



REDE IBERO-AMERICANA  
DE DIREITO SANITÁRIO

# Boletim da Rede

Volume II N. 01

Abril, 2020

## Nesta edição:

<i>Editorial</i>	3
<i>Editorial: Unidos</i>	5
<i>La importancia de la perspectiva de género en los operadores de salud</i>	6
<i>Implementação da Convenção-Quadro de Controle de Ta-</i>	11
<i>Comunicado especial</i>	14
<i>Notícias em saúde</i>	15
<i>Jurisprudência</i>	17
<i>Cultura na Rede</i>	22

## Fale conosco

Para envio de artigos, comentários à jurisprudência e divulgação de eventos, envie um e-mail para

[boletimdarede@gmail.com](mailto:boletimdarede@gmail.com)

REDE IBERO-AMERICANA DE DIREITO  
SANITÁRIO

BOLETIM INFORMATIVO

**DISTANTES  
E  
UNIDOS PELO DIREITO À SAÚDE**



## Quem somos

A **Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário** é uma estratégia de articulação e cooperação entre pessoas e instituições do âmbito do Direito Sanitário nos países membros da comunidade ibero-americana, que permita ampliar o debate acerca do efetivo exercício do direito à saúde. A Rede foi constituída na Reunião celebrada na Faculdade de Direito da Universidade de Buenos Aires, organizada pelo Observatório da Saúde nos dias 27 e 28 de abril de 2011. A Rede tem os seguintes objetivos:

- Compartilhar informação e conhecimentos relacionados com a área do Direito Sanitário;
- Identificar problemas, necessidades e interesses comuns relativos às questões jurídicas relacionadas com a área da saúde, buscando alternativas que possam ser compartilhadas;
- Promover a articulação entre seus membros para ampliar e fortalecer suas atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica em Direito Sanitário;
- Potencializar o desenvolvimento de pesquisas em cooperação entre seus membros;
- Divulgar e promover a discussão em torno do Direito Sanitário, facilitando a identificação de tendências e necessidades educativas;
- Compartilhar metodologias e recursos tecnológicos destinados às atividades de ensino, pesquisa e cooperação técnica relacionadas com a educação em Direito Sanitário;
- Propiciar o intercâmbio de docentes, pesquisadores e alunos entre os membros com vista à ampliação e ao fortalecimento do processo educativo em Direito Sanitário.

Em sua estrutura, a Rede conta com um Conselho Diretor, e uma Secretaria Executiva, com sede no Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário- CEPEDISA.

## Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário

### Conselho Diretor

**Joaquín Cayón**

Coordenador do Conselho Diretor

**Claudia Zalazar**

Conselheira

**Janaína Sturza**

Conselheira

**Fernando Rovira**

Conselheiro

**Karen Vargas**

Conselheira

### Secretaria Executiva

**Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário  
(CEPEDISA)**

**Fernando Aith**

(Secretário Executivo)

*E-mail: cepedisa@usp.br*

### Corpo Editorial

**Fernando Aith (Editor-Chefe)**

**Ana Luisa Romão**

**Lívia Lisboa**

**Matheus Falcão**

**Marina Borba**

### Política Editorial

O conteúdo dos artigos é de estrita responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente a opinião da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário ou do Boletim da Rede.

# Editorial

## Fernando Aith

Advogado, Diretor Geral do Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA), Secretário Executivo da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário

## Marina Borba

Advogada, Pesquisadora do Centro de Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA)



A crise sanitária em curso causada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), que provoca uma doença altamente infecciosa denominada de COVID-19 (do inglês, *Coronavirus Disease 2019*), foi identificada e notificada pela primeira vez em Wuhan na China em dezembro de 2019 e, rapidamente, alastrou-se por mais de 215 países e territórios, fazendo, até 02 de maio de 2020, mais de 3.300.000 de casos confirmados da doença e mais de 238.000 mortes, conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1).

A declaração como Emergência de Saúde Pública de Relevância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional de 2005 – e o reconhecimento da existência da Pandemia de COVID-19, em janeiro e março de 2020, respectivamente, pela OMS (2) revelam a necessidade de serem tomadas medidas de saúde pública rápidas e eficazes para o enfrentamento da epidemia.

Além dos agravos à saúde física, mental e social provocados em cada indivíduo, o novo coronavírus desafia os sistemas de saúde dos

Estados: a sua velocidade de propagação aliada ao aumento exponencial do número de casos graves demonstra a insuficiência de respostas de saúde pública (3) e o colapso de alguns serviços.

De fato, a obrigação dos Estados e dos sistemas de saúde de garantir, da melhor maneira possível, a provisão adequada de cuidados de saúde para todos pode ser (e, via de regra, é) afetada durante uma pandemia, quando os recursos de saúde provavelmente se tornarão limitados e será inevitável a realização de escolhas trágicas (do inglês, *tragic choices* de Calabresi e Bobbitt) (4).

A partir desse cenário, a OMS (5) elaborou o documento, intitulado "Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting", no qual apresenta as justificativas éticas para a realização de escolhas trágicas, ou seja, para a tomada de decisões políticas de alocação de recursos escassos que envolvam o acesso a hospitais, ventiladores, medicamentos etc.

Outra iniciativa importante a ser destacada nestes tempos de crise sanitária é a da Co-

missão Interamericana de Direitos Humanos (CICH) que adotou a Resolução n. 01/2020, cujas recomendações para a “Pandemia e Direitos Humanos nas Américas” (6) representam verdadeiro marco na evolução do direito da saúde na região.

Assim, o papel dos especialistas em Direito Sanitário, em especial dos membros da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário, torna-se fundamental tanto na cooperação técnica entre seus interlocutores e compartilhamento de efetivas políticas públicas de saúde baseadas em evidências, como na promoção de discussões acerca do fortalecimento dos modelos de proteção social que assegurem a proteção e o exercício efetivo e equânime do direito à saúde.

### Notas e Referências

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak situation**, Genebra, 2 mai. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em: 3 mai. 2020.
2. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus), 30 abr. 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875). Acesso em: 3 mai. 2020.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19**, Genebra, 13 abr. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--13-april-2020>. Acesso em: 3 mai. 2020.
4. CALABREIS, G.; BOBBITT, P. **Tragic Choices: The conflicts society confronts in the allocation of tragically scarce resources**. New York: Norton & Company, 1978.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting**, Genebra, 20 abr. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/who-documents-detail/ethics-and-covid-19-resource-allocation-and-priority-setting>. Acesso em: 3 mai. 2020.
6. COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Resolução nº 01**, de 10 de abril de 2020, “Pandemia e Direitos Humanos nas Américas”. Washington, 10 abr. 2020. Disponível em: <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2020.

# Editorial

## Unidos pelo direito à saúde

**Ana Luisa P. A. Romão**

Do Corpo Editorial

A terceira edição do Boletim da Rede vem em um momento crítico. Estamos atravessando uma das maiores pandemias testemunhadas pela humanidade, que em pouco tempo trouxe perdas e mudanças profundas para todo o globo. A incerteza ainda é maior quando pensamos nas consequências desse fato. Uma crise de saúde pública mundial é capaz de afetar todas as frágeis estruturas políticas, econômicas e sociais sob as quais vivemos, e apesar do medo, das tragédias e das incertezas, talvez não seja demais pensar que é um momento para repensar. Nunca antes o mundo se voltou tanto para a saúde. Nunca foi tão necessário defender esse direito, pleno e essencial. O Direito Sanitário tem muito a contribuir, agora e também na nova realidade que há de surgir e ser moldada pelo que conseguirmos construir a partir desse presente ainda tão difícil. A Rede Ibero-Americana e o Boletim da Rede são um espaço de troca, de contribuição. Como pesquisadores do direito à saúde, temos muito a fazer, compartilhando conhecimento e auxiliando como for possível. Nossa luta nunca foi tão necessária, nossa voz, tão propensa a ser ouvida.

