), entidad que tiene por principal objetivo la erradicación de la malaria y el paludismo y también de otros programas como chagas, dengue, fiebre amarilla, entre otros. Este organismo, tiene una centralidad en la estructura sanitaria, en tanto concentra los principales datos que aporta Paraguay en su informe. La falta de respuestas en torno a los indicadores correspondientes a salud es realmente alarmante, y no se puede acceder a información sobre garantías de acceso a la justicia.

Por su parte, el GTPSS ha calificado, en sus recomendaciones finales, como una *omisión* a la falta de información presentada en relación con el derecho a la salud por parte del Paraguay, debiendo las expertas acudir a fuentes complementarias, alertando sobre los altos índices de mortalidad materna, embarazo adolescente y personas con HIV/SIDA, y enfatizando fuertemente la obligación estatal de rendición de cuentas y garantías de acceso a la información.^{xxi}

Es importante destacar, que si se realiza una búsqueda de información disponible, a través de la página del Ministerio de Salud y Bienestar Social, se encuentra que existe un portal de datos abiertos para establecimientos del sistema de salud, además de un portal para denunciar corrupción^{xxii} como también resulta interesante la presencia del MESIP (Modelo estándar de control de dependencias públicas) cuyo objetivo es mejorar el control y evaluación de las políticas de los organismos públicos, a través de auditorías y otras instancias. Sin embargo, no se encuentran disponibles datos que den cuenta del accionar de este organismo o la cantidad y tipo de denuncias por corrupción. Si se consulta por la información disponible del Ministerio de Justicia^{xxiii}, existe un Observatorio de Derechos Humanos, que pone a disposición una serie de protocolos, como el Protocolo para el acceso a la justicia de personas con discapacidad sicosocial, para la atención para adultos mayores, para población trans, entre otros. Asimismo existe un portal de informaciones y servicios orientados al ciudadano donde se pueden consultar datos del Poder Judicial.^{xxiv} En igual dirección resulta interesante que el estado ha desarrollado el SIMORE (Sistema de Monitoreo y Recomendaciones) destinado a facilitar la búsqueda de recomendaciones internacionales en derechos humanos, pero solamente del sistema internacional de protección y no del interamericano.

En otros términos, busco destacar que si bien no hay información detallada o no están disponibles indicadores de evaluación, no significa que hay una ausencia total de datos, sino que es el propio Estado, a la hora de elaborar el informe de cumplimiento que no ha realizado una búsqueda detallada de los datos con los que cuenta. Este no es un tema menor, dada la relevancia de los mecanismos vinculantes de monitoreo internacional.

3.7. Uruguay

El art. 44 de la Constitución de la asume la República Oriental del Uruguay establece las responsabilidades del Estado en materia de salud y agrega que *“Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes”*. En su informe, el Estado manifiesta los esfuerzos realizados por ampliar esta conceptualización restrictiva del derecho a la

salud sancionado por ley 18.211/07 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que busca implementar cambios estructurales en el modelo de gestión del Sistema de Salud y se basa en la universalidad en el acceso, cobertura aumento en la inversión y contribuciones presupuestarias.

En relación con las garantías de acceso a la justicia en salud, el Uruguay se detuvo mayoritariamente en informar sobre la forma de organización del sistema pero no en los resultados alcanzados. Así, existen instancias administrativas para recibir denuncias bajo responsabilidad del propio Ministerio de Salud, en particular en el área de atención al usuario. También señala que es frecuentemente utilizado el recurso de amparo para los casos de provisión de medicamentos de alto costo, pero no informa sobre cuántos amparos se presentan por año. En relación a la solicitud sobre número de decisiones judiciales, el Estado señala que *“De los datos procesados por el poder judicial no se cuenta con información disponible en materia de derechos humanos”*.

Al respecto, el GTPPs destaca especialmente en el informe que el Estado debe informar el número, frecuencia, tipo de demanda, resolución, ejecución y cumplimiento de la sentencia, entre otros indicadores a completar. Asimismo, y el GTPSS le señala al Estado que debe desagregar la información desde una perspectiva de género y de la diversidad, destacando la necesidad de sumar esfuerzos aún más contundentes para alcanzar mejores rendimientos en salud. Por otra parte, el mecanismo de monitoreo recuerda, en consonancia con demandas de las organizaciones de la sociedad civil, la necesidad de destinar mayor cantidad de recursos específicos en materia de salud sexual y reproductiva, tanto a nivel de los efectores de salud como para garantizar la implementación de las leyes vigentes, que entre otras acciones prevén la capacitación de los equipos de salud y la difusión de los derechos de las mujeres y varones a sus derechos reproductivos.

4. Debilidad de información y de protección

El análisis realizado tuvo como objetivo mostrar, en base a la información estatal proporcionada a un mecanismo regional de protección y monitoreo de derechos sociales, cómo se garantiza el acceso a la salud. De una muestra que incluye casi la mitad de los Estados (7) que son parte del Protocolo de San Salvador (16), se pueden extraer algunas conclusiones relevantes. En primer lugar, los datos provistos por los Estados en la primera ronda de informes nacionales dan cuenta de la fortaleza de este instrumento de evaluación, que deja en evidencia la debilidad protectora que hoy goza el ejercicio del derecho a la salud. Así el contraste notorio entre el amplio reconocimiento constitucional y la imposibilidad de presentar indicadores de acceso a la justicia, desnuda una importante brecha que abarca todas las categorías transversales incluidas en este sistema. Como ejemplo, el supuesto resguardo que significaría no habilitar información de la sociedad civil se diluye ante la falta de fuentes de información que el propio Estado no ha desarrollado.

En el campo específico del acceso a la justicia en salud, la falta de exigencias de rendición de cuentas al Poder Judicial es por demás evidente, y a estas alturas la supuesta “omisión” se constituye en una regresión de las obligaciones que este poder tiene en el ejercicio de sus funciones. Sin embargo, autoridades estatales podrían argumentar que el problema no se encuentra en el accionar estatal sino en cómo se han

elaborado los indicadores o que a la fecha no disponen de fuentes de información que permitan calcularlos. Aceptando esta argumentación, y en el caso que se definieran otros indicadores, o considerando los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el cruce de categorías transversales, nuevamente arroja luz sobre las brechas el accionar estatal y reiteradamente deja al descubierto la inacción. El punto de quiebre es precisamente la brecha entre mandatos, principios y las formas adoptadas para la efectivización y resguardos de garantías protectorias.

La experiencia aquí analizada alerta a su vez en dos aspectos sustantivos. El primero de ellos la centralidad de monitoreo del acceso a la justicia en si mismo, en el sentido amplio que se ha definido en los indicadores, que habitualmente no es considerado como un “dato” de la gestión pública. Recurrentemente se incluyen derechos en los discursos gubernamentales, en menor medida se utilizan para fundamentar programas y políticas, muchas veces en un uso indebido y narrativo, sin que incluyan estándares mínimos, pero particularmente se desvincula de todo registro en torno a la necesidad de “habilitar” el acceso a la justicia. El solo hecho que los Estados no hayan podido volcar datos en un informe nacional de cumplimiento, que en muchos casos se encontraban disponibles, alerta sobre el déficit de capacidades estatales y rendición de cuentas, y la falta de registro sobre la justiciabilidad de los DESC. En otros casos, la demora en la resolución de causas de un fuero a otro, también demanda una explicación hoy ausente.

El segundo aspecto se relaciona con reforzar y perfeccionar las formas de medición del cumplimiento de derechos. La posibilidad de incluir evidencia empírica para medir progresividad como estándar ineludible para evaluar la acción judicial tiene el poder de corregir las prácticas del “caso por caso” para pasar a mecanismos con un mayor grado de amplitud que examinen el sistema de salud en su conjunto y promover su ajuste a los estándares constitucionales e internacionales. La elaboración del informe nacional en base a indicadores de progreso, en la medida que interpele no sólo a las Cancillerías, sino que conforme una instancia interjurisdiccional –como están comenzando a hacer algunos Estados- que supere el “mero reporte de cumplimiento”, constituye el primer paso para mirar el derecho a la salud de manera integral.

Tal como la experiencia regional enseña, muchos de los casos colectivos permitieron abordar más adecuadamente problemas estructurales del sector salud, y en algunos casos, posibilitaron un mejor traspaso entre la decisión judicial y el sistema político. Por otra parte, disponer de información y evaluar el accionar estatal es la condición indispensable para garantizar mejores políticas sanitarias. Los indicadores de progreso se presentan como vasos conectores entre la organización del sector salud y el cumplimiento de la sentencia, en un feed-back, que potencie y no obstruya canales de cooperación, con la ineludible participación de la ciudadanía. Es el momento de aprovecharlos.

ⁱ Hunt, P. (2006), *Los derechos económicos, sociales y culturales. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Comisión de Derechos Humanos, Doc E/CN. 4/2006/48 del 3 de marzo de 2006. También se destacan los aportes de la ex relatora para el derecho a la educación, Tomaševski, K. (2001), “Human rights obligations: making

education available, accessible, acceptable and adaptable”, en *Education Primers*, N° 3, Novum Grafiska AB, Gothenburg, Suecia.

ⁱⁱ Se destacan los siguientes documentos: Naciones Unidas (2006), *Informe sobre indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos*. Ref. HRI/MC/2006/7; Naciones Unidas, (2008), *Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos*. Ref. HRI/MC/2008/3; y Naciones Unidas, (2012), Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Indicadores de Derechos Humanos. Guía para la medición y aplicación*. Ginebra y Nueva York, HR/PUB/12/5. En el caso del SIDH el antecedente inmediato es: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (2008), *Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14 rev. 1.

ⁱⁱⁱ Se trata de las “Normas para la confección de los informes periódicos previstos en el artículo 19 del Protocolo de San Salvador”, AG/RES 2074 (XXXV-O/05). En 2007 se establece, también mediante resolución de la asamblea general que el mecanismo de monitoreo se denominará Grupo de Trabajo encargado del monitoreo de los informes nacionales correspondientes al Protocolo de San Salvador (GTPSS) conformado por dos expertos/as independientes, cuatro expertos gubernamentales y dos miembros de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Para mayor información visitar, <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>

^{iv} La definición de los indicadores estuvo bajo responsabilidad del GTPSS, que en base a un documento anterior elaborado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2008) op. cit., agrupó a los derechos previstos en el Protocolo en dos agrupamientos: derecho a la seguridad social, a la salud y a la educación conformaron el primer agrupamiento que debían informar los Estados parte a partir de junio de 2014 y un segundo agrupamiento compuesto por derecho al trabajo y derechos sindicales, a la alimentación adecuada, al medio ambiente y derechos culturales, a ser presentado en diciembre de 2016; Grupo de Trabajo Protocolo de San Salvador (2015) *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*. Washington, 2015.

^v El GTPSS informa que cuenta con 11 informes de Estados, que han sido remitidos por los Estados desde junio de 2014 a la fecha y que están siendo evaluados actualmente (Argentina, Brasil, Perú y Honduras). Los informes se encuentran disponibles en: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>

^{vi} En Abramovich, Víctor y Pautassi, Laura (2010) *La medición de derechos en las políticas sociales*, Buenos Aires, Editores Del Puerto se encuentran textos que refieren a la definición de indicadores a nivel regional.

^{vii} De acuerdo con las Resoluciones de la Asamblea General de la OEA: AG/RES. 2713 (XLII-O/12) y AG/RES. 2823 (XLIV-O/14) que aprobaron los indicadores de progreso.

^{viii} Grupo de Trabajo Protocolo de San Salvador, GTPSS (2016) Examen de los Informes presentados por los Estados Partes al Primer Agrupamiento de Derechos del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador” (arts. 9, 10 y 13). Observaciones Finales: Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Paraguay y Uruguay. OAS/Ser.L/XXV.2.1.GT/PSS/doc, 13/16 al 18/16. Mayo, 2016. Disponibles en: <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/>

^{ix} Para un análisis de la relevancia de la incorporación de la sociedad civil, ver Yamin, Alicia (2010) “Hacia una rendición de cuentas transformadora: aplicando un enfoque de derechos humanos para satisfacer las obligaciones en relación a la salud materna”. En revista *Sur, Revista Internacional de Derechos Humanos*, Vol. 7 N° 12, junio 2012. Conectas, Brasil.

^x Estado Plurinacional de Bolivia (2015) Respuesta del Estado Plurinacional de Bolivia a las Conclusiones Preliminares del Grupo de Trabajo Encargado del Análisis de los Informes nacionales del Protocolo de San Salvador, Washington, 11 de septiembre de 2015: 6 y 7.

^{xi} El Mecanismo de Seguimiento de la Convención Interamericana para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra las Mujeres, Convención de Belem do Pará, a partir de 2013 incorporó indicadores de progreso en la rondas de evaluación. Al respecto, <http://www.oas.org/es/mesecvi/>

^{xii} República de Colombia, Informe del estado colombiano primer agrupamiento de derechos, Protocolo de San Salvador

^{xiii} Entre otros tal como lo muestran los trabajos de Alicia Yamin y Óscar Parra-Vera, “Judicial Protection of the Right to Health in Colombia: From Social Demands to Individual Claims to Public Debates”, *Hastings Int'l & Comp. L. Rev.* 33 (2010): 431.

^{xiv} República del Ecuador, Informe de cumplimiento del Protocolo de San Salvador, Primer Agrupamiento, misión permanente del Paraguay ante la OEA, Washington, DC, 25 de abril de 2016: 24.

^{xv} http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

^{xvi} Ministerio de Justicia, Derechos Humanos y Cultos, portal electrónico institucional: <http://www.justicia.gob.ec/en-casogonzalez-lluy-el-estado-ecuatoriano-ha-emprendido-acciones-para-garantizar-acceso-a-la-salud-incluso-antes-del-fallo-de-la-corteidh/>.

^{xvii} República del Ecuador, op cit, 2016:33.

^{xviii} El Mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) Primera conferencia extraordinaria de los Estados parte de la Convención de Belém do Pará 23 y 24 octubre de 2014 Ciudad de México. *Informe de Seguimiento de las Recomendaciones del CEVI, Segunda ronda.*

OEA/Ser.L/IL.7.10, 2 de octubre de 2014, disponible en <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/MESECVI-I-CE-doc.16.esp.Informe%20EI%20Salvador.pdf>

^{xix} En base a datos del Diagnóstico contenido en el Programa Nacional de Derechos Humanos 2014-2018, México, citados en México, 2014 op. cit.

^{xx} República del Paraguay, Informe de cumplimiento del Protocolo de San Salvador, Primer Agrupamiento, misión permanente del Paraguay ante la OEA, Washington, DC, 9 de junio de 2015, <http://www.oas.org/es/sadye/inclusion-social/protocolo-ssv/docs/informe-consolidado-paraguay.pdf>

^{xxi} Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales del Protocolo de San Salvador, Observaciones finales a la República del Paraguay, Washington D.C., III período de sesiones, 3-6 mayo 2016.

^{xxii} <http://www.denuncias.gov.py/ssps/>

^{xxiii} <http://www.derechoshumanos.gov.py/>

^{xxiv} <https://www.paraguay.gov.py/poder-judicial>