

UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABI

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA



TEMA:

“EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD.”

TESIS DE GRADO

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

ABOGADO DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DE LA

REPÚBLICA DEL ECUADOR.

AUTOR:

GABRIELA NATALI GARCIA GARCIA

Tutor:

Dr. Francisco Ruisdael Velásquez García.

Manta - Manabí - Ecuador

2016-2

AGRADECIMIENTO

Agradezco de una forma muy especial a Dios, debido a que, sin él no hubiese sido posible llevar a cabo con éxito los estudios de tercer nivel. Mi franco y cálido agradecimiento a la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, por haberme otorgado la oportunidad de cumplir mis estudios

A todos y cada uno de los profesores de la Facultad de Jurisprudencia, quienes con su dedicación y empeño lograron compartir en mí sus enseñanzas; y, de manera muy particular al Dr. Francisco Ruisdael Velásquez García de la Facultad de Jurisprudencia, que con su acertada dirección me ha guiado y ayudado moralmente para continuar con este proyecto.

A todos mis compañeros de clases y a todas las personas que han influido para llegar a feliz término mis estudios.

Muchas Gracias.

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico a mis padres, que con mucho sacrificio y paciencia han sabido apoyarme en la culminación de mis estudios, a ellos les agradezco de todo corazón por todo lo que han hecho por mí.

A mi esposo por el apoyo otorgado y palabras alentadoras que me han ayudado para alcanzar el objetivo deseado.

A mis familiares y amigos quienes fueron la fuerza motivadora para finalizar con éxito este proyecto propuesto.

CERTIFICACIÓN

Por medio de la presente CERTIFICO haber dirigido a la señora egresada: Gabriela Natali García García, en la elaboración de su tesis de grado, cuyo tema es **“EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD.”**; la cual fue analizada y corregida en todas sus fases por mi persona.

Atentamente,

Dr. Francisco Ruisdael Velásquez García.
Director de Tesis

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Yo **GABRIELA NATALI GARCIA GARCIA**, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de ABOGADO DE LOS JUZGADOS Y TRIBUNALES DEL ECUADOR, son absolutamente originales, auténticos y de mi autoría; lo que debo expresar que el trabajo realizado, está exploración los hice con una puntual búsqueda, en el marco jurídico legal operando las técnicas investigativas tales como la entrevista lo que me permitió conocer la situación en cuanto al Tema : **“EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD.”** es de mi autoría y no ha sido previamente presentado para ningún grado profesional o académico; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

En tal virtud, expreso que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del presente trabajo es de exclusiva responsabilidad del autor.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad.

Gabriela Natali García García

C.C 131042362-7

Manta, octubre del 2017

Dr. Lenin Arroyo Baltan, Mg

DECANO DE LA FACULTAD DE JURISPRUDENCIA

Presente.

Dr. FRANCISO VELASQUEZ GARCIA. Mg, docente de la Facultad de Derecho, expongo y solicito lo siguiente:

Desde el 24 de julio del 2017, asumí la tutoría del trabajo de titulación, de la señora egresada: GARCIA GARCIA GABRIELA NATALI, con el tema "EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD", manifiesto y comunico lo siguiente:

Que de acuerdo a lo establecido por la ley Orgánica de Educación Superior, y la guía metodológica de trabajos de titulación de la ULEAM, se realizó el análisis, el asesoramiento correspondiente en los tiempos determinados en la plantilla que evidencian el control y desarrollo de los temas con las correcciones que el caso requiera en el trabajo de titulación fijado.

Una vez concluido el mismo y cumpliendo con los parámetros establecidos exigidos por la Facultad y el reglamento determinado para estos casos informo que trabajo tiene las condiciones para ser exhibido y aprobado por el Tribunal examinador.

Atentamente.

Dr. Francisco Velásquez García, Mg.

TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

CERTIFICACIÓN

Dr. Francisco Velasquez Garcia, Mg. **TUTOR** del trabajo de titulación, manifiesto que he dirigido asesorado y corregido la realización del trabajo de titulación “**EL DERECHO CONSTITUCIONAL A LA SALUD**”, ejecutado por la señora **GARCIA GARCIA GABRIELA NATALI** para optar al título de Abogado de los Tribunales de la República del Ecuador, el mismo que es de su autoría y no representa ningún tipo de plagio, tal como lo establece la ley de educación superior y su reglamento. Además se han cumplido con los parámetros determinados por la Facultad y su reglamentación respectiva. El mismo tiene las condiciones para ser revisado y aprobado por el tribunal examinador.

Dr. Francisco Velásquez García, Mg.
TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACION.

RESUMEN EJECUTIVO

La constitución de la República del Ecuador fue publicada en el Registro Oficial número 449, el día 20 de octubre de 2008; a partir de esta fecha, fue el punto de partida para todos los cambios esenciales en la vida de los ecuatorianos. Uno de esos grandes y positivos cambios es el derecho a la salud.

La salud tiene una importancia vital para todos los seres humanos. Una persona con mala salud no podrá estudiar o trabajar adecuadamente y no podrá disfrutar completamente de su vida. Por lo tanto, el derecho a la salud constituye un derecho fundamental de todos los seres humanos.

Este derecho fundamental impulsa políticas públicas que están cambiando el Sistema Nacional de Salud. Por otro parte como hecho trascendental, se implementó la gratuidad en los medicamentos.

El Sistema de Salud que se encuentra establecido en el Ecuador se identifica por la división de sectores existentes: Público y Privado. Como en otros países, este sistema de seguridad social, se encuentra financiado por los trabajadores del sector formal y con intervenciones de salud pública y redes asistenciales para los más pobres. El objetivo de la presente investigación es analizar el derecho a la salud y evaluar el cumplimiento efectivo de este derecho constitucional.

Este proyecto de investigación lo constituyen cuatro capítulos:

Capítulo primero, recoge el tema, antecedentes, formulación del problema e impactos.

Capítulo segundo, divisa todo lo concerniente a la salud, logrando que sea un faro, con el objetivo de ir gradualmente en el desarrollo de este proyecto.

Capítulo tercero, consta el marco jurídico, donde se encuentran las bases legales constitucionales que los sustentan. Las normas jurídicas que van de acorde al tema del proyecto investigativo, así como los factores predominantes en el ámbito de la salud conforme con la carta de las Naciones Unidas.

Capítulo cuarto, contiene un análisis sobre el derecho a la salud, el cual se encuentra establecido y sustentado en la constitución de la República del Ecuador.

Culminando con las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

INDICE

Pág.

AGRADECIMIENTO	i
DEDICATORIA	ii
CERTIFICACIÓN.....	iii
RESUMEN EJECUTIVO	vii
1.1 Tema.....	1
1.2 Antecedentes.	1
1.3 Formulación del Problema	3
1.4 Objetivos	3
1.5 Justificación	4
1.6 Impactos.....	5
1.6.1 Impacto Científico	5
1.6.2 Impacto Social.....	5
1.7 Métodos y Técnicas de Investigación.....	6
1.7.1 Métodos.....	6
1.7.2 TECNICAS.....	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1. La Salud	8
2.1.1. La Salud en la Edad Antigua	8
Historia De La Salud Pública	9

2.1.2.	La Salud en La Edad Media.....	12
2.1.3.	La Salud en La Edad Moderna.....	14
2.1.4.	La Salud en La Edad Contemporanea.....	16
2.2.	El Derecho a La Salud como Derecho Fundamental.....	19
2.3.	La Protección Constitucional del Derecho a La Salud: La Jurisprudencia de la Corte Constitucional.....	22
2.4.	El Derecho A La Salud.....	26
2.5.	El Derecho a La Salud - Recientes Evoluciones de la Jurisprudencia Constitucional.....	28
2.6.	El Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental.....	29
2.7.	El Derecho a la Salud una Búsqueda Inacabada.....	29
2.8.	Elementos esenciales del Derecho a la Salud.....	31
2.8.1.	Disponibilidad de la Salud.....	31
2.8.2.	Acceso a la Salud.....	32
2.8.3.	Aceptabilidad de la Salud.....	33
2.8.4.	Calidad de la Salud.....	33
2.9.	La Salud es un Derecho Humano.....	33
2.9.1.	¿Por qué la salud es un Derecho Humano?.....	33
2.9.2.	La Salud es integral.....	34
2.9.3.	La salud, cuestión personal.....	36
2.9.4.	La salud, un derecho.....	36
2.10.	De la Naturaleza Jurídica del Derecho a La Salud.....	37

2.11. Los Mandatos Constitucionales sobre El Derecho a La Salud: Implicaciones de Equidad y Eficiencia.....	39
2.12. Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud en el mundo.	41
2.13. Los Acuerdos Internacionales y sus Implicaciones sobre las Obligaciones de los Estados Frente al Derecho a la Salud.	42
2.14. Tratado De Derecho a la Salud.....	43
2.15. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.	45
2.16. Ruta de Trámite de Acceso a la Salud.....	47
2.17. Estadística de Acceso a la Salud – Un Derecho que no discrimina nacionalidad.	48
2.18. Estadística de Acceso a la Salud - Producción establecimientos de salud por diagnóstico.....	49
2.19. Estadística de Acceso a la Salud - Avances en el área de la Salud: periodo 2000-2011 50	
2.20. Estadística de Acceso a la Salud – Total de consultas (brindadas) de morbilidad por año, (médico, obstetrix, psicólogo) según grupos de edad.....	51
2.21. Estadística – Presunta mala práctica profesional.....	52
2.21.1. Casos – Presunta mala práctica profesional.....	52
2.21.2. Casos – Presunta mala práctica profesional: Archivados.....	53
CAPÍTULO III	54
MARCO JURÍDICO.....	54
3.1. Normativa en relación a la Salud	54
3.1.1. Constitución de la República del Ecuador.....	54

3.1.2.	Ley de Seguridad Social.....	56
3.1.3.	Ley Orgánica de Salud.	57
	CAPÍTULO IV.....	58
	ANÁLISIS DE LOS DERECHOS DE LA SALUD.	58
4.1.	Legislación Comparada.....	58
4.1.1.	Chile.....	58
4.1.1.1.	El Derecho A La Salud: Contexto económico, político y social.....	60
4.1.1.2.	Descripción del sistema de salud o de la atención sanitaria en el país.....	62
4.1.1.3.	Conflictividad social en torno al derecho a la salud.	63
4.1.1.4.	Estudios de caso: garantía o violación del derecho a la salud.....	64
4.1.2.	Colombia.	64
4.1.2.1.	La Salud en el Régimen Colombiano	64
4.1.3.	México.	66
4.1.3.1.	El Derecho A La Salud En México.....	66
4.1.4.	España.	68
4.1.4.1.	El Derecho a la Salud En España.....	68
4.1.4.2.	Constitución Española y Salud: Fundamentos y Dilemas de Desarrollo del Seguro Nacional Social.	70
4.1.4.3.	Derecho a la protección de la salud: concepto y fundamento.....	71
4.1.5.	La Protección de la Salud en La Constitución Europea.	72
4.1.6.	Ecuador.....	73
4.1.7.	Derecho Constitucional de la Salud.....	74

4.1.8. Caso Práctico	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
CONCLUSIONES.....	79
RECOMENDACIONES.....	81
ANEXOS Y MEMORIAS GRÁFICAS DEL PROYECTO INVESTIGATIVO.....	82

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Tema

“El Derecho Constitucional a la Salud.”