Nesta edição encontramos dois artigos de nossos colaboradores para o "Opiniões na Rede". A Dr. Claudia Elizabeth Zalazar, do Conselho Diretor, discute a importância da perspectiva de gênero para os operadores de saúde, destacando uma análise normativa e judicial do tema da violência de gênero. Já os membros Roberta de Freitas e Tiago Tasca analisam a implementa-

ção da Convenção-Quadro de Controle de Tabaco e os seus impactos no âmbito global e no Brasil.

Na seção "Notícias em Saúde", destacamos as medidas adotadas em virtude da pandemia. Em "Jurisprudência" selecionamos decisões judiciais recentes acerca do direito à saúde no contexto atual.

A seção "Cultura na Rede" conta com a contribuição temática das artistas Ana Luisa Romão e Carolina Pieroni. Em virtude das medidas de distanciamento social e restrição a aglomerações, a seção de Eventos da Rede não foi publicada nesta edição.

Vale destacar também o comunicado oficial sobre o adiamento do X Congresso da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário, a ser realizado na cidade de São José da Costa Rica em 2021.

O Boletim da Rede endossa todas as recomendações sanitárias da Organização Mundial da Saúde e indica que os membros da Rede Ibero-Americana de Direito Sanitário sigam as orientações das autoridades sanitárias locais, incluindo o distanciamento social, quando possível. Relembramos que este é um canal de comunicação e de integração aberto à participação de todos. Ainda que distantes, estaremos unidos na defesa do direito à saúde, durante e depois dessa pandemia.

## Opiniões na Rede

### La importancia de la perspectiva de género en los operadores de salud

#### Claudia Elizabeth Zalazar

Abogada y Doctoranda en Derecho y Ciencias Sociales (UNC); Presidenta de la Sala de Derecho a la Salud del Instituto de Investigación en Ciencias Jurídicas (IDI-CJ, UBP). Magistrada.

#### Resumen

La violencia de género es una realidad a la que, lamentablemente, se enfrentan las mujeres a diario. En este trabajo se tratará de dar cuenta del abordaje normativo y jurisprudencial de este especial tipo de violencia y, a la luz de sus objetivos, plantear la necesidad de la perspectiva de género en los operadores de salud. Ello ayudará, claramente, a la prevención y a la atención específica de las mujeres víctimas de violencia.



Foto: Alex Ferreira. [www.politize.com.br](http://www.politize.com.br)

#### Introducción

El propósito de este artículo es concienciar e informar sobre diferentes aspectos referidos a la problemática de la vulnerabilidad de la mujer que ha sufrido violencia de género y el impacto en su salud, tanto física como psíquica.

El grado de significación y visibilidad que este problema social ha cobrado en los últimos años ha sido de notoria trascendencia y, por ello, existe una clara necesidad de los gobiernos de responder a los compromisos asumidos ante la sociedad y ante los Organismos Internacionales para eliminar la violencia hacia las mujeres, por cuanto cuando ello se produce, se vulneran los derechos humanos y se obstruye la capacidad de elección de las personas para llevar adelante una vida saludable y creativa.

Poner al género en la agenda de la discusión pública implica que se involucren diferentes actores e instituciones de la sociedad, como es la salud. Ello, por cuanto resulta indefectible que la persona víctima de violencia sufra algún estrago en su salud física o psíquica y porque en este ámbito se desarrolla una clara activi-

dad de prevención.

Por todas estas razones, una adecuada formación de los operadores del sistema de salud desde un enfoque de género y con un conocimiento profundo del significado e importancia que poseen los derechos humanos es una pieza indispensable para modificar las prácticas que perpetúan la violencia familiar y así evitar la victimización secundaria e institucional.

Sin duda el mayor anhelo sería a través de dicha perspectiva de género, lograr un mayor fruto en la prevención de este flagelo que azota a toda Iberoamérica y el mundo.

#### 1. Violencia e igualdad de género

El fenómeno de la violencia de género ha sido durante muchos años un problema negado, a la que vez que ubicado dentro del ámbito privado y familiar. Por esta razón esa violencia no se había considerado un problema político ni social y, menos aún, jurídico. Aún ello, la violencia de género, en cualquiera de sus for-

mas, es contraria a la ley, por atentar contra derechos básicos de todas las personas, especialmente de las mujeres y de los menores, como son la vida, la salud física y psíquica, la libertad y la seguridad, por ejemplo, derechos todos que pueden resumirse en uno solo: el derecho a vivir sin violencia. Por esta razón no es una cuestión privada, sino un grave problema que afecta a toda la sociedad y, como tal, requiere una respuesta de las políticas públicas y del sistema judicial.

La igualdad de género es uno de los 17 Objetivos de Desarrollo Sustentable (ODS) de Naciones Unidas hacia el 2030 (1), siendo considerado un objetivo transversal a todo el resto de objetivos y metas. En efecto, no es factible lograr el desarrollo sostenible negando a la mitad de la población mundial el goce de sus derechos.

Específicamente, el Objetivo de Desarrollo Sustentable Nro. 5 busca *"lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas"*. Una de las metas principales de este ODS consiste en *"erradicar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluyendo la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación"*.

En tanto violación a los derechos humanos, la violencia contra las mujeres da origen a una serie de obligaciones específicas por parte de los Estados en conformidad con el derecho internacional, de allí que se haya precisado que *"La trascendencia pública de las distintas manifestaciones de la violencia hacia las mujeres, como expresión extrema de la discriminación de género y de las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres, se ha tornado una preocupación pública y, en esta medida, ha generado la obligación de los Estados de asegurar las condiciones para una vida sin violencia"*(2).

Tal consagración es el resultado de la paulatina incorporación de los derechos de las mujeres a la agenda más amplia de los derechos humanos. Así, si bien los principales tratados en este ámbito hacen explícito el principio de no discriminación por sexo, no fue sino hasta el año 1993 en la Declaración y Plataforma de Acción de Viena donde expresamente se define que *"los derechos de las mujeres son derechos humanos"*(3), a la vez que se proclama que la violencia por razón de sexo y todas las formas de acoso y explotación sexual -incluso los que son resultado de los prejuicios culturales y el tráfico internacional-, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona y deben ser eliminadas.

En el ámbito regional, se sancionó, en 1994, la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (conocida popularmente como "Convención de Belem do Para" o CBDP) (4). Allí se refiere específicamente a la problemática de las diferentes violencias que se pueden perpetrar contra las mujeres y otorga el mandato específico a los Es-

tados parte para adaptar la legislación en esta materia.

El primer alcance que otorga la Convención es justamente la definición de lo que se entiende por "Violencia contra las Mujeres" y abarca el ámbito público y privado, sirviendo como pauta para el dictado de leyes sobre violencia y políticas sobre prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres en los Estados Parte.

En esta línea, uno de los casos jurisdiccionales paradigmáticos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, donde se analizan las normas de la referida Convención, es la de "Campo Algodonero"(5). Allí se sientan dos grandes premisas de interpretación: *el deber de diligencia reforzado* y *el de previsibilidad y evitabilidad del riesgo* en materia de violencia.

La Corte considera que el artículo 7 de la CBDP, establece un deber de debida *diligencia reforzado*, lo que parece indicar que este opera estableciendo una carga adicional de deberes de prevención al Estado. Afirma explícitamente, que *"Los Estados deben adoptar medidas integrales para cumplir con debida diligencia en casos de violencia contra las mujeres. En particular, deben contar con un adecuado marco jurídico de protección, con una aplicación efectiva del mismo, con políticas de prevención y prácticas que permitan actuar de una manera eficaz ante las denuncias. La estrategia de prevención debe ser integral, es decir, debe prevenir los factores de riesgo y a la vez fortalecer las instituciones para que puedan proporcionar una respuesta efectiva de los casos de violencia contra la mujer. Asimismo, los Estados deben adoptar medidas preventivas en casos específicos en los que es evidente que determinadas mujeres y niñas pueden ser víctimas de violencia. Todo esto debe tomar en cuenta que en casos de violencia contra la mujer, los Estados tienen, además de las obligaciones genéricas contenidas en la Convención Americana, una obligación reforzada a partir de la Convención de Belém do Pará"*.(6)

La definición que realiza la Corte de los contenidos básicos del deber de debida diligencia con base en el artículo 7 de la CBDP tiene indudable impacto en la aplicación de la *doctrina del riesgo*, pues implica colocar al Estado en una posición de garante respecto del riesgo de violencia basada en el género. Así, el deber de debida diligencia agravado incide en la *previsibilidad* del riesgo de violencia basada en el género, pues el deber de prevención de factores de riesgo obliga al Estado a realizar un monitoreo de la situación social de violencia.

En este orden, consideramos que una forma para lograr la previsibilidad y evitar el riesgo es la capacitación con perspectiva de género de todos los operadores de la justicia, de la educación, de la salud, etc., con el claro objetivo de lograr la prevención de la violencia en todas sus modalidades.

## 2. Capacitación de los operadores en salud en perspectiva de género

La Corte Interamericana, en la sentencia "Campo Algodonero" ya reseñada, ha señalado que una capacitación con perspectiva de género implica no sólo un aprendizaje de las normas, sino el desarrollo de capacidades para reconocer la discriminación que sufren las mujeres en su vida cotidiana. Señala que las capacitaciones deben generar que todos los funcionarios reconozcan las afectaciones que generan en las mujeres las ideas y valoraciones estereotipadas en lo que respecta al alcance y contenido de los derechos humanos. Además, recuerda que los programas y cursos deberán estar destinados a policías, fiscales, jueces, militares, funcionarios encargados de la atención y asistencia legal a víctima del delito y cualquier funcionario público, tanto nivel local como federal, que participe directa o indirectamente en la prevención, investigación, procesamiento, sanción y reparación.

En este orden, podemos advertir que el fallo no menciona a los operadores de la salud. Aún esto, consideramos que dicho sector debe ser necesariamente capacitado en perspectiva de género, ya que es muy probable que una mujer que sufra violencia concorra, en algún momento, a un hospital o a una consulta médica.

Esta deficiencia ha sido contemplada en la "Ley integral sobre violencia de género" de Argentina (7), cuando, al referirse a las políticas públicas de los distintos ministerios y en referencia específica a la cartera de Salud, establece una serie acciones que se deben realizar en materia de violencia, entre las que se destacan (art. 11.4): "a) Incorporar la problemática de la violencia contra las mujeres en los programas de salud integral de la mujer; b) Promover la discusión y adopción de los instrumentos aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación en materia de violencia contra las mujeres en el ámbito del Consejo Federal de Salud; c) Diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría, y salud mental (...); y d) Promover servicios o programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan con la utilización de protocolos de atención y derivación; (...) h)

*Alentar la formación continua del personal médico sanitario con el fin de mejorar el diagnóstico precoz y la atención médica con perspectiva de género".*

Estos conceptos legales deben ser puestos en práctica, entendiendo la importancia que tiene la prevención y detección en materia de violencia y la necesidad que los operadores de salud puedan y deban ayudar en esta materia.

Asimismo resultan de vital importancia las 100 Reglas de Brasilia, que se ocupa la discriminación del género y de las víctimas de violencia como grupos vulnerables, a los cuales se les debe garantizar no sólo el acceso a la justicia sino una tutela judicial efectiva.

## 3. Violencia y salud

El derecho a la salud es un derivado esencial y sustancial del derecho a la vida y a la dignidad de los seres humanos que debe entenderse desde dos aspectos: a) el derecho universal (constitucional) a la salud; y b) el derecho personalísimo a la prestación de salud. Ricardo Luis Lorenzetti, Ministro de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, señaló que, en Argentina, la norma constitucional reconoce el "derecho a la salud" como uno de goce *directo*, y el "derecho a las prestaciones de salud" como *indirecto*, pues encomienda al legislador la implementación efectiva de este recurso escaso (8).

El reconocimiento internacional oficial de la salud como un derecho se encuentra en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se indica que: "(...) el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"(9). Allí se reconoció, por primera vez, el derecho de las personas a poseer el grado más alto de salud, bajo los parámetros de universalidad e igualdad, y es el criterio con el que, actualmente, operan las normas internacionales dedicadas a la materia.

El derecho a la salud, a diferencia de otros derechos sociales, no tuvo un adecuado tratamiento constitucional en la República Argentina. Recién a partir de la reforma constitucional de 1994 se reconoce la tutela y la protección de la salud por diversas vías. Una primera referencia explícita se encuentra en el art. 42, que reconoce el derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la: "protección de la salud y seguridad" en la relación de consumo. La segunda vía protectora (y de mayor alcance), se logró al otorgar jerarquía constitucional a once declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos en el art. 75 inc. 22 de la CN.

Específicamente, como consecuencia del art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que define a la salud como: *"el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental"*(10), el Estado queda jurídicamente obligado a garantizar el contenido mínimo de los derechos económicos, sociales y culturales, y no puede escudarse en la falta de recursos disponibles para justificar su incumplimiento. Por otro lado, el art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dispone que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"*(11). Asimismo, el art. XI de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre establece que toda persona tiene derecho *"a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, el vestido, la vivencia, la asistencia médica correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad"*; entre otros(12).

El derecho a la salud está íntimamente vinculado al derecho a la vida y ése ha sido reputado como el primer derecho de la persona humana, haciendo hincapié en el principio *pro homine*, el que, en el ámbito de los derechos humanos, implica generar una presunción asegurando a la persona humana la prevalencia por sobre cualquier otro principio.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) se ha pronunciado por primera ocasión respecto al derecho a la salud de manera autónoma, como parte integrante de los DESC, como un derecho justiciable a la luz de la Convención Americana. Concretamente, la Corte resolvió que *"(...) la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente<sup>167</sup>, entendida la salud<sup>168</sup>, no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también a un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permita alcanzar a las personas un balance integral. El Tribunal ha precisado que la obligación general se traduce en el deber estatal de asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud<sup>169</sup>, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz, así como de impulsar el mejoramiento de las condiciones de salud de la población"*(13).

La no discriminación e igualdad en materia de derechos humanos y, específicamente con respecto al derecho a la salud por la implicancia e incidencia en los restantes derechos humanos y la relación e impacto del derecho a la salud en los casos de violencia de género, determina la necesaria transversalidad del enfoque de dere-

chos humanos en la valoración de políticas, decisiones, medidas, de manera que el acceso a los derechos humanos sea igual para todas las personas. Pero debemos agregar un "plus reforzado de protección" respecto de aquellas personas vulnerables, para evitar que se torne ilusorio el goce y ejercicio de los mismos.

Es que la transversalidad del enfoque de derechos humanos, implica resignificar, organizar, mejorar los procesos de manera que la perspectiva de igualdad y no discriminación sea incorporada en todas las políticas, estrategias, acciones e intervenciones.

En definitiva, ese plus, implica, redoblar los esfuerzos institucionales, de políticas públicas, de buenas prácticas, para que la efectividad de los derechos humanos no sea una utopía y evitar las vulneraciones de los derechos humanos que deriven en afectaciones en la salud de una persona.

## Conclusiones

Conforme a los argumentos que hemos desarrollado y a la luz de los derechos humanos de los que gozan las mujeres en general, y con mayor razón cuando las mismas son vulneradas en sus derechos por actos de violencia que afectan su salud, es posible llegar a las siguientes conclusiones.

En primer lugar, la violencia de género como violación de los derechos humanos es un problema de políticas y salud pública y es el Estado quien debe ser el primer garante de dichos derechos, de allí la necesidad de su constante actuación sobre esta temática.

Las distintas formas y modalidades de violencia que atraviesa la vida de las mujeres, implican consecuencias físicas y psicológicas, algunas de ellas permanentes. Por ello, desde el sistema de salud, resulta vital que se incorporen no sólo la perspectiva de género, sino también protocolos de detección y prevención, dado que una mujer que se encuentra en una situación de violencia es altamente probable que en algún momento de su vida asista a un centro de salud.

Se debe propender a la formación permanente de los profesionales de salud en centros privados y públicos en "perspectiva de género" para ayudar a la visualización de la violencia de género. Para ello es esencial que se incorporen en la práctica médica indicadores que permitan visualizar este problema.

Es necesario que se dicten protocolos para que, a partir de la detección del caso de violencia de género (o su presunción) se imple-

menten una gama de atenciones *intra e inter* institucionales, con el consiguiente relevamiento del secreto profesional.

También, se requiere que las instituciones apliquen todos los medios necesarios para la contención y erradicación de la violencia de género y fundamentalmente que se evite con buenas prácticas la revictimización de la mujer.

Y por último necesitamos que la justicia actúe con "perspectiva de vulnerabilidad a los fines garantizar la tutela efectiva de estos derechos vulnerados"

### Notas e Referências

- (1) PNUD. (s.f.). ¿Qué son los objetivos de desarrollo sostenible? Disponible em: <<http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>> [revisado el 17.12.2018].
- (2) CEPAL. (2015) Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe (LC/G.2626), Santiago de Chile, p. 21.
- (3) ONU. (1993) Declaración y Plan de Acción de Viena, Viena.
- (4) OEA. (1994) Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Belem do Para.
- (5) CSJN, "Arisnabarreta", 06/10/2009-F,371.
- (6) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México. Sentencia del 16 de noviembre de 2009.
- (7) Ídem. Parágrafo 258.
- (8) Argentina. Ley 26485, Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, INFOLEG, sancionada el 11 de marzo de 2009 y promulgada de hecho el 1 de abril de 2009.
- (9) Lorenzetti, Ricardo L. (1998) La empresa médica. Santa Fe, Rubinzal Culzoni, pp. 15-16.
- (10) OMS. (1946) Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York.
- (11) ONU. (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Nueva York.
- (12) ONU. (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos, Nueva York.
- (13) OEA. (1948) Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Bogotá.
- (14) Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Sentencia del 8 de marzo de 2018. Parágrafo 118.

## Opiniões na Rede

### Implementação da Convenção-Quadro de Controle de Tabaco

Roberta de Freitas<sup>1</sup> e Tiago Tasca<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Doutora em Saúde Global e Sustentabilidade pela Universidade de São Paulo com período cotutela em Université de Nantes (2018). Mestre em Direito Internacional Público e Privado e Relações Internacionais pela Universidad de Sevilla, Espanha (2006). Especialista em Saúde Global e Diplomacia da Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (2009). Especialista em Direito Sanitário pelo Prodisa/Fiocruz (2012). Graduada em Direito pela Universidade Católica de Goiás (2003). Professora Titular da Escola Fiocruz de Governo. Professora colaboradora do Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da FSP/USP (desde 2018). Vice-coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Bioética e Diplomacia em Saúde da Fiocruz. Pesquisadora nas áreas: Saúde Global, Direito Sanitário Internacional e Diplomacia em Saúde.

O relatório, lançado em dezembro de 2019, possui como objetivo o monitoramento da implementação da Convenção-Quadro de Controle de Tabaco (2003) e, mais especificamente, acompanhar a prevalência do consumo de tabaco em pessoas com quinze anos ou mais. As estatísticas foram elaboradas com base nos números enviados por 149 países, que representam 77% dos Estados-membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e 94% da população mundial.

A primeira edição do relatório foi lançada em 2015 e considera como plano estratégico o monitoramento das seguintes metas: a) a redução de 30% até 2025 (em relação a 2010) do consumo de tabaco (WHO, 2013); b) fortalecer a implementação da Convenção Quadro de Controle de Tabaco (2003), conforme indicado no Objetivo 3.a, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. A Convenção-Quadro de Controle de Tabaco foi assinada em 2003 e prevê uma série de mecanismos para a redução do consumo de tabaco em nível internacional (pacote MPOWER), como: monitoramento do consumo, políticas de prevenção, oferecer ajuda para parar de fumar, alertar sobre os perigos do tabaco, cumprir as proibições sobre publicidade, promoção e patrocínio e aumentar imposto sobre o tabaco. Apesar de esse relatório reforçar o compromisso de monitoramento do consumo global de tabaco como uma das ferramentas essenciais para atingir as metas propostas, muitos países ainda não possuem sistemas de monitoramento e vigilância (ex.:

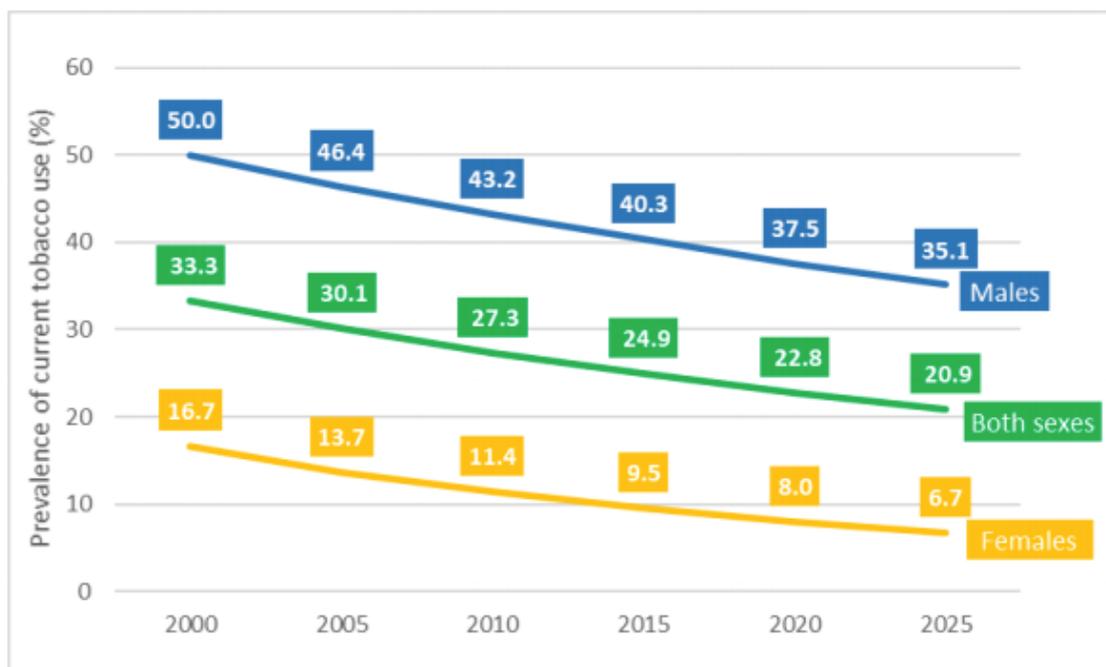


Fonte: inca.gov.br

na região das Américas, quinze países não possuem dados disponíveis para avaliação detalhada da CQCT (WHO, 2019a; 2019b)), como revela o relatório de 2019.

O terceiro relatório da OMS aponta uma diminuição no consumo de tabaco pela população mundial: em 2010, o consumo era de 33,3% e, em 2015, de 24,9%. Segundo a OMS, a tendência é que esse número chegue a 20,9% em 2025, conforme a figura abaixo. Caso essa tendência seja confirmada, a redução do consumo será de 23,4%. Desse modo, a meta de redução de 30%, em relação a 2010, do número de fumantes no mundo não será atingida. O desafio é maior para a faixa etária de homens entre 45 a 54 anos porque a prevalência de fumantes nesse estrato ultrapassa 50%. O documento também fornece análises por região, por país e outra de acordo com a classificação de renda do Banco Mundial. Os resultados apresentados indicam

Figura 1 – Tendência global na prevalência do consumo de tabaco por sexo



Fonte: WHO (2019a)

que a região do sudeste asiático é a que tem a maior prevalência de consumo de tabaco (47%), enquanto que o continente africano conta com 18,5% de fumantes. Das seis regiões analisadas pelo relatório (África, Pacífico, Mediterrâneo, Américas, Europa e Sudeste Asiático), a região das Américas é a única que tem potencial para atingir a meta de 30% na redução do consumo de tabaco. No entanto, é fundamental reconhecer que apenas 13 dos 35 países da região das Américas atingirão essa meta, enquanto apenas um país do sudeste asiático e um do mediterrâneo cumprirão a meta.

O Brasil, segundo o relatório, apresentou redução no número de fumantes. Em 2006, 15,7% dos brasileiros eram fumantes; em 2018, esse número caiu para 9,3%, apresentando uma redução de 40%, atingindo, assim, a meta proposta pela OMS. Ressalta-se que, em novembro de 2019, o Senado brasileiro aprovou um projeto de lei que veda a propaganda de cigarros ou qualquer outro produto fumígeno e o uso de aditivos que confirmam sabor e aroma a esses produtos, além de configurar como

infração de trânsito o ato de fumar em veículos quando houver passageiros menores de dezoito anos (BRASIL, 2019).

É preciso ressaltar que não foram incluídas no relatório estatísticas sobre a situação epidemiológica do consumo de cigarros eletrônicos. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de duas mil pessoas tiveram algum tipo de doença pulmonar relacionadas ao uso desses dispositivos (CDC, 2020). Não obstante a coleta de dados referente a cigarro eletrônico ter começado em 2013, apenas 42 países possuem dados nacionais representativos disponíveis. Assim, estatísticas sobre o consumo de cigarro eletrônico não foram incluídas no relatório porque, segundo a OMS, ainda não há dados suficientes para estimar seu consumo global.

O dispêndio mundial dos sistemas de saúde para doenças atribuídas ao consumo de tabaco foi estimado, em 2012, em 1.4 trilhões de

dólares, equivalente a 1,8% do PIB mundial (Goodchild et al. 2018). Diante desse cenário, é fundamental que os países considerem as recomendações indicadas por organismos internacionais na formulação de suas políticas públicas para conter a epidemia global de doenças crônicas não transmissíveis. Essas recomendações, por sua vez, estão calcadas nos seguintes eixos: comercialização, tributação, construção de capacidades, cooperação, legislação e competência, marketing e propaganda, monitoramento e vigilância, programas e políticas, registro, rótulo e conteúdo.

Apesar de a maioria das recomendações emanadas de organismos internacionais constituírem normas de soft law (não vinculantes), a Convenção-Quadro de Controle de Tabaco possui recomendações vinculantes para os Estados-membros e são diretrizes importantes no enfrentamento da epidemia global de doenças crônicas transmissíveis, pois o consumo de tabaco é um de seus fatores de risco. Além de reconhecer quais recomendações internacionais são internalizadas nos países, é imprescindível identificar, por exemplo, os desafios dessa internalização (ex.: interesses conflitantes entre indústria e saúde pública) e seus elementos catalisadores (ex.: liderança política).

Mais detalhes sobre a regulação internacional de tabaco podem ser encontrados na página do Observatório de Regulação Internacional de Fatores de Risco Associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

## Referências

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 769, de 2015. Disponível em: <https://bit.ly/2G23jC4>

WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: World Health Organization; 2019a. Disponível em: <https://bit.ly/2RhaeN2>

WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Geneva: World Health Organization; 2019b. Disponível em: <https://bit.ly/35QZTwF>

Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013. Disponível em: <https://bit.ly/2FReCgl>

Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control* 2018; 27:58-64.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Outbreak of Lung Injury Associated with the Use of E-Cigarette, or Vaping, Products. 2020. Disponível em: <https://bit.ly/2tihsbB>

Figura 1: WHO (2019a)

In: <https://bioeticaediplomacia.org/organizacao-mundial-da-saude-lanca-terceira-edicao-do-relatorio-global-sobre-tendencias-na-prevalencia-do-consumo-de-tabaco/>

# Comunicado



**COMISIÓN DE DERECHO A LA SALUD**  
Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica



La Red Iberoamericana de Derecho Sanitario y la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica comunican a todas las personas que en aras del principio de precaución y la salud pública, así como en el estricto apego a las recomendaciones tanto del Gobierno de la República de Costa Rica como de organismos internacionales -Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud- giradas en torno a la pandemia provocada por el COVID-19, y con el fin último de garantizar la seguridad de los asistentes; han acordado SUSPENDER EL X CONGRESO DE LA RED IBEROAMERICANA DE DERECHO SANITARIO programado para realizarse este año en la ciudad de San José, Costa Rica. En su lugar se ha optado por celebrar en esta ciudad el X Congreso en el año 2021.

Tenemos la firme convicción que logremos salir adelante con más fortaleza y conocimiento de esta situación que tanto ha afectado a las sociedades.

Finalizamos, convencidos que la situación que afrontamos ante esta pandemia nos abre las puertas a un nuevo debate sobre el rol del Derecho Sanitario, de las respuestas que la sociedad espera de nosotros y de la conformación de nuevos marcos jurídicos en materia de salud pública.

En nombre de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, en asociación con la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados de Costa Rica, les esperaremos en el 2021.

# Notícias em Saúde

## Brasil

### **Supremo Tribunal Federal determina que Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custo**

O Plenário do Supremo Tribunal Federal decidiu no Recurso Extraordinário n. 566471 que o Estado não é obrigado a fornecer medicamentos de alto custos solicitados ao judiciários que não estejam previstos na relação do Programa de Dispensação de Medicamentos em Caráter Excepcional do Sistema Único de Saúde (SUS). O caso concreto trata da recusa do Estado do Rio Grande do Norte em fornecer o citrato de sildenafila para tratamento de cardiomiopatia isquêmica e hipertensão arterial pulmonar à demandante. A corrente vencedora ponderou que, excepcionalmente, em casos de medicamentos de alto custo não disponíveis no sistema, o Estado poderia ser obrigado a fornecê-los caso comprovada a extrema necessidade do medicamento e a incapacidade financeira do paciente e sua família, considerando a impossibilidade de fornecer fármacos não registrados na agência reguladora (ANVISA).

STF. 11/03/2020. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=439095>

### **Advocacia-Geral da União recorre de decisão de Ministro do STF para garantir predominância de medidas federais contra COVID-19**

Por meio de decisão monocrática que deferiu parcialmente ação da Ordem dos Advogados do Brasil, o ministro do Supremo Tribunal Federal, Alexandre de Moraes liberou estados e municípios a adotarem medidas que entendam como as melhores contra a pandemia de COVID19. Segundo o ministro "não compete ao Poder Executivo Federal afastar, unilateralmente, as decisões no âmbito de medidas como o isolamento social, distanciamento e quarentena". Para a Advocacia-Geral da União (AGU), a decisão minimiza a eficácia das normas gerais editadas pela União. A AGU argumenta que a competência concorrente entre os entes federativos para legislar sobre proteção à saúde não exime estados e municípios de observar as normas gerais editadas pela União, em especial às de devido processo e de definição das chamadas atividades essenciais, cujo funcionamento não deve ser interrompido durante a quarentena e isolamento, que têm sido alvo de disputas entre o presidente da República, o Poder Judiciário e o Ministério Público.

O Estado de São Paulo.14/04/2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/blogs/fausto-macedo/agu-recorre-da-decisao-de-alexandre-e-quer-uniao-ditando-as-regras-sobre-servicos-essenciais/>

## Costa Rica

### Governo fecha fronteira com a Nicarágua

O governo costa-riquenho fechou seus 309 km de fronteira com a Nicarágua, enviando ao local forças policiais para impedir a entrada de imigrantes. A Costa Rica também cancelou todos os status de imigração para refugiados, além de suspender a recepção de pedidos de refúgio por período indefinido. Segundo o vice-presidente Epsy Campbell, responsável pelas operações de imigração, tais medidas são necessárias para consolidar uma cerca sanitária. Conforme pronunciamento da diretora da OPAS, Carissa Etienne, na Costa Rica existe um medo crescente do contágio maciço e silencioso em solo nicaraguense e de uma possível disseminação para a população da Costa Rica. A orientação do governo costa-riquenho é de que os residentes nicaraguenses não retornem ao seu país.

El País Internacional. 12/04/2020.  
Disponível em: <https://elpais.com/internacional/2020-04-12/costa-rica-refuerza-su-frontera-mientras-ve-con->

## Argentina

### Governo discute criação de imposto sobre grandes fortunas

Documento intitulado "Coronavirus quièn paga la crisis?", elaborado pela equipe econômica Proyecto Económico liderada pela economista e deputada chefe da comissão de finanças da Câmara Baixa do Congresso, Fernanda Vallejos, propõe a criação de um imposto sobre as grandes fortunas, visando taxar os 15.000 argentinos mais ricos com bens no país e no exterior. O plano permitiria arrecadar um valor de 3.800 milhões de dólares a fim de minimizar a crise agravada pela pandemia no país. A versão oficial do projeto já foi enviada para o presidente Alberto Fernández e teria como piso para taxaço a quantia de 10.000 milhões de pesos argentinos (mais de 100 milhões de dólares), mas os detalhes ainda serão discutidos no executivo e legislativo, com a possibilidade de alteração dos valores.

Clarín. 13/04/2020. Disponível em:  
[https://www.clarin.com/politica/impuesto-grandes-fortunas-informe-llevaron-alberto-fernandez-cristina-kirchner-sugiere-cuantas-personas-podria-alcanzar\\_0\\_5bwTZlvVk.html](https://www.clarin.com/politica/impuesto-grandes-fortunas-informe-llevaron-alberto-fernandez-cristina-kirchner-sugiere-cuantas-personas-podria-alcanzar_0_5bwTZlvVk.html)

# Jurisprudência

## Espanha

**Tribunal Supremo. Sala de lo Contencioso. Sede: Madrid. Sección: 4 Fecha: 31/03/2020  
Nº de Recurso: 91/2020 . Ponente: Excmo. Sr. D. Pablo Lucas Murillo de la Cueva Pro-  
cedencia: Consejo de Ministros . Roj: ATS 2425/2020 - ECLI: ES:TS:2020:2425A**

HECHOS PRIMERO.- Por escrito de 26 de marzo de 2020, registrado el día 30, la procuradora doña Teresa de Jesús Castro Rodríguez, en nombre y representación de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), asistida por la letrada doña Aránzazu Albesa Pérez ha interpuesto, por el procedimiento de protección jurisdiccional de los derechos fundamentales recurso contencioso-administrativo contra "la inactividad del Ministerio de Sanidad en lo referente al incumplimiento del art. 12.4 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria por el COVID-19 (B.O.E. nº 67 de 14 de marzo de 2020) al entender vulnerado el derecho fundamental a la integridad física consagrado en el artículo 15 CE y acuerde la tramitación del mismo por todos sus trámites". En OTROSÍ DIGO solicita que acordemos, conforme al artículo 135 de la Ley de la Jurisdicción y por razones de urgencia vital para los profesionales y ciudadanos, la medida cautelarísima de requerir al Ministerio de Sanidad "en cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de lo establecido en el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma, se provea con carácter urgente e inmediato, en todos los Centros hospitalarios, Centros asistenciales de Atención Primaria, Servicios de Emergencias, Servicios de Asistencial Rural, centros con pacientes institucionalizados así como todos los demás centros asistenciales del territorio nacional ya sean públicos o privados y cualesquiera otras dependencias habilitadas para uso sanitario, BATAS IMPERMEABLES, MASCARILLAS FPP2, FPP3, GAFAS DE PROTECCIÓN, CALZAS ESPECÍFICAS y CONTENDEROS GRANDES DE RESIDUOS, siguiendo las recomendaciones de la OMS y los protocolos de protección del propio Ministerio de Sanidad". SEGUNDO.- Por acuerdo del Presidente de la Sala de 30 de marzo de 2020 y conforme a las normas de reparto, se turnó el asunto a la Sección Cuarta y fue designado ponente el Excmo. Sr. don Pablo María Lucas Murillo de la Cueva. RAZONAMIENTOS JURÍDICOS PRIMERO.- Los términos de la solicitud. El recurso interpuesto por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos se dirige contra la inactividad del Ministerio de Sanidad por incumplimiento del artículo 12.4 del Real Decreto 463/2020. Ese precepto dispone: "Artículo 12. Medidas dirigidas a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional. 1. Todas las autoridades civiles sanitarias de las administraciones públicas del territorio nacional, así como los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, quedarán bajo las órdenes directas del Ministro de Sanidad en cuanto sea necesario para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza. 2. Sin perjuicio de lo anterior, las administraciones públicas autonómicas y locales mantendrán la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento. El Ministro de Sanidad se reserva el ejercicio de cuantas facultades resulten necesarias para garantizar la cohesión y equidad en la prestación del referido servicio. 3. En especial, se asegurará la plena disposición de las autoridades civiles responsables del ámbito de salud pública, y de los empleados que presten servicio en el mismo. 4. Estas medidas también garantizarán la posibilidad de determinar la mejor distribución en el territorio de todos los medios técnicos y personales, de acuerdo con las necesidades que se pongan de manifiesto en la gestión de esta crisis sanitaria. 5. Las autoridades competentes delegadas ejercerán sus facultades a fin de asegurar que el personal y los centros y establecimiento sanitarios de carácter militar contribuyan a reforzar el Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional. 2 JURISPRUDENCIA 6. Asimismo, el Ministro de Sanidad podrá ejercer aquellas facultades que resulten necesarias a estos efectos respecto de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada". El escrito de interposición reproduce también el artículo 13 del Real Decreto 463/2020, que dice así: "Artículo 13. Medidas para el aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública. El Ministro de Sanidad podrá: a) Impartir las órdenes necesarias para asegurar el abastecimiento del mercado y el funcionamiento de los servicios de los centros de producción afectados por el desabastecimiento de productos necesarios para la protección de la salud pública. b) Intervenir y ocupar transitoriamente industrias, fábricas, talleres, explotaciones o locales de cualquier naturaleza, incluidos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de titularidad privada, así como aquellos que desarrollen su actividad en el sector farmacéutico. c) Practicar requisas temporales de todo tipo de bienes e imponer prestaciones personales obligatorias en aquellos casos en que resulte necesario para la adecuada protección de la salud pública, en el contexto de esta crisis

sanitaria". A continuación, la recurrente afirma que el incumplimiento de estos preceptos "al elevar el 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud, la situación de emergencia de salud pública a pandemia internacional y la rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requiere la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta coyuntura tan dramática". Dicho incumplimiento, añade, causa lesión para los legítimos intereses de los profesionales "dado el extraordinario riesgo para su integridad física y moral y las necesidades de protección de los profesionales sanitarios", que es "público y de general conocimiento, bastando al efecto, ver cualquier noticiario, diario público o privado, audiovisual, oral y escrito". Y puede, añade, "conllevar la infracción de dicho derecho constitucional el excesivo número de bajas, como ya están produciendo en elevado número, que rebajen y limiten las posibilidades de lucha contra la pandemia y la defensa de los ciudadanos afectados por ella". Afirma, seguidamente, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos que los hechos descritos suponen la vulneración del derecho fundamental consagrado en el artículo 15 de la Constitución a la integridad física en relación con su artículo 43.1. Además, recuerda que el artículo 116, siempre de la Constitución, en sus apartados 5 y 6 no modifica el principio de responsabilidad del Gobierno y de sus agentes. También justifica la adecuación del procedimiento elegido para que declaramos que "el cese de la inactividad administrativa ante el incumplimiento del artículo 12.4 (...) por vulnerar el derecho a la integridad del artículo 15 CE" y explica que según la jurisprudencia más reciente, de la que cita las sentencias del Tribunal Constitucional n.º 5/2002, 119/2001 y 62/2007, si bien no todo riesgo para la salud implica una vulneración del mismo, sí produce ese efecto aquél que genere un peligro grave y cierto para la misma y destaca que esa vulneración puede deberse a una omisión y que no es preciso para que se dé que la lesión se haya consumado. Llegado a este punto, el escrito de interposición dice que "la Administración no ha garantizado la provisión de material de protección según las recomendaciones de la OMS y del propio Ministerio de Sanidad, a los profesionales sanitarios del conjunto de medidas y elementos necesarios para que puedan realizar su trabajo en condiciones mínimas de seguridad y no verse así contagiados por los pacientes o aumentar el riesgo que los mismos sufren, y evitar la propagación de la enfermedad, siendo un hecho notorio y público, que los profesionales del ámbito de la salud pública están prestando servicios sanitarios con muchas dificultades para evitar la propagación de la enfermedad y, el contagio en los propios profesionales, conlleva un claro riesgo no solo para la salud los profesionales sino la de los pacientes, los familiares y en general la ciudadanía, debiendo el Ministerio de Sanidad actuar como garante de la salud e integridad física del personal sanitario, en su condición de titular de los medios para su protección, y con ello garante de la salud e integridad física del conjunto de los ciudadanos". Por último, la recurrente justifica su petición de la medida cautelar a tomar inaudita parte que hemos reproducido en el primero de los hechos antes consignados "por razones de urgencia vital para los profesionales y ciudadano". SEGUNDO.- El juicio de la Sala. No procede acordar la medida solicitada sin oír a la Administración. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos reitera la petición que nos hizo en su escrito del pasado 20 de marzo de 2020 y denegamos mediante nuestro auto de 25 de marzo. A diferencia de lo que hizo 3 JURISPRUDENCIA entonces, ahora precisa el objeto de su impugnación y el derecho fundamental invocado, justifica la idoneidad del procedimiento y ofrece un mínimo razonamiento que relaciona ese objeto con dicho derecho fundamental. No hay duda de la posibilidad de hacer valer por el cauce procesal elegido el derecho a la salud cuando el riesgo que le afecta es susceptible de poner en peligro la vida o la integridad física o moral. Por otro lado, ya dijimos en el citado auto de 25 de marzo de 2020 que no hay obstáculos a nuestra competencia ya que, conforme al artículo 4 del Real Decreto 463/2020, es el Gobierno la autoridad competente durante el estado de alarma para hacer frente a la pandemia, sin perjuicio de que el ejercicio de las funciones contempladas en esa disposición pueda delegarse en otras autoridades, entre las que se cuenta el Ministro de Sanidad. Por tanto, los obstáculos procesales que advertíamos entonces no se dan ahora. Tampoco hay duda, porque así lo establece expresamente la Constitución, de que la declaración de los estados de emergencia previstos por su artículo 116 no interrumpe el funcionamiento de los poderes constitucionales del Estado (apartado 5), entre ellos el Poder Judicial, ni modifica el principio de responsabilidad del Gobierno y de sus agentes reconocido en la Constitución y en las leyes (apartado 6). Así, pues, al igual que los demás órganos jurisdiccionales esta Sala mantiene la plenitud de sus atribuciones jurisdiccionales y puede, en consecuencia, juzgar la actividad y la inactividad de las Administraciones Públicas y, también, del Gobierno, de conformidad con los artículos 1, 2 y 25 de la Ley de la Jurisdicción y las reglas sobre su competencia. Sucede, sin embargo, que el legislador ha determinado cómo cabe enjuiciar la inactividad administrativa. El artículo 29 de la Ley de la Jurisdicción requiere, cuando la Administración esté obligada a una prestación concreta, que los interesados se dirijan, en primer lugar, a ella reclamándosela y, sólo ante la falta de respuesta de la misma en el plazo señalado por el apartado 1 de ese precepto, les reconoce el derecho a deducir recurso contencioso-administrativo contra esa inactividad. No nos ha dicho la Confederación recurrente que haya efectuado tal reclamación. En todo caso, a los efectos de resolver sobre la pretensión cautelar debemos poner de manifiesto que el escrito de interposición, para justificar la inactividad que quiere combatir y la medida provisionalísima que pretende, se remite a los medios de comunica-

ción para dejar constancia de que los profesionales sanitarios no cuentan con todos los medios que necesitan para realizar, debidamente protegidos, su trabajo decisivo. La Sala conoce esas informaciones y acepta como hecho notorio que no disponen de todos los medios necesarios para hacer frente a la pandemia con la debida protección. Así resulta de las manifestaciones de profesionales afectados y de pacientes que transmiten los medios y de cuanto dicen las mismas autoridades que diariamente dan cuenta de sus gestiones para poner a disposición de quienes los necesitan los equipos de protección y, por tanto, admiten que aún no cuentan con todos los precisos. La cuestión jurídica a resolver en este momento, sin embargo, no es la insuficiencia de medios sino si puede ser reprochada como resultado de una inactividad antijurídica de la Administración y, mientras que no es discutible esa carencia, esta Sala carece de elementos suficientes para afirmar que existe tal inactividad y, mucho menos, sin oír antes a la Administración. La Sala comprende la preocupación que mueve a la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos y coincide en que los profesionales sanitarios --cuyo papel extraordinario en la emergencia que sufrimos es notorio y reconocido por todos-- han de contar con todas las medidas que les permitan hacer su trabajo con la protección necesaria. No obstante, debe atenerse al cometido que le asigna la Ley de la Jurisdicción. No cabe, en consecuencia, acordar la medida positiva solicitada y sí acordar que se tramite la pieza ordinaria de medidas cautelares conforme a los artículos 129 y siguientes de la Ley de la Jurisdicción en cuyo seno la Sala pueda pronunciarse ya con conocimiento de todos los extremos precisos y, en particular, de la gestión efectuada al respecto por la Administración y de los criterios que la han informado que nos ha exponer con detalle el Abogado del Estado en su escrito de alegaciones. Por todo lo dicho, LA SALA ACUERDA: (1.º) Denegar la medida cautelarísima solicitada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). (2.º) Acordar que se tramite la pieza ordinaria de medidas cautelares. Así lo acuerdan, mandan y firman los Excmos. Sres. Magistrados indicados al margen.

## Colômbia

SALA DE CASACIÓN PENAL - SALA DE DECISIÓN DE TUTELAS

NÚMERO DE PROCESO: T 109113

NÚMERO DE PROVIDENCIA: STP2085-2020

CLASE DE ACTUACIÓN: ACCIÓN DE TUTELA - SEGUNDA INSTANCIA

TIPO DE PROVIDENCIA: SENTENCIA

FECHA: 25/02/2020

PONENTE: PATRICIA SALAZAR CUÉLLAR

TEMA: ACCIÓN DE TUTELA CONTRA PROVIDENCIA JUDICIAL - Principio de subsidiariedad y residualidad - Improcedencia de la acción: omisión en el uso de medios de impugnación

ACCIÓN DE TUTELA - Principio de nemo auditur propriam turpitudinem allegans: alcance (c. j.)  
DERECHO AL DEBIDO PROCESO - Ejecución de la pena: razonabilidad de la decisión que revoca el mecanismo sustitutivo de la prisión domiciliaria ante el incumplimiento de los compromisos adquiridos

DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA PERSONA PRIVADA DE LA LIBERTAD - Derecho a la salud: ausencia de vulneración por parte del establecimiento carcelario al no demostrarse la falta de prestación de servicios médicos

Conforme con el artículo 32 del Decreto 2591 de 1991, la Sala es competente para desatar la alzada, por cuanto la decisión sobre la que recae la impugnación fue proferida por el Tribunal Superior del Distrito Judicial de Cúcuta.

La acción de tutela no tiene connotación alternativa o supletoria, es decir, que su ejercicio no puede darse en forma paralela a los medios de defensa judicial comunes, ni tampoco se instituyó como último recurso al cual se pueda acudir cuando aquellos no se ejercitan, o habiéndolo hecho, resultan desfavorables al interesado.

En el caso examinado, observa la Corte que no se satisface el requisito que tiene que ver con el agotamiento de todos los medios –ordinarios y extraordinarios– de defensa judicial al alcance de la persona afectada con la actuación o la decisión emanada de la autoridad pública comprometida. Ello por cuanto se advierte que JULIÁN ANDRÉS ECHAVARRÍA RICO, en el marco de la causa penal con radicación 54001610607920160822400, no interpuso los recursos de reposición y apelación contra el proveído emitido el 6 de noviembre de 2019 por el Juzgado 1º de Ejecución de Penas y Medidas de Seguridad de Cúcuta, a través del cual le fue revocada la prisión domiciliaria, impidiendo con ese proceder omisivo, que el Juez Natural, esto es, el superior jerárquico de la autoridad cuestionada, examinara de fondo los motivos de inconformidad que le asisten a él y a la promotora de este amparo en torno a los motivos que llevaron a que perdiera el sustituto penal.

Lo anterior sin contar, que, en todo caso, como se advierte de la constancia de enteramiento suscrita el 5 de septiembre de 2019 por el notificador del Centro de Servicios Administrativos de los juzgados de esa categoría y el propio sentenciado, éste tuvo conocimiento del auto de fecha 20 de agosto de ese mismo año, por medio del cual el juez de penas, de acuerdo con lo previsto en el artículo 477 del CPP, le solicitó explicaciones frente al informe de las autoridades del INPEC sobre la evasión de su domicilio, oportunidad que también fue despreciada por el directo interesado para tratar de mantener vigente el sustituto penal. [1: Folio 22 cuaderno de primera instancia.]

En esas condiciones, resulta inadmisibles que ahora la parte demandante pretenda subsanar el proceder de su agenciado, a través de esta vía excepcional de protección, pues como de manera reiterada lo ha sostenido la Corte Constitucional «una de las condiciones de procedibilidad de la

acción de tutela, consiste en que el accionante no sea responsable de los hechos que presuntamente vulneran los derechos invocados, pues su finalidad no es subsanar los efectos del descuido en que haya podido incurrir...» (C.C.S.T- 1231/2008), lo cual es expresión del principio «Nemo auditur propriam turpitudinem allegans», que en tratándose del ejercicio de la acción de tutela implica que: «(i) el juez constitucional no puede amparar situaciones donde la supuesta vulneración de un derecho fundamental, no se deriva de la acción u omisión de cualquier autoridad sino de la negligencia imprudencia o descuido del articular; (ii) la incuria del accionante no puede subsanarse por medio de la acción de tutela; (iii) la imposibilidad de alegar la propia culpa o desidia para solicitar la protección de um derecho cuyo riesgo ha sido generado por el mismo accionante» (C.C.S.T-1231/2008). [2: Nadie puede alegar en su favor su propia culpa.]

De manera que resulta evidente que el descuido puesto de presente permitió que la decisión reprochada cobrara firmeza, situación que no puede modificarse a través de la vía constitucional, ni siquiera como mecanismo transitorio, pues para acceder al amparo bajo esa modalidad es necesario que el interesado haya hecho uso adecuado de todos los médios ordinarios dispuestos por el legislador (Cfr. Sentencia SU - 111 de 1997).

De otra parte, tampoco se observa transgresión de las prerrogativas onstitucionales invocadas por la actora en favor de su hermano, por parte de las autoridades del penal y la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios "USPEC", pues, tal y como se extrae de plenario, sin desconocer el padecimiento que aqueja a JULIÁN ANDRÉS ECHAVARRÍA RICO, no existe evidencia clara y concreta de que actualmente se le esté privando de los serviciosmédicos que requiere.

Bajo ese derrotero, lo que dejan al descubierto la solicitud de amparo y la impugnación formulada, es que la parte demandante pretende anticipar el debate frente a la prestación de los servicios de salud que necesita su familiar y, por ende, desplazar al funcionario natural, esto es, el juez de ejecución de penas, quien es el responsable de verificar, a través de medicina legal, sus condiciones físicas, así como el estado de la patología que registra, previa solicitud del sentenciado.

En consecuencia, si como punto de partida es claro que cada parte o extremo tiene su carga probatoria necesaria para que el juez adopte la decisión adecuada, si ante la administración de justicia no han sido debidamente soportados los reparos alegados por la accionante, mal pueden, entonces, ser condenadas las autoridades destinatarias de la acción (Cfr. CC. T- 010/98).

Así las cosas, el fallo impugnado será confirmado.

# Cultura na Rede

## À Espera

Pairava no ar e ninguém sabia explicar direito  
o porquê. O quando. O que.  
E de repente, tão mais o espanto. Estava lá.  
A rua parou de gritar.  
Silenciou e os muros tomaram  
outro encontro.

Parado. Apreensivo. Resguardado,  
entre o medo e a paranoia.

- E algumas loucuras destrutivas de vontades corrosivas à segurança nacional.

Eles levaram tudo.  
As aulas, o emprego,  
o futuro.

Pior perda é a de perspectiva.  
E a vida se alonga em minutos e horas indistintos de um dia.  
Me desculpa,  
é que me levaram a alegria.

A casa e cidade, e às vezes  
eu mal aguento de saudade. Da rua.  
São Paulo, meu credo e filosofia.

O outro é uma realidade distante, de pixels, amarelos  
magentas.

E o limbo eterno se sustenta. Num não ser, converter-se mero potencial a realizar.  
Quem sabe um dia  
quando setembro chegar.

Me desculpa, às vezes me pego a esperar

Godot e tudo o que

Há de voltar

**Ana Luisa Romão  
(2020)**

## Cultura na Rede



**RECOMENDADO PARA  
PESSTOAS QUE SE  
CONSIDERAM IMUNES  
AO CORONAVÍRUS**

**SEM RESTRIÇÃO DE  
USO**

@carolfpie