1.2 Antecedentes.

Para poder comprender de mejor forma este derecho debemos recordar la época de transición a partir de Constitución de la República del Ecuador, siendo esta la norma fundamental de nuestro país de mayor rango jerárquico; de este hecho de gran relevancia es indispensable señalar lo siguiente:

El 15 de abril de 2007 el Presidente de la República convoca al pueblo ecuatoriano a través de una Consulta Popular, sobre la necesidad de una Asamblea Constituyente que elabore una nueva Constitución;

El 30 de septiembre de 2007 se constituyen en ciudad Alfaro los 120 Asambleístas Constituyentes, luego de que el pueblo ecuatoriano con un 84% aprobó la necesidad de un nuevo ordenamiento jurídico para el país;

El 28 de septiembre de 2008 el pueblo ecuatoriano con un 64% aprueba en referendo la propuesta de una nueva Constitución realizada por la Asamblea Constituyente; A los pocos días, esto es 15 de octubre de 2008 se proclama oficialmente el resultado de este referendo;

En el Registro Oficial No. 449 de 20 de octubre de 2008 se publica la Constitución de la República vigente.

La Constitución de la República aprobada por el pueblo ecuatoriano, en su primer artículo señala que el Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, diferente al Estado social de derecho o Estado liberal que anteriormente existía. Una de las características de este nuevo Estado, es la incorporación y reconocimiento de los derechos constitucionales inherentes al ser humano como: el Derecho a la Vida, el Derecho a la Salud, Derecho al Agua y Alimentación, Ambiente Sano, Comunicación e Información, entre otros.

Con la implementación y las reformas que han existido a la Carta Magna, se puede apreciar que esta ley abarca muchos derechos, haciéndola garantista; así mismo cabe destacar que el artículo 32 de la Constitución de la República trata sobre servicios de salud, los cuales se regirán por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El objetivo de este proyecto de investigación radica en el diseño teórico y desarrollo práctico de un sistema del conocimiento verídico, que nos da a conocer el derecho positivo, enmarcado en la carta magna.

La Constitución ha de servir de base jurídica para la justificación del poder político, y por ello ha de gozar de cierto grado de estabilidad en su texto. En el Sistema de Salud del Ecuador predominan dos sectores, el público y privado.

Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud, Seguro Social IESS, ICS, ONG, etc., que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Ecuatoriana de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios de la Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional.

La red de servicios de salud dependiente del Ministerio de Salud Pública (MSP) está estructurada de manera regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

1.3 Formulación del Problema

¿De qué forma la aplicación las políticas, programas acciones y servicios de promoción en relación a la salud contemplados en la constitución benefician a los ciudadanos?

1.4 Objetivos

Objetivo General

Determinar los aspectos principales que intervienen y su incidencia en la calidad de vida de acuerdo a este derecho constitucional

Objetivos Específicos

- Desarrollar un análisis general de la situación de la salud.
- Conocer a fondo el tema de la salud.
- Conocer las perspectivas que se tiene sobre las políticas y programas de salud
- Exponer los beneficios que se han obtenido con la inclusión de este derecho constitucional

1.5 Justificación

La salud es un estado de bienestar o de equilibrio; las enfermedades infecciosas que surgen, la resistencia a los medicamentos como los antibióticos van en aumento, los desastres naturales y los generados por el hombre crean poblaciones de refugiados con problemas de salud inmediatos y a largo plazo; así también tenemos las Enfermedades degenerativas, contagiosas, leves, entre un sin número de estas a las que todos estamos sujetos.

Por lo citado anteriormente, con el surgimiento de nuevas enfermedades, y considerando que la Salud es un tema a nivel mundial; el proyecto tiende a justificarse, considerando que es un tema de alta relevancia, sobre todo porque actualmente es un derecho Constitucional y el Estado es aquel que debe hacer efectivo este derecho y debe garantizarlo.

Entre los beneficios que se obtiene con el desarrollo de este proyecto tenemos los siguientes:

- ❖ Brindar a los legisladores, profesionales, y público en general información notable y selecta sobre el tema del derecho a la Salud.
- ❖ Exhibir un análisis sobre los fundamentos y elementos esenciales del Derecho a la Salud
- ❖ Proporcionar un apartado sobre los derechos que le asisten a los ciudadanos, mismos que se encuentran establecidos en la constitución de la República del Ecuador

1.6 Impactos

1.6.1 Impacto Científico

El trabajo investigativo adicionalmente de brindar distintos enfoques sobre la salud, como derecho constitucional, permitirá establecer los beneficios de los programas y proyectos que se están implementando

1.6.2 Impacto Social

Está orientado a la formación integral de las personas, esto es exposición y transmisión de instrucciones e ideas sobre los diversos puntos de vista relacionados a la salud. Para poder llevar a cabo este proceso, se empezará con un estudio que va desde el derecho a la salud como derecho fundamental, la salud en la historia, contexto actual y derechos constitucionales, creando así un ítem favorable para el tratado de este tema que servirá de ayuda a la sociedad en general.

1.7 Métodos y Técnicas de Investigación

En el presente proyecto de investigación se emplearán diversos métodos, técnicas, y procedimientos que ayudarán en el desarrollo de los objetivos preconcebidos, haciendo uso de los siguientes:

1.7.1 Métodos

Método Lógico Deductivo.- estilo de razonamiento utilizado, el cual permitirá apreciar y evaluar elementos relacionados en la investigación, se recogerá, ordenará y distinguirá la información obtenida, la cual estará encuadrada en los principios teóricos y científicos con el fin de obtener resultados óptimos, con la finalidad de conseguir conclusiones reales que permitan su debida aplicación.

Método Lógico - Inductivo, este procedimiento se ha empleado debido a que no pueden ser numerados y estudiados en su totalidad los factores del objeto de investigación.

Método Objetivo- Subjetivo: Medio práctico empleado que parte de lo palpable o real, permitiendo desempeñar el objetivo planteado.

Método Empírico, procedimiento de investigación que nos permite instaurar las relaciones fundamentales del objeto, así como las peculiaridades básicas. Así mismo se aplica la percepción de una manera directa del objeto elemento de la investigación.

1.7.2 TECNICAS

Una vez realizada la selección adecuada del tema, la formulación del problema y los métodos científicos, es necesario hacer uso de las técnicas de investigación, debido a que nos permiten corregir y afinar la estructura del proyecto, de tal forma que permite constituir la investigación de una mejor manera.

Los instrumentos que se utilizaron para poder acceder al conocimiento esencial y general fueron:

Técnicas indirectas de información, por medio de fuentes de tipo secundarias lo cual permite aprovechar la bibliografía existente y a su vez permite examinar sobre los factores y materia a investigar.

Entrevistas: que permiten indagar datos específicos, relacionados a sectores inherentes a la salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. La Salud

La promoción, protección de la salud y el bienestar de la comunidad, actualmente son considerados como una de las más significativas funciones del Estado moderno. Esta función se encuentra fundada en consideraciones económicas, políticas y sociales, así mismo como en consideraciones éticas.

La historia de la salud pública puede ser apreciada como parte de la historia colectiva de la humanidad. Todas las sociedades con el transcurso del tiempo han buscado combatir las plagas y enfermedades, mismas que con el tiempo han evolucionado.

Se considera que la salud pública inició en Francia, en el siglo XIX, a partir de este instante, siempre ha existido los esfuerzos del hombre por tener una salud estable y en muchos casos por mejorar la salud individual y colectiva.

2.1.1. La Salud en la Edad Antigua

En la edad antigua, se tenía el pensamiento que mejor era enseñarles a las personas a que no enfermen, por que tratar una enfermedad era muy difícil y costoso.

Uno de los mayores problemas en esta época, es el concerniente al control de las enfermedades transmisibles, la provisión de agua y alimentos de buena calidad y la conservación del medio ambiente.

Historia De La Salud Pública

El cuidado de la vivienda y saneamiento se hallan en la India, hace cuatro mil años, legitimado por las excavaciones del Valle de Halappa, en el Pujab, en donde se hallaron evidencias de cómo estas ciudades antiguas fueron concebidas con un diseño rectangular, los cuales contaban con drenajes y baños para la expulsión de excrementos.

El pueblo hebreo, por medio de la ley mosaica, determinó el libro El Levítico del Antiguo Testamento (1.500 a.C.), el primer código sanitario de la humanidad, en el cual se puede apreciar una dieta adecuada, el ordenamiento personal y un sano comportamiento sexual como apoyo para la prevención de las enfermedades. En esta cultura nace además el concepto de aislamiento, con el fin de evitar la propagación de las enfermedades infecciosas y se insta a la desinfección de vivienda, vestidos y objetos.

En Grecia, aproximadamente hace 2.400 años, Hipócrates empleó los conceptos de endemia y epidemia derivados, como herramientas para aplicar la perspectiva comunitaria a la comprensión de las enfermedades.

La medicina griega no fue sólo curativa; a través de la higiene se hacía gran énfasis en la preservación de la salud, dando gran énfasis al estilo de vida y

a la conservación de la salud, teniendo como piedra angular una buena nutrición y eliminación adecuada, seguidas de un buen balance entre ejercicio y descanso.

En la época del imperio griego, se consultaba a los médicos, sobre las condiciones en donde se deben construir las nuevas ciudades, señalando ellos lugares elevados para evitar la humedad, contar con aire puro y asegurar la utilización del sol.

Los Acueductos en Roma, fue de gran aporte en el desarrollo de la rama de la administración de salud, dando gran interés al agua, de allí que por su pureza, algunos acueductos fueron reservados solamente para el agua de bebida, mientras que otros con algún grado de contaminación se dedicaron para el riego de jardines.

Surgen los riesgos ocupacionales, debido a que surgen algunas enfermedades, las cuales solo eran prevalentes en los esclavos. En el siglo segundo se establecieron los servicios médicos, para las ciudades pequeñas debían existir de cinco a siete doctores y para las ciudades grandes debían ser diez Su función principal era atender a los ciudadanos más pobres y su salario se fijaba por el cabo o jefe de diez soldados. Se aceptaba que recibieran pago de los ciudadanos acaudalados, pero tenían que atender de forma gratuita a los que no pudieran costearlo. Del mismo modo estaban encargados de la enseñanza de la medicina y del fomento de la salud.

Otros médicos ejercían su práctica en forma privada y recibían salario. Inclusive unos atendían a los personajes de la corte y a los de la escuela de gladiadores. Otra tributo de Roma al mundo fue la atención médica, por medio de la creación del hospital. La creación de los hospitales públicos para civiles fue en paralelo con la creación de hospitales militares en puntos indispensables, en cada campamento o cerca de las ciudades provinciales, también se crearon hospitales para los oficiales del Imperio y sus familias. El primer hospital de caridad fue instituido en Roma por Fabiola, dama cristiana en el siglo IV.

En el año 129, después de Cristo, aparece "La Higiene" de Galeno cuya influencia se extiende hasta varios siglos después.

En la Antigua China, la medicina tradicional descubrió que las enfermedades eran infecciones y que estas podían causar grandes epidemias; fueron los médicos chinos los primeros en emplear las inoculaciones de las viruelas como método preventivo contra la enfermedad.

Por medio de la observación clínica se pudo establecer la relación que existe entre el medio ambiente y el cuerpo humano, surgió la teoría del origen de la enfermedad: los factores patógenos de tres tipos: factores exógenos, divididos en seis factores: endógenos, alegría, agresividad, melancolía. Ansiedad, tristeza y miedo y factores diferentes a los exo-endógenos. La observación además reconoció fraccionar las formas de transmisión: a) por medio del canal digestivo; b) por medio del tracto respiratorio y c) transmisión por contagio de persona a persona. Adicionalmente se pudo establecer la relación con algunos insectos y

otros animales con el hombre, jugando un papel importante en la transmisión de enfermedades infecciosas. Aparece como un gran logro, la importancia a la resistencia o capacidad del cuerpo para luchar con un elemento patógeno.

2.1.2. La Salud en La Edad Media

En este periodo se suscitaron acontecimientos históricos, entre ellos está: la descomposición del Imperio Greco-Romano debido a las invasiones de los bárbaros, llevando a una decadencia de la cultura urbana y con ello de las prácticas de salud y de la organización misma. La salud pública en esta época se puede traducir en beneficencia.

Los árabes se iniciaron en la ciencia y la filosofía griega por medio de las traducciones, En el siglo X los manuscritos fueron traducidos al sirio, el arábigo y el hebreo; Así también en esta época los árabes hicieron sus contribuciones a la salud pública y a la medicina. Su valiosa contribución se halla en "El Canon" de Avicena, en donde se trata sobre la prevención de las enfermedades y el carácter contagioso de la tuberculosis. A la dieta se le otorga una gran importancia en la prevención de las enfermedades.

En el período 500 y el año 1000 se le denomina como la época del "Oscurantismo", debido a que los problemas de salud son considerados cuestiones o hechos mágico-religiosos. Los paganos y cristianos acusaban que los problemas de la salud y la enfermedad se debían a fuentes sobrenaturales.

El cristianismo desarrolló el concepto fundado en el Infierno y su relación de la enfermedad del pecado como un castigo, reconociendo a malos espíritus o el diablo como causa de enfermedad. Por lo que las actividades de la comunidad relacionadas con la salud pública estaban muchas veces en manos de la Iglesia.

En el siglo X surge la Escuela de Salerno que en su "Régimen Sanitas Salernitarum" expresa la historia de la higiene, en donde se toman medidas de salud pública como: dieta para prevenir y curar enfermedades y normas generales de higiene. En este periodo la mayor exigencia fue el abastecimiento de agua de buena calidad.

Otro gran problema fue la disposición de basuras y la limpieza de las calles, existía la costumbre de tener gran número de animales como gansos, cerdos y patos dentro de las casas; fue sólo hasta comienzos del siglo XV que se crearon mataderos municipales, y se prohibió sacrificar animales grandes en las casas.

En la Edad Media ocurrieron dos grandes epidemias, denominadas la Muerte Negra y Plaga de Justiniano. En forma general la administración de salud estaba en manos de los legisladores y los médicos eran eclesiásticos, los cuales dependían de la Iglesia y podían ejercer solo de caridad. En este periodo se establece una clara diferencia entre los cirujanos y médicos. El cirujano era visto de menor posición que los médicos; trabajaba con sus manos y sus habilidades las aprendía de un maestro.

Con el fin de controlar la transmisión de enfermedades contagiosas, se acogió el concepto de aislamiento. La Iglesia adoptó la concepción de contagio del libro del Levítico, del Viejo Testamento, y asumió la tarea de combatir la lepra. Los hospitales se establecieron por regulaciones urbanas,

2.1.3. La Salud en La Edad Moderna

Para entender la historia de la salud pública en este periodo, hay que comprender que empieza con el Renacimiento; y se deben considerar el lado práctico y teórico. Entretanto se daba el vertiginoso desarrollo de la ciencia, la práctica de la salud pública recibía casi nada o ningún beneficio de estos avances. Cabe destacar que los conocimientos elementales que se adquirieron fueron los cimientos sobre los cuales se instituyó la moderna salud pública.

De similar o mayor importancia, para la salud pública, fueron los nuevos desarrollos de la epidemiología y la observación clínica, durante los siglos XVI y XVII.

Las enfermedades contagiosas habían sido asociadas con la guerra, el hambre y la pobreza, siendo estas una verdadera amenaza, sobre todo cuando se mostraba hacinamiento, acompañado de falta de medidas higiénicas. En el año 1560 surge el libro de Paracelso "De longa Viíta" en el que se destaca, que no hay un término para morir y el hombre ha desarrollado la medicina para conservar sano el cuerpo y permitir estar alejada a la enfermedad.

Las rutas marítimas al Nuevo Mundo y al Oriente, inician la salud ocupacional en este siglo, en donde destaca la fiebre amarilla, el golpe de calor y las quemaduras de sol. En la primera travesía de la Compañía Inglesa a las Indias Orientales, se comprobó que los marinos de la embarcación con un mayor, pero, en la que recibían todos los días jugo de limón, fueron los únicos en no padecer el escorbuto, afección producida por niveles excesivamente bajos de vitamina C en la dieta; éste se convirtió en un ejemplo de la aplicación del conocimiento creado para prevenir o curar los problemas de salud.

El mundo se fue preocupando cada vez más por la higiene, concediéndose cada vez más valor a la prevención. Otro importante hecho fue el estudio de las enfermedades en los trabajadores en las minas, debido a que el aumento en el comercio y el desarrollo de las grandes empresas requirieron la expansión del dinero y el capital. En el año 1556, Georg Agrícola trazó un tratado en el que fraccionaba los inconvenientes de los mineros en cuatro grupos, aquellos que atacaban los pulmones, las articulaciones, los ojos y posteriormente los que eran fatales.

Una de las características del período desde el Renacimiento hasta el siglo XVIII, fue la sífilis que fue tratada como otra enfermedad epidémica; y el surgimiento de importantes y numerosos hospitales en distintas ciudades de Europa, los cuales fueron de diversos orígenes. La creación de estos hospitales permitió influir en la salud de la población, promoviéndola y salvando vidas.

2.1.4. La Salud en La Edad Contemporanea

La Revolución Industrial empezó en la segunda mitad del siglo XVIII, entre sus características de este periodo consta: las malas condiciones de trabajo y vivienda y el hacinamiento los que predominaron en las ciudades. Con el desarrollo de las Industrias, se reformó la Ley, a fin de que se les diera atención de salud, no en las parroquias, sino en su lugar de trabajo, con el objeto de que no estén obligados a trasladarse a las ciudades. Esto era un arma de doble filo, debido a que por un lado, trataba de ayudar a la gente utilizando la salud pública y por otro lado, se la estaba sometiendo a trabajar en condiciones infrahumanas; La Revolución Francesa extendió el ámbito de las medidas de salud pública, permitiendo dar inicio a la salud pública para la comunidad en su totalidad, siendo esto una pauta que diferenciaría lo que se hacía en el siglo XVII.

La Asamblea Constituyente del primer gobierno revolucionario, en la Declaración de los Derechos Humanos, decidió abolir los derechos del Antiguo Régimen y promulgó la igualdad y libertad del Individuo y la soberanía de la nación y de las leyes. Con este cambio los médicos miembros de la Asamblea Constituyente buscaron construir un sistema de salud y para ello se creó el Comité de Salud, de gran repercusión al interior de Francia y en otros países. Siendo así, que no sólo en Francia, sino también en Alemania, Gran Bretaña y los Estados Unidos desplegaron sistemas de salud, con cimientos en diferentes políticas; surgiendo de esta forma paulatinamente la teoría y acciones sociales entorno a la salud, teniendo un gran efecto en el progreso de la salud pública las ideas establecidas de la Revolución Francesa.

En el año de 1802, el médico español Villalba, en su libro Epidemiología Española, reunió los brotes de enfermedades y las epidemias registradas en España desde el siglo V hasta 1801. En España por orden de la Corona se instauraron hospitales, generalmente estos eran de origen eclesiástico o administrados por religiosos. En ese periodo la Imagen del hospital era de horror entre los pobladores, por lo que las personas casi no acudían a ellos. Su dirección se encontraba en manos de personal empírico, los médicos proporcionaban sus servicios de manera gratuita y sólo por pocas horas diarias. Los hospitales, considerados, casas de salud, más eran considerados como lugar donde la gente iba a morir.

En el año de 1848, se crea en Inglaterra el Consejo General de Salud, teniendo una gran autoridad e influencia en América y Europa, Alemania, Francia, Bélgica y otros Estados. Las epidemias en Estados Unidos fueron consideradas un problema peligroso, debido a que las formas de transmisión aún prevalecían, las formas de controlarlas se apoyaron en la aplicación de las cuarentenas y el saneamiento ambiental.

Entre los años 1830 y 1870, fue un periodo fructífero en importantes estudios en el campo de la salud pública, unas en el campo oficial, otras en el acampo privado, con relación a la mortalidad diferencial y el efecto sobre la salud de los factores económicos y la clase social, el saneamiento del ambiente, la ocupación y la raza.

En el año 1854, unos 20 años previos a aceptar la teoría de los gérmenes como origen de la enfermedad, John Snow, en Inglaterra, la emplea para explicar el cólera, adelantándose significativamente al conocimiento aportado por la microbiología.

En el año 1860, Pasteur trabaja en el proceso de la fermentación, y se da cuenta que es el resultado de microorganismos vivos; logra evitar esta situación, con el proceso de pasteurización, destinado a los alimentos.

En el año de 1880 se puede establecer como la edad de dorada de los descubrimientos bacteriológicos, debido a que se pudo demostrar la existencia de organismos causantes de varias enfermedades.

En los años 60 y 70 respectivamente del presente siglo se identificó por el auge del concepto de Asistencia Pública y el intervencionismo del Estado en la salud. Se desarrollan sistemas nacionales de salud y se plantea que los sistemas únicos de salud de carácter público, son la solución a los problemas de baja calidad, cobertura y persistencia de enfermedades prevenibles.

En el año de 1977 la Asamblea Mundial de la salud plantea el proyecto más ambicioso para la humanidad: salud para todos en el año 2000. Al año siguiente en la capital de Kazajstán, se acoge la atención primaria como la principal destreza para poder obtener la anhelada meta.

En el año de 1986 se reúnen en Ottawa-Canadá los actores de los países desarrollados difundiendo la famosa Carta de Ottawa en favor de la promoción de la salud.

En el año 90 entran en aprietos muchos sistemas de salud, sobre todo aquellos que se encuentran centrados en la asistencia pública. Se da un despunte al concepto de salud enmarcado en la seguridad social.

2.2. El Derecho a La Salud como Derecho Fundamental

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

El derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado. El derecho a la salud tiene un carácter prestacional en la medida en que principalmente implica y conlleva una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos.

Así por ejemplo, a partir del derecho a la salud, corresponde al Estado asegurar la asistencia médica una vez que la salud, por la causa que sea, ha sido afectada; esto es lo que se llama el “derecho a la atención o asistencia sanitaria.

Podría decirse que el derecho a la salud se despliega en un haz relativamente complejo de derechos y posiciones subjetivas. El derecho a la salud obliga también a los particulares; así por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo. En caso de que el afectado no tenga recursos económicos para permanecer en el hospital o clínica privados, la obligación del establecimiento se limita a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública. Si no lo hiciera se podría configurar el delito de omisión de auxilio que prevén los distintos códigos penales de la República.

La salud, como objeto de protección del derecho que se comenta, se puede entender, de acuerdo con una definición de la Organización Mundial de la Salud, como “un Estado de bien- estar físico, psíquico y social, tanto del individuo, como de la colectividad”.

Es importante enfatizar la idea, contenida en la definición anterior, de que la salud tiene un componente individual y un componente colectivo o social. Desde luego, el goce de la salud es un bien individual, pues cada persona puede o no tenerlo, con independencia de que su familia o sus vecinos también tengan buena salud. Pero la salud tiene una dimensión colectiva si consideramos que hay factores sociales que tienden a preservarla o a quebrarla, tales como las epidemias, la contaminación, la circulación de agentes patógenos, la falta de hábitos higiénicos, las inapropiadas medidas de prevención de enfermedades,

entre otros. La salud como un bien social solamente se puede preservar mediante un esfuerzo colectivo, por medio del cual se desarrolla un sistema de atención sanitaria adecuado.

La protección de la salud y el desarrollo de los correspondientes sistemas sanitarios asistenciales es una de las tareas fundamentales en términos políticos y económicos de los Estados democráticos contemporáneos y representa una de las claves del Estado de bienestar.

Durante el siglo XX se produjeron impresionantes avances científicos en el campo de la salud, como resultado de lo que se ha calificado como la “revolución terapéutica”. Tal desarrollo ha permitido que la salud no se vea como un simple objetivo de “política pública”, sino sobre todo como un derecho del que todos pueden disfrutar porque las condiciones técnicas y tecnológicas lo permiten. Pero ese disfrute no es algo que se consiga como una derivación automática del desarrollo de la ciencia médica, sino que es necesario establecer una serie de dispositivos e instituciones para hacerlo realidad.

La universalidad, derivada conceptualmente del carácter de derecho fundamental de la protección a la salud, es recogida también normativamente por vía directa del texto constitucional, al designar como sujeto del derecho a “toda persona”.

La equidad implica que los servicios sanitarios públicos sean financiados principalmente por impuestos y no por el pago de cuotas de sus usuarios, salvo de aquellos que tengan capacidad económica suficiente.

Por su parte, la no discriminación en materia de derechos sociales se encuentra explícitamente recogida en el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dispone lo siguiente:

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Finalmente, la calidad es un requisito no solamente de la existencia misma del sistema comprendido globalmente (puesto que no sirve de nada un sistema sanitario que opere en pésimas condiciones de calidad, lo que puede llevar incluso no a la protección de la salud sino seguramente a su empeoramiento), sino que también es un elemento para alcanzar un mínimo de igualdad entre quienes acceden a servicios públicos de salud y de quienes lo hacen a servicios privados. (Abramovich, 2001, págs. 2-5)

2.3. La Protección Constitucional del Derecho a La Salud: La Jurisprudencia de la Corte Constitucional.

La naturaleza jurídica de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) en la constitución.

Desde que empezó a funcionar en 1992, la Corte Constitucional ha entrado a definir la naturaleza jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) consagrados en la Constitución para determinar en qué casos los mismos son reivindicables por medio de la acción de tutela. Y es en esta línea interpretativa en la que la Corte ha elaborado una interesante doctrina en relación con la protección del derecho a la salud mediante la acción de tutela dando lugar a una jurisprudencia bastante “singular o particular” ya que resulta por lo menos inusual que un Tribunal Constitucional asuma la protección directa de derechos sociales de prestación. Y más inusual aún resulta el hecho de que sea una acción como la acción de tutela la que se utilice para proteger derechos sociales de prestación que, como el derecho a la salud, se encuentran por fuera de la lista de derechos fundamentales.

Ahora bien, en relación con la naturaleza jurídica de los DESC en general, y del derecho al a salud en particular, la doctrina colombiana presenta básicamente dos posturas contrapuestas que de alguna manera siguen las corrientes de la doctrina comparada. En términos generales la postura más restrictiva señala que los DESC son meros enunciados programáticos mientras que la más garantista se defiende la idea de que estos derechos comparten las características de los derechos subjetivos y que por tanto son directamente exigibles aún sin haber sido reglamentados por el legislador. En la primera línea doctrina señalada encajan posturas como las de Sarmiento para quien la inclusión de los DESC en la Constitución de 1991 implica que la Asamblea Nacional

Constituyente tuvo en cuenta la evolución histórica y política del concepto de derechos fundamentales. Con todo, en su sentir los DESC consagrados en nuestra Constitución tienen unos fundamentos puramente éticos que sólo se legitiman y adquieren su expresión “completa” en el sistema jurídico.

En tanto tales, estos derechos antes que derechos subjetivos son mandatos para los poderes públicos. Dentro de la corriente más “garantista”, por su parte, encontramos posturas como la de Arango para quien los derechos sociales consagrados constitucionalmente son “derechos” propiamente dichos y de carácter fundamental, por lo cual merecen una protección jurisdiccional directa. Al respecto señala que la garantía constitucional de derechos sociales fundamentales en el ámbito nacional aparece como el sistema más óptimo para la protección de los derechos humanos sociales.

En esta misma línea se inscribe Torres para quien la propuesta constitucional del Estado social de derecho busca la existencia real de las libertades para lo cual es necesaria una reelaboración de un orden constitucional fundado en la legitimidad. En este nuevo orden no se trata de entender de forma singular a los derechos sociales como simples límites a la acción del Estado, sino de verles también como instrumentos del mismo para crear las condiciones de realización de todos y cada uno de los mandatos de la Constitución. Los derechos se convierten así continúa, en la piedra angular del orden institucional.

Para Torres “la gran importancia de la Constitución de 1991 respecto de los derechos sociales radica en su amplia politización otorgándoles un doble carácter;

desde un punto de vista objetivo como pautas de interpretación y límites al poder público, y desde otro como derechos públicos subjetivos”.

En cuanto respecta a la jurisprudencia constitucional, la Corte tampoco ha sido ajena a esta doble postura y a propósito de la misma ha señalado que los enunciados constitucionales que recogen tales derechos no pueden ser objeto de decisiones judiciales

Ahora bien, a partir de estos primeros pronunciamientos la Corte Constitucional ha desarrollado su jurisprudencia en relación con la naturaleza jurídica de los derechos económicos, sociales y culturales contenidos en la Constitución, en la siguiente línea. Lo primero que destaca la Corte es que cuando se trata de establecer la naturaleza jurídica de estos derechos hay que diferenciar los casos en los que su titular es un menor de edad. Cuando se trata de niños, y por expreso mandato de la Constitución, los derechos sociales son derechos fundamentales y deben ser tratados como tales sin ningún tipo de distinción.

Además de lo anterior, la Corte ha señalado que en el caso de los derechos sociales contenidos en la Carta hay que determinar si su aplicación inmediata hace referencia a la posibilidad de exigibilidad jurídica directa de los mismos mediante la acción de tutela y si tal principio de aplicación inmediata se traduce en que del enunciado constitucional que los contiene se deriva un derecho subjetivo que lo hace inmediatamente exigible ante los poderes públicos. En relación con esto último, la Corte ha señalado que “por regla general, los derechos de prestación son derechos programáticos, debido a que los derechos de prestación exigen un esfuerzo presupuestal y logístico del Estado que sólo se puede realizar con la debida planeación y arbitrio de recursos mediante el procedimiento fijado por la Carta Política. Gradualmente, a los derechos de prestación con contenido programático se les van dando condiciones de eficacia

que hace posible que emane un derecho subjetivo. Por eso, en el ámbito teórico, en efecto, el Estado inicial de un derecho de prestación es su condición programática la cual luego tiende a transmutarse hacia un derecho subjetivo.” Con todo, reconoce la Corte Constitucional que en determinadas ocasiones estos derechos adquieren el carácter de derechos subjetivos, de manera que los particulares pueden exigir directamente su cumplimiento ante las autoridades judiciales constitucionales mediante la acción de tutela. En sentir de la Corte, los derechos sociales de prestación se encuentran en estrecha relación con los conceptos de vida, mínimo vital y dignidad humana, por lo cual pueden llegar a considerarse como derechos inherentes a la persona, elemento éste que los hace tutelarles.

A partir de lo anterior la Corte ha establecido que existen una serie de derechos que no son derechos fundamentales propiamente dichos, pero cuya vulneración o afectación puede generar la vulneración de un derecho propiamente fundamental, y, en estos términos, es la conexión que se presenta entre la afectación de unos y otros la que permite reconocer el carácter fundamental de derechos que, en principio, no son fundamentales. En término de la Corte, son derechos "fundamentales por conexidad".

Los derechos que “naturalmente” son de índole social en algunas ocasiones pasan ser "derechos fundamentales por conexidad", y en tanto tales pueden ser objeto de protección directa mediante la acción de tutela ante la jurisdicción constitucional. (Ávila, 2002, págs. 5-6)

2.4. El Derecho A La Salud

La situación actual del derecho a la salud en Venezuela reviste características críticas y extraordinarias y, por consiguiente, es obligación del Estado venezolano abordarla de manera urgente e inmediata y tomar todas las medidas necesarias, dentro del cumplimiento estricto de los parámetros que fija la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela y conforme a las normas y estándares que establecen los pactos internacionales en materia de derechos humanos, a fin de solucionar los problemas que la causan y proteger a las

personas en riesgo con la diligencia debida para evitar que éstos tengan consecuencias para su vida y salud. Las medidas a tomar, deben ser oportunas, pertinentes y consistentes con el carácter urgente de las necesidades, tomando como criterios los niveles de riesgo que corren las personas según sus afecciones, lugares en los que se encuentran y barreras para su movilización o la de sus familiares; especialmente las personas en condiciones crónicas (VIH, cáncer, linfoma, leucemia, diabetes, hipertensión, trastornos cardiovasculares, epilepsia, esquizofrenia, entre otras), las embarazadas y aquellas que requieren diálisis, trasplantes, intervenciones quirúrgicas o atención de urgencia; las personas en cárceles y las que viven en zonas apartadas.

Frente a esta situación, solicitamos a los honorables miembros del Comité, se exhorte al Estado venezolano adoptar las siguientes recomendaciones:

a) Implementar un plan de recuperación de los hospitales y ambulatorios de la salud pública y de la seguridad social de todo el país, que tenga metas y plazos precisos para hacer seguimiento, medir y presentar avances a corto y mediano plazo, con la participación de profesionales, trabajadores, directivos, personas afectadas y organizaciones de la sociedad civil; incluyendo la colaboración que puedan prestar organismos internacionales de protección de derechos humanos y agencias internacionales y regionales de cooperación.

b) Poner en práctica un sistema transparente y ágil de financiamiento para garantizar la suficiente y permanente disponibilidad, distribución y dotación de insumos, reactivos, medicamentos y equipamiento de los centros de salud, los laboratorios y las farmacias, de carácter público y privado, velando que se guarden ciertos niveles de seguridad de inventarios y absteniéndose de aplicar mecanismos de racionamiento que puedan reducir la demanda, sin considerar las necesidades reales, o implicar registros que violen la confidencialidad y la privacidad de las personas.

c) Fortalecer las capacidades institucionales y financieras de los programas dirigidos a la salud materno-infantil, enfermedades crónicas, endemias y epidemias con énfasis en malaria, VIH y tuberculosis, a fin de mejorar y ampliar

sus funciones de vigilancia y control, planificación y gestión, prevención y respuesta eficaz a las necesidades de la población y de las personas directamente afectadas.

d) Promulgar una Ley Orgánica de Salud que cumpla las normas y garantías del ordenamiento constitucional y, conforme a ellas, se reorganicen las estructuras de funcionamiento y financiamiento de los servicios de la salud pública y de la seguridad social, como ejes vertebrales del Sistema Público Nacional de Salud, con un presupuesto adecuado y personal de salud suficiente y calificado, en coordinación con gremios de la salud, universidades y gobernadores y alcaldes en sus respectivas jurisdicciones.

e) Proteger eficazmente los legítimos derechos a la denuncia y a la manifestación libre y pacífica, de las personas con problemas de salud y sus familiares, personal asistencial, periodistas, defensores y organizaciones de derechos humanos; ante violaciones del derecho a la salud. (Ruiz, 2015, pág. 9)

2.5. El Derecho a La Salud - Recientes Evoluciones de la Jurisprudencia

Constitucional

La salud posee un concepto más amplio e integral. Ha dejado de lado la vieja y superada visión de concebir la salud como ausencia de enfermedad y, en su lugar, opta por conceptualizarla como un estado integral de la persona desde el punto de vista espiritual, emocional y físico. En este sentido, y siguiendo a la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), en su Constitución - adoptada en Nueva York en 1946-, define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta forma de concebir la salud tiene una enorme repercusión en la jurisprudencia. Más aún, es a partir de ésta que podemos explicar y entender la postura de alto Tribunal como se verá más adelante. A manera de adelanto, cuando el Tribunal, en un caso concreto, tiene por demostrado que el tratamiento quirúrgico no es urgente, empero el paciente padece de algún dolor, ha optado, mediante voto de mayoría, por declarar con lugar el recurso de amparo y ha

ordenado aplicar el respectivo tratamiento dentro de un plazo razonable, toda vez que entiende que, pese a la no urgencia, sí hay una afectación real y permanente del estado emocional del paciente. Incluso, en caso de la medicina satisfactoria, también ha amparado la pretensión del justiciable al interpretar que la demora excesiva en el tratamiento quirúrgico puede afectar de forma real y grave la estabilidad emocional del usuario de los servicios de salud.

2.6. El Derecho a la Salud es un Derecho Fundamental.

La ley Fundamental Alemana ALEXY, quien esboza tres criterios para determinar cuándo estamos en presencia de un derecho fundamental: el criterio estructural, que considera que un enunciado de derecho fundamental lo es tal por hecho de que está en la CP. El material, que nos refiere al contenido de la norma y; por último, el criterio de adscripción formal, que explica que se está en presencia de una norma de derecho fundamental cuando la CP así lo indique, ya sea en su enunciado normativo o porque se encuentra en el capítulo respectivo. Ahora bien, estos criterios son demasiado restringidos y puede ser útil para derechos fundamentales de vigencia inmediata, empero, cuando hablamos de normas adscritas se entiende todas aquellas que con cierto grado de indeterminación fija la CP, con la libertad de investigación y enseñanza, y que son necesarias para el despliegue de los derechos directamente estatuidos, pero que, además, se reconducen a éstos. (MESTRE, 2011, págs. 1-4)

2.7. El Derecho a la Salud una Búsqueda Inacabada.

Los conceptos y estructuras propios de la seguridad social han sido introducidos tardíamente en la sociedad y siempre en forma reactiva a procesos históricos externos e internos.

En 1989, en el consenso de Washington se estableció un decálogo de políticas a ser implementadas en primera instancia en Latinoamérica, pero que posteriormente fueron implantadas en la mayor parte del mundo, las cuales fueron:

- Establecer una disciplina fiscal.
 - Priorizar el gasto público en educación y salud.
-

- Llevar a cabo una reforma tributaria.
- Establecer tasas de interés positivas determinadas por el mercado.
- Lograr tipos de cambio competitivos.
- Desarrollar políticas comerciales liberales.
- Una mayor apertura a la inversión extranjera.
- Privatizar las empresas públicas.
- Llevar a cabo una profunda desregulación
- Garantizar la protección de la propiedad privada.

Como se evidencia, el consenso de Washington profesa la reducción del gasto público en servicios sociales tales como salud, educación, vivienda y trabajo, para permitir a los gobiernos de los países receptores de créditos lograr equilibrios fiscales que les posibilite el cumplimiento de los pagos a la deuda, en detrimento de las condiciones de calidad de vida de sus poblaciones. (Barbosa, 2009, págs. 110-113)

La Salud: Derecho Fundamental.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentarla prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

El derecho a la salud ha sido considerado como un derecho de prestación, el cual no es de exigencia inmediata por vía judicial, sino que requiere ser desarrollado legalmente, que exista una estructura que permita su operatividad y que sean destinados los recursos que hagan que su funcionamiento sea posible. En consecuencia es al Estado al que le corresponde facilitar las condiciones que garanticen el acceso de todos los habitantes al servicio de salud.

Respecto al derecho a la salud la Corte Constitucional ha expresado que este comprende “la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser. Implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento... la salud supone «un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La Salud como un derecho fundamental.

Los derechos fundamentales son “los que corresponden al ser humano en cuanto tal, es decir, como poseedor de una identidad inimitable caracterizada por su racionalidad que le permite ejercer sus deseos y apetencias libremente”. Los derechos fundamentales son inherentes a la persona humana y por nada le pueden ser arrebatados, es obligación de todos respetar los derechos de cada uno de los individuos.

Núcleo esencial del derecho a la salud.

El núcleo esencial del derecho fundamental es aquella parte de su contenido que es absolutamente necesaria para que los intereses jurídicamente protegibles, que dan vida al derecho, resulten real, concreta y efectivamente protegidos.

Se puede afirmar que la salud se ve claramente afectada cuando existe omisión o retardo injustificado en la prestación del servicio, siempre que se ponga en grave la vida de la persona.

2.8. Elementos esenciales del Derecho a la Salud

2.8.1. Disponibilidad de la Salud.

La disponibilidad como principio fundamental del derecho a la salud hace referencia a la disposición de establecimientos, bienes y a la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional.

La disponibilidad se relaciona con la infraestructura necesaria para darle un soporte concreto al derecho a la salud. Se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud, centros de atención y programas de salud. Lo que se busca con este principio es satisfacer la demanda de las necesidades de salud de la población. Según la Constitución Política de Colombia, es al Estado, al que le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y en consecuencia mantener el acceso de estos a disposición de todos los habitantes. En Colombia el sistema de salud se encuentra establecido en la Ley 100 de 1993, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.8.2. Acceso a la Salud.

La accesibilidad hace referencia a la posibilidad que tiene la persona de obtener la prestación de los servicios de salud dentro del territorio nacional sin discriminación de ninguna índole, sin limitaciones económicas y sin obstaculización de la información. En todo momento y circunstancia todas las personas deben tener acceso físico, social y económico a servicios adecuados de prevención, atención y rehabilitación; disponibilidad de exámenes y medicamentos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento y terapia adecuada. De igual manera las posibilidades de acceso a una vivienda, un saneamiento adecuados y una alimentación suficiente y saludable.

La Carta Magna garantizará a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Así el Sistema de Seguridad Social en salud ofrece dos sistemas para garantizar el acceso a los servicios de salud:

1. El régimen contributivo, al cual pertenecen todas las personas vinculadas laboralmente y los independientes con capacidad de pago.
 2. El régimen subsidiado, al cual se afilia la población sin capacidad de pago.
-

El acceso a los servicios de salud tiene una estrecha relación con los principios de universalidad y equidad, mediante los cuales se busca la prestación a todos los habitantes sin discriminación alguna y la igual calidad de los servicios a todos los beneficiarios.

2.8.3. Aceptabilidad de la Salud

La aceptabilidad hace referencia a la posibilidad que tiene cada persona de elegir la forma como maneja su propia salud. Según el comité de derechos Económicos, sociales y culturales la aceptabilidad implica que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica, la cultura de las personas, las minorías, los pueblos, las comunidades y la confidencialidad. De igual manera se debe ser sensible a los requisitos del género y al ciclo de vida.

La aceptabilidad tiene una estrecha relación con las libertades fundamentales que se tienen en el derecho a la salud, como el derecho a controlar la salud y el cuerpo, la libertad sexual, la genésica (relativo a las generaciones), derecho a no padecer injerencias, derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos.

2.8.4. Calidad de la Salud

La calidad como elemento esencial del derecho a la salud, hace referencia a las condiciones que deben reunir los establecimientos y el personal que en él labora, los bienes y los servicios. Estos deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad.

El personal médico debe ser capacitado, los medicamentos y el equipo hospitalario científicamente aprobado y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas. (Caballero, 2005, págs. 5-9)

2.9. La Salud es un Derecho Humano.

2.9.1. ¿Por qué la salud es un Derecho Humano?

Todos sabemos que sin salud no podemos disfrutar de una vida plena, no podemos desarrollar nuestras potencialidades como personas, no podemos alcanzar nuestra realización como seres humanos. Por esta razón, porque disfrutar de condiciones adecuadas de salud nos permite alcanzar una vida digna, es que la salud es un derecho humano.

Cuando hablamos de derechos humanos estamos hablando de algo que nos pertenece, que podemos exigir ante el Estado y que tiene que cumplirse, y no solamente de aspiraciones que quisiéramos alcanzar en algún momento.

No en vano, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en 1945, estableció en su artículo 25:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Y a partir de allí las constituciones de nuestros países, en su mayoría, lo han incorporado como un derecho que hay que proteger. (Naciones Unidas, 1945)

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud declara también el derecho a disfrutar de la salud y establece que el Estado tiene el deber de facilitar a todos sus ciudadanos el goce del grado máximo de salud, sin discriminación de ninguna naturaleza.

Como todo derecho humano debe ser reconocido, promovido y garantizado por el Estado, pero también todos y todas tenemos la responsabilidad de velar, acatar y hacer cumplir las medidas que favorezcan nuestra salud. Ahora bien, para poder exigir este derecho adecuadamente debemos tener muy claro qué entendemos por salud y cuáles son los aspectos contenidos en el concepto de salud.

2.9.2. La Salud es integral.

Cuando hablamos de salud nos referimos a la salud de nuestros cuerpos, a la salud de nuestras mentes y del medio social y ambiental en que vivimos, es decir, la salud no es la ausencia de enfermedad. Aunque es importante tener capacidad para atender a la gente cuando se enferma o sufre un accidente, es fundamental que nuestro entorno físico, ambiental y social nos brinde posibilidades para mantenernos sanos. Todo lo que nos rodea es parte de nuestra salud y mientras exista buena calidad de vida contaremos con condiciones que aseguran una buena salud y no solamente gracias a que nos lo han curado. Es por esto que la Organización Mundial de la Salud la define como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedades.

Esto quiere decir, que la salud es integral y que para disfrutarla tanto en el plano individual como en el colectivo, se debe procurar que gocemos, además de un cuerpo sano, libre de enfermedades y de una buena salud mental, de muchas otras condiciones que nos permitan desarrollarnos plenamente.

- La salud integral implica, entonces:
- Una salud física y mental adecuada.
- Un medio ambiente sano y servicios básicos sanitarios, lo que incluye: acceso a agua potable, evacuación de excretas, recolección de basuras y otros residuos, etc.
- Una alimentación completa y balanceada.
- Acceso a un trabajo digno y bien remunerado, en condiciones higiénicas y seguras.
- Un sistema de seguridad social que cubra nuestras necesidades básicas.
- Una vivienda digna que reúna condiciones sanitarias óptimas.
- Acceso a una educación gratuita y adecuada.
- Acceso al descanso, a la recreación, al deporte, a la vida cultural.

En resumen, la salud es un derecho inclusivo que se encuentra estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos, en particular, con el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a un ambiente sano, a la dignidad, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser

sometido a tratos o penas crueles y degradantes ni a torturas, a la vida privada, al acceso a la información, a la libre asociación y circulación, entre otros.

2.9.3. La salud, cuestión personal.

Otro obstáculo importante para el progreso de la salud era la idea de que cada persona era la única responsable de su salud. La sociedad no se preocupaba por la salud colectiva, ni consideraba que la colectividad tuviera responsabilidades en la salud de las personas. De poco servía que una persona de un barrio insalubre intentara llevar una vida saludable si el propio entorno en el que vivía era portador de las enfermedades que terminaría sufriendo.

Gracias al compromiso religioso y moral de parte de la sociedad, se comenzó a asistir a personas enfermas y desvalidas. La iglesia entendió que debía ocuparse de la salud de quienes la necesitaban, creando así los primeros hospitales públicos y asilos. En este compromiso con la colectividad está el antecedente de la idea de la salud como un bien público.

2.9.4. La salud, un derecho.

A partir de finales del IXX es cuando se comienza a hablar de la salud como derecho y de la necesidad de que sea el Estado, quien deba asumir la responsabilidad de adoptar medidas para preservar y atender la salud de los ciudadanos. En este sentido aparecen las primeras leyes relativas a la salud, que obligan al Estado y a las industrias a asumir responsabilidades en la prevención de enfermedades y la promoción y atención a la salud. Las discusiones públicas provocadas por este debate se cristalizan en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en 1946, suscrita por numerosos países, entre ellos Venezuela.

En ella se señala 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 económico social”.

En 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos consagra finalmente el disfrute de la salud como derecho humano en el artículo 25, que se encuentra al principio de este folleto. Posteriormente, en 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual, en su artículo 12, reconoce "...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". (Venezuela, 2002, págs. 10-12)

2.10. De la Naturaleza Jurídica del Derecho a La Salud.

El derecho a la salud fue considerado como un derecho de doble connotación fundamental y asistencial, luego como un derecho fundamental por conexidad, posteriormente como un derecho fundamental con relaciones a determinadas poblaciones adulto mayor, personas en estado de discapacidad, población en estado de desplazamiento, seguidamente como fundamental con relación a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y, finalmente, parece haberse reconocido como un derecho fundamental per se.

No obstante el decurso jurisprudencial señalado, aún se escuchan voces sobre el carácter meramente prestacional del derecho a la salud o de su *ius fundamentalidad* en forma exclusiva por vía conexidad con otros derechos fundamentales. El derecho a la salud analizado en clave del Estado social es un verdadero derecho fundamental por ser universal, irrenunciable, inherente a la persona humana, integral e integrador, esencial para la materialización de una vida digna y con calidad, y vital para la eficacia real del principio de igualdad material. Comporta libertades y derechos. Por ello, el derecho fundamental a la salud en Colombia debe ser un derecho seriamente fundamental, protegido por todas las garantías constitucionales y legales propias de tal tipo de derechos.

En la concepción democrática de los derechos fundamentales, estos son legitimados en cuanto permiten un proceso democrático de formación de la voluntad política. En este contexto, refiere Osuna, los derechos fundamentales, más que pautas de separación entre el Estado y los ciudadanos, son normas que fundamentan competencias y funciones para permitir la libre participación del ciudadano en los asuntos políticos y en el proceso político. Bernal afirma que la

tesis central de la teoría democrática de los derechos fundamentales señala que las facultades morales de la persona democrática se convierten, bajo el imperio de la Constitución en posiciones democráticas de derecho fundamental, cuyo titular es el ciudadano.

¿Qué tipo de derecho es el derecho a la salud?

El derecho a la salud, tal como se ha venido afirmando, es un derecho, lo cual excluye, de entrada, la discusión de si es un derecho o si es un servicio público. En su preferente connotación como derecho comparte, por lo tanto, las características formales y materiales de un derecho.

Desde tal perspectiva, se tratará de abordar la posición de que el derecho a la salud es fundamental, para lo cual se seguirán las consideraciones realizadas por Miguel Carbonell, en su libro *Los Derechos Fundamentales en México*, igual siguiendo a Ferrajoli y los autores Alexy, Bernal y Arango. Teorías que son acogidas como referente en cuanto realizan un análisis conceptual y material integrador de los diferentes enfoques para estudiar los derechos fundamentales.

Así, primero se hará la ubicación conceptual de cada característica, y luego la estructuración del derecho a la salud como fundamental, en relación con dicha característica. Carbonell, previo reconocimiento de las discrepancias entre los filósofos de la justicia y los teóricos políticos, realiza una primera aproximación a los conceptos y valore que pueden determinar que un derecho sea considerado como fundamental. Entonces, desde el nivel de análisis de la teoría de la filosofía de la justicia o desde la teoría de la política, considera que los derechos serían determinados como fundamentales en la medida que se constituyen en instrumentos de protección de los intereses más importantes, entiéndase vitales, de las personas, ya que preservan los bienes básicos necesarios para desarrollar cualquier plan de vida de manera digna. Entendiéndose por bienes básicos aquellos que son condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida. De allí se deriva la característica de la universalidad los derechos fundamentales, en cuanto protegen bienes con los que debe contar toda persona para el logro de una vida digna, independiente de factores circunstanciales, tales

como características físicas, lugar de nacimiento, entre otras. (Echavarría, 2013, págs. 1-3)

2.11. Los Mandatos Constitucionales sobre El Derecho a La Salud: Implicaciones de Equidad y Eficiencia.

El reconocimiento de los derechos sociales, económicos y culturales (DESC), es el segundo hito en materia de derechos humanos en el contexto internacional, después de la proclamación de los derechos civiles y políticos. Esta secuencia en el reconocimiento de los derechos humanos, ha llevado a clasificar los civiles y políticos como derechos de primera generación, y los DESC como de segunda generación. El reconocimiento de los DESC se materializa en su inclusión en los textos constitucionales de un buen número de países, o de su reconocimiento implícito aún sin estar incluido como un mandato constitucional.

Esta división no es del todo precisa, pues es claro que tanto los derechos de primera generación como los de segunda, implican obligaciones negativas y obligaciones positivas. Sin embargo, la separación entre implicaciones negativas y positivas, permite señalar que los DESC suponen mayores demandas sobre los recursos de la sociedad, y transferencias de riqueza e ingreso desde los grupos más favorecidos hacia los menos favorecidos.

Esto implica que el reconocimiento de los DESC genera un desafío de política pública de particular complejidad: el hecho de que su satisfacción esté condicionada por los recursos disponibles implica la inescapable necesidad de racionar, dada la imposibilidad material de satisfacer plenamente el derecho a cada individuo de la sociedad. De hecho, estos derechos se consideran prestacionales y se admite que su protección es progresiva, es decir, reconociendo la limitación de recursos, se obliga al Estado a avanzar en la protección de ellos, admitiendo que no hay una obligación inmediata de satisfacción total.

La salud, como uno de los DESC, enfrenta estos desafíos con unas connotaciones muy particulares, pues las mencionadas limitaciones de recursos,

que implican una satisfacción incompleta del derecho, pueden llevar a situaciones en las que se pone en riesgo la integridad, o incluso, la vida del individuo. En este punto, el derecho a la salud dejaría de ser un derecho prestacional para convertirse en un derecho fundamental, pues de su desconocimiento se derivaría la afectación de un derecho de primera generación como es el derecho a la vida o el derecho a la integridad personal.

En cualquiera de las dos circunstancias, a saber, la salud como derecho prestacional o como derecho fundamental, es inevitable que los recursos con que cuenta la sociedad sean una limitante a la garantía del derecho. De otro modo, la sociedad estaría dedicando recursos ilimitadamente a satisfacer una sola de sus necesidades (la salud), desconociendo que hay otras necesidades (vivienda, transporte, alimentación, etc.) que también necesitan ser satisfechas. Esto, evidentemente, no ocurre y los recursos dedicados a salud siempre son finitos.

Ante el hecho inobjetable de que los recursos no alcanzan para satisfacer plenamente las necesidades de todos, es claro que siempre habrá alguien cuyas necesidades no quedarán insatisfechas, es decir, hay un proceso de racionamiento. Este racionamiento ocurre siempre, bien sea de manera explícita o implícita. En cualquiera de las dos maneras de racionamiento, la sociedad se enfrenta a preguntas complejas de resolver: cuál es el criterio de decisión para negar la protección del derecho a un individuo, en beneficio de otro? En qué condiciones es justo e imparcial intercambiar beneficios entre personas?

Estas difíciles preguntas no son respondidas en los textos constitucionales ni en las declaraciones internacionales sobre los DESC, lo que deja al proceso político la decisión de cómo racionar. Pero aunque es claro que el racionamiento es un proceso substancialmente político y no técnico, también es claro que en dicho proceso político puede haber grados diferentes de transparencia y rendición de cuentas sobre la forma como se llega a una decisión de distribución de recursos escasos. Aún si existiesen herramientas totalmente objetivas para llevar a cabo el proceso de racionamiento, las consecuencias de aplicar dichas herramientas tienen implicaciones políticas que no permiten que tal racionamiento sea reducido a un proceso de ingeniería social.

Como una contribución a la reflexión sobre las dificultades planteadas por los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud en Colombia, este documento constituye un intento de aproximación al problema en términos de los desafíos de política sectorial que se inscriben dentro de los marcos de la justicia distributiva y la eficiencia de asignación. El documento parte en el primer capítulo, de un análisis general de los acuerdos internacionales sobre DESC y sus implicaciones, incluyendo una visión del problema en otros países de Latino América. En esta sección se introduce una reflexión sobre la exigibilidad de los derechos, y cómo esta exigibilidad arroja un resultado que está en conflicto con el objetivo de maximizar el nivel agregado de salud, e incluso puede irse en contra del mismo objetivo de proteger el derecho a la salud.

2.12. Los mandatos constitucionales sobre el derecho a la salud en el mundo.

Los derechos humanos se dividen en dos grandes bloques: los de primera generación y los de segunda generación. En el primer bloque se incluyen aquellos orientados a proteger a los individuos de las arbitrariedades del Estado, o de las acciones de otros individuos, por lo cual se consideran derechos “negativos” en cuanto suponen una obligación de abstención por parte del Estado o de otro individuo. El derecho a la libertad, y a la propiedad privada, son ejemplos de esta primera generación de derechos, conocidos como derechos civiles y políticos.

Los derechos de segunda generación son los derechos económicos, sociales y culturales (DESC). Estos se refieren a obligaciones positivas del Estado, y no simplemente a la obligación de abstenerse, que es más característica de los derechos de primera generación. Debido a la imposibilidad material de garantizar plenamente los DESC, pues tal garantía está sometida a la disponibilidad de recursos dentro de la economía, estos derechos se entienden como una obligación progresiva del Estado en su garantía.

Hoy en día se reconoce que la equivalencia de los derechos de primera generación con obligaciones negativas, y los de segunda generación con

obligaciones positivas, es reduccionista, pues ambos tipos de derechos tienen aspectos negativos y positivos (Vizard, 2005). Evidentemente los derechos de primera generación implican en mayor medida aspectos negativos (obligaciones de abstención, de omisión y de no interferencia), mientras que los de segunda generación implican en mayor medida aspectos positivos (obligaciones de acción y comisión).

Este capítulo analiza los acuerdos internacionales sobre DESC, y sus implicaciones en algunos países de la región. Igualmente, analiza las implicaciones de los mandatos derivados de dichos acuerdos en términos de su cabal cumplimiento.

2.13. Los Acuerdos Internacionales y sus Implicaciones sobre las Obligaciones de los Estados Frente al Derecho a la Salud.

El alcance del concepto de DESC está definido en normas internacionales que sirven de marco de referencia para la definición de derechos a nivel nacional en los respectivos marcos constitucionales de los países signatarios de estas normas internacionales. Por esta razón, dicho marco de referencia internacional hace parte de lo que se conoce como el “Bloque de Constitucionalidad” pues delimita los derechos y su alcance para los países signatarios. Estos, a su vez, los incluyen en sus textos constitucionales, o los dejan tácitos, pero como países signatarios están obligados a su cumplimiento. El bloque de constitucionalidad al interior de cada país es complementado con las normas constitucionales propias.

Los principales elementos del bloque de constitucionalidad que serán abordados en esta reflexión, son la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y el Protocolo de San Salvador, los cuales se analizarán en detalle más abajo. Además de estos dos elementos, que son los más importantes en la definición de los DESC, hay una serie de tratados internacionales que también hacen parte del bloque de constitucionalidad, pero por referirse a grupos sociales específicos o a circunstancias muy concretas no serán considerados en este análisis, pues éste se concentra en los aspectos más generales del derecho a la salud como derecho de segunda generación. (Castaño, 2000, págs. 3-7)

2.14. Tratado De Derecho a la Salud.

Este tratado explora los diversos alcances y contenidos del derecho a la salud desde un enfoque de derechos constitucionales/derechos humanos, integrando la irada de las ciencias sociales, la ciencia política, la economía y la filosofía política. Este enfoque se desmarca, por un lado, de la perspectiva civilista tradicional, que se centra en la relación médico-paciente, paciente – empresa prestadora de servicios de salud y las responsabilidades que surgen de estas relaciones. Por el otro lado, se desmarca también de ciertos enfoques sesgados de la seguridad social que solo se ocupan del derecho a la salud en tanto surja de la relación de empleo formal.

En todo caso estos y otros muchos contenidos del derecho a la salud se abordan en esta obra desde una mirada que parte de la pregunta por las condiciones materiales que permiten (u obturan) el goce efectivo del derecho a la salud. En esta línea se imponen las reflexiones sobre concepciones del derecho a la salud. En esta línea se imponen las reflexiones sobre concepciones del derecho a la salud desde una mirada del derecho público social, lo que indudablemente incluye reflexiones sobre sus bases constitucionales, sobre el derecho internacional de los derechos provincial, y el derecho comparado tomando en cuenta las distintas concepciones de Estado, y los principios estructurales de igualdad y de autonomía.

Los sistemas de salud (público, privado, de la seguridad social) conforman parte del centro del desarrollo argumentativo de os trabajos aquí incorporados, desde las perspectivas del derecho federal (argentino), del derecho provincial, del derecho latinoamericano y del derecho comparado. Los respectivos capítulos que responden a este centro argumentativo se pueden leer en clave de preguntas sobre en qué medida el diseño, implementación, ejecución, control, de esos sistemas en los diversos contextos sociales, políticos y culturales en que se juegan generan “condiciones de vida digna” como presupuesto del adecuado funcionamiento de la democracia. Así, varios capítulos de este libro analizan los sistemas de salud deteniendo la mirada en

el papel que juegan los Estados nacionales, provinciales, locales u otros órganos estatales descentralizados. Con menores o mayores matices los trabajos plantean la necesidad de un Estado más presente y, por ende, más desarrollado, con mayores recursos mejores mecanismos de relevamiento de necesidades, de distribución de recursos (re-distribución) y de participación de las personas afectadas (reconocimiento).

En este sentido varios capítulos se dedican al análisis de las políticas públicas y el cumplimiento de estándares adecuados en materia de derecho a la salud. Otros trabajos giran en torno al requerimiento de mecanismos eficaces de control. Así, la revisión y control de acciones (u omisiones) estatales en materia de salud requiere de administraciones y de un poder judicial accesibles a este tipo de demandas y con una capacidad de intervención relevante sobre la agenda pública, al igual que una cultura jurídica favorable al activismo administrativo y judicial.

La otra parte del centro de los desarrollos argumentativos de este libro está constituida por la estructura y las herramientas argumentativas y procesales para la exigibilidad del derecho a la salud. Estos desarrollos plantean a nuestro entender una apuesta por recuperar la perspectiva de las personas afectadas como sujetos individuales y/o colectivos. Estos trabajos parten del presupuesto de que la interpretación del derecho a la salud desde el principio de ciudadanía social advierte que cualquiera podría exigirlo en tanto habitante de una Estado, sin importar se encuentra o no bajo una relación formal de trabajo.

Así, algunos capítulos se ocupan de las funciones y el papel que les cabe a los tribunales en la exigibilidad del derecho a la salud y las relaciones que estos establecen con la administración pública por un lado y con el activismo experimentalista por el otro. Estos capítulos presentan a nuestro entender en común denominador: los tribunales están legitimados para controlar el accionar estatal que obtura por acción u omisión la efectivización de los derechos en tanto ese control posibilite generar las condiciones de participación democrática, en especial para aquellas personas que se encuentren en peores condiciones estructurales para participar.

Por último, apostamos a que esta obra colectiva se convierta en un material de interés no sólo para académicos, investigadores y políticos, sino para aquellos operadores jurídicos, agentes sanitarios, trabajadores sociales y promotores sociales que cotidianamente luchan por el goce efectivo del derecho; más aún cuando los afectados son personas que se encuentran en situación de desventaja estructural (niños, y niñas, personas con discapacidad, mujeres, comunidades indígenas, persona de edad avanzada, migrantes).

De esta manera intentamos dar, desde la versión de distintos especialistas en la materia (académicos, investigadores en derecho, ciencias sociales, ciencias políticas, económica; jueces, abogados, fiscales, defensores oficiales, integrantes de organizaciones no gubernamentales, médicos), una mirada holística que permita lograr un acercamiento al derecho a la salud que considere sus múltiples dimensiones. (Clérico, 2013, págs. 22-23)

2.15. Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

LOS ESTADOS partes en esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. 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. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos. La desigualdad de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles, constituye un peligro común. El desarrollo saludable del niño es de

importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.

La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines es esencial para alcanzar el más alto grado de salud. Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo. Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Para alcanzar esta finalidad, las funciones de la Organización serán:

a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional;

b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes;

c) ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad;

d) proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten;

e) proveer o ayudar a proveer, a solicitud de las Naciones Unidas, servicios y recursos de salubridad a grupos especiales, tales como los habitantes de los territorios fideicometidos;

f) establecer y mantener los servicios administrativos y técnicos que sean necesarios, inclusive los epidemiológicos y de estadística;

g) estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras;

h) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, la prevención de accidentes;

i) promover, con la cooperación de otros organismos especializados cuando fuere necesario, el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo, y otros aspectos de la higiene del medio;

j) promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales que contribuyan al mejoramiento de la salud;

k) proponer convenciones, acuerdos y reglamentos y hacer recomendaciones referentes a asuntos de salubridad internacional, así como desempeñar las funciones que en ellos se asignen a la Organización y que estén de acuerdo con su finalidad;

l) promover la salud y la asistencia maternal e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente;

m) fomentar las actividades en el campo de la higiene mental, especialmente aquellas que afectan las relaciones armónicas de los hombres;

n) promover y realizar investigaciones en el campo de la salud;

o) promover el mejoramiento de las normas de enseñanza y adiestramiento en las profesiones de salubridad, medicina y afines;

p) estudiar y dar a conocer, con la cooperación de otros organismos especializados, cuando fuere necesario, técnicas administrativas y sociales que afecten la salud pública y la asistencia médica desde los puntos de vista preventivo y curativo, incluyendo servicios hospitalarios y el seguro social;

q) suministrar información, consejo y ayuda en el campo de la salud;

r) contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud;

s) establecer y revisar, según sea necesario, la nomenclatura internacional de las enfermedades, de las causas de muerte y de las prácticas de salubridad pública;

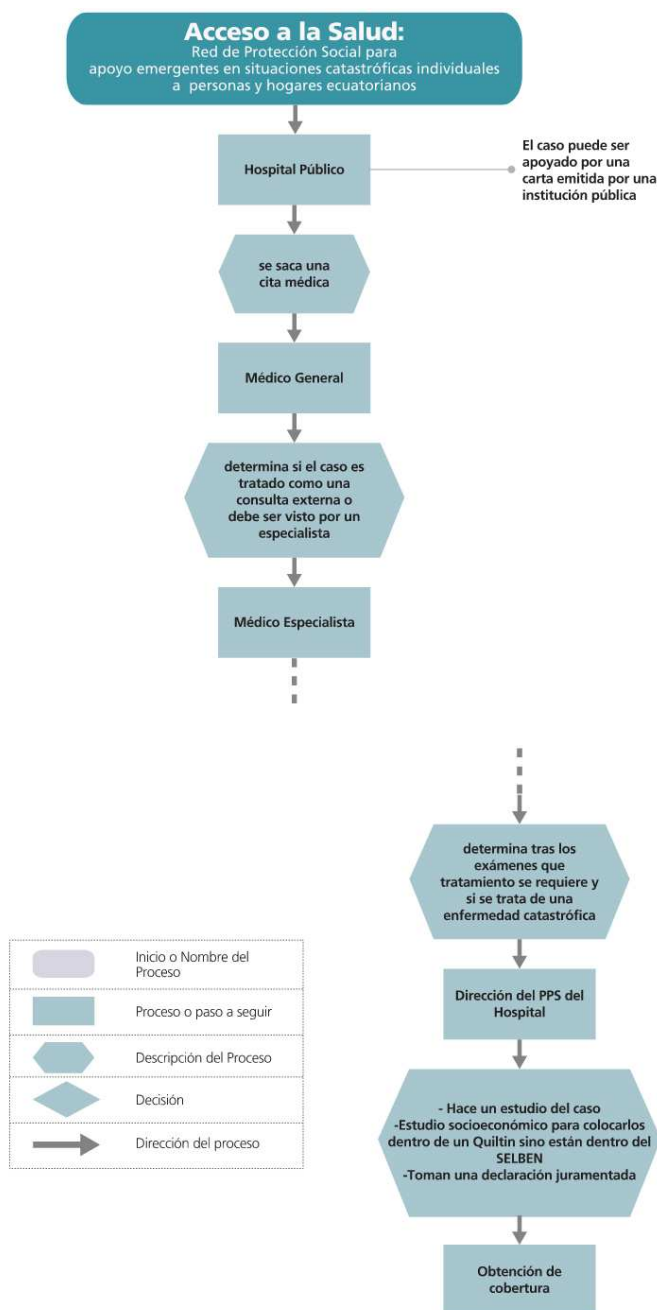
t) establecer normas uniformes de diagnóstico, según sea necesario;

u) desarrollar, establecer y promover normas internacionales con respecto a productos alimenticios, biológicos, farmacéuticos y similares;

v) en general, tomar todas las medidas necesarias para alcanzar la finalidad que persigue la Organización. (Salud, 2006, págs. 1-3)

2.16. Ruta de Trámite de Acceso a la Salud.

El Acceso a salud cumple generalmente la siguiente ruta:



Fuente: https://www.unicef.org/ecuador/5_Salud_y_educacion.pdf

2.17. Estadística de Acceso a la Salud – Un Derecho que no discrimina nacionalidad.

Durante el trimestre correspondiente a junio - agosto de 2014 se registraron 35.716 consultas ambulatorias a usuarios extranjeros; de estos el 55,24% se dieron en las provincias fronterizas de Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos, Imbabura, El Oro, Zamora Chinchipe y Loja. Mientras que en Pichincha se presenta un alto porcentaje (19,69%) de consultas lo que indica que pacientes extranjeros no

solamente se atienden en las provincias fronterizas, debido a la calidad y gratuidad de la misma:

Cuadro 01 Porcentaje de consultas a extranjeros por tipo de provincia

PROVINCIAS	No. CONSULTAS	% CONSULTAS
PROVINCIAS FRONTERIZAS	19.731	55,24
RESTO DE PROVINCIAS	15.985	44,76
TOTAL	35.716	100,00
SOLO PICHINCHA	7.032	19,69

Cuadro 02 Consultas a usuarios extranjeros por nacionalidad (junio, julio, agosto 2014)

NACIONALIDAD	No. CONSULTAS	% CONSULTAS
COLOMBIANOS	25.984	72,75
PERUANOS	4.863	13,62
CUBANOS	1.161	3,25
OTROS	3.708	10,38
TOTAL	35.716	100,00

Fuente: Coordinación General de Planificación - MSP

De las 35.716 consultas médicas brindadas en todo el país entre junio y agosto de 2014 a personal extranjero, el 72.75% son de nacionalidad colombiana. En diciembre de 2012 se firmó un Acuerdo Ministerial durante la reunión del Comité Técnico Binacional de Asuntos Sociales y Culturales Ecuador-Colombia que dio paso a la reunión de la Mesa Binacional de Prestación de Servicios de Salud, por primera vez en abril de 2013, con el fin de contar con información que permita buscar mecanismos para el mejoramiento continuo de atención. Este tipo de acuerdo se trabaja también en el sur de frontera.

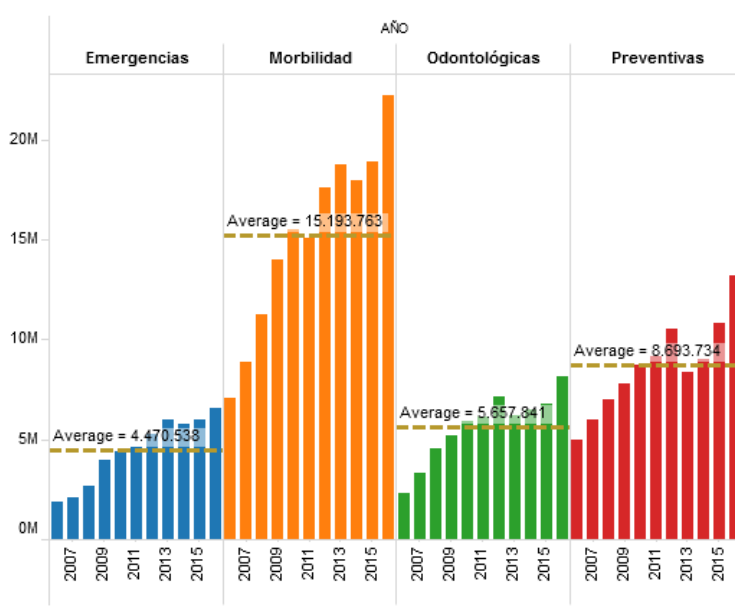
2.18. Estadística de Acceso a la Salud - Producción establecimientos de salud por diagnóstico

Estos datos estadísticos exhibidos corresponden al periodo desde el año 2006 hasta el año 2016. A partir del año 2016 se incluyen además de la producción de los establecimientos de salud del MSP, la producción de los

establecimientos del Seguro Social Campesino, Policía Nacional, Ministerio de Justicia y de los establecimientos del Distrito Metropolitano de Quito, según Acuerdo Ministerial 2687.

El total de producción en consultas generadas por los establecimientos de salud incluye consultas de emergencia, consultas de morbilidad y consultas de prevención

AÑO	Emergencias	Morbilidad	Preventivas	Odontológi..	CONSULTAS MSP	CONSULTAS RPIS
2006	1.851.581	7.036.739	4.979.858	2.330.973	16.199.151	16.199.151
2007	2.123.093	8.881.642	6.009.435	3.312.195	20.326.365	20.326.365
2008	2.669.755	11.231.313	7.008.344	4.568.891	25.478.303	25.478.303
2009	3.969.855	13.992.991	7.783.727	5.218.840	30.965.413	30.965.413
2010	4.381.419	15.488.166	8.701.393	5.921.081	34.492.059	34.492.059
2011	4.635.602	15.112.914	9.192.510	6.133.301	35.074.327	35.074.327
2012	5.301.838	17.610.891	10.538.177	7.108.984	40.559.890	40.559.890
2013	5.966.469	18.734.132	8.339.288	6.233.116	39.273.005	39.273.005
2014	5.745.842	17.978.137	9.000.186	6.484.154	39.208.319	39.208.319
2015	5.986.470	18.871.189	10.843.268	6.798.413	42.499.340	42.499.340
2016	6.543.999	22.193.284	13.234.893	8.126.301	45.829.972	50.098.477



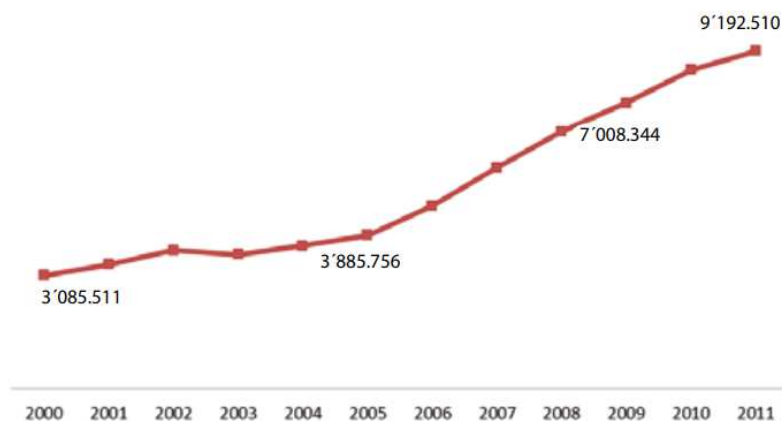
Fuente: Base de datos de emergencias, sistema RDACAA y sistema HOSVITAL - Elaborado por: DNEAIS – MSP

2.19. Estadística de Acceso a la Salud - Avances en el área de la Salud: periodo 2000-2011

En el periodo 2000 y 2005 se registró un incremento de 1.093.487 consultas preventivas, mientras que entre el 2008 al 2011, el aumento de consultas preventivas fue de 2.345.081, es decir, en los últimos tres años del

período analizado, el número de atenciones preventivas se incrementó en más del doble en comparación a los primeros cinco años del Siglo XXI. Estas estadísticas señalan el énfasis de la gestión del Ministerio de Salud Pública en “prevenir” en lugar de “curar” que es parte del nuevo modelo de atención.

Consultas preventivas brindadas por años de ocurrencias 2000 - 2011



Fuente: MSP – Dirección Nacional de Información, Producción de Salud, 2003, 2006, 2011.

2.20. Estadística de Acceso a la Salud – Total de consultas (brindadas) de morbilidad por año, (médico, obstetriz, psicólogo) según grupos de edad

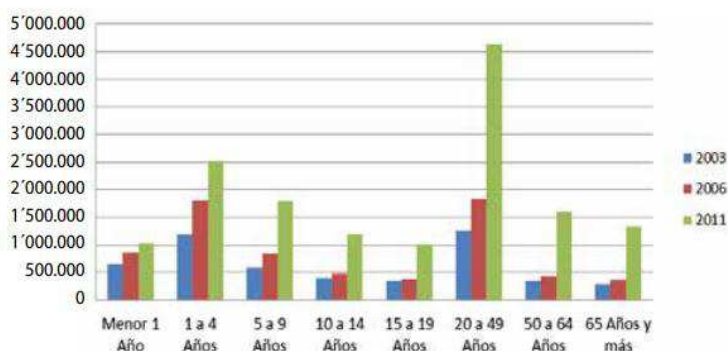
En el caso de consultas de morbilidad (enfermedad) por grupo de edad, se evidencia un aumento general de atenciones brindadas. Esto se constata, principalmente, en el grupo de 20 a 49 años, como resultado de las campañas de salud pública enfocadas en especial en el grupo de mujeres en edad fértil (MEF) y a la ampliación de atención a la población adulta.

El segundo grupo que registra mayor número de consultas, es el de 1 a 4 años, población que en el 2010, según datos de la publicación Indicadores Básicos de Salud para el Ecuador, acudió a consulta principalmente por problemas respiratorios.

En el año 2011 se evidencia un incremento sustancial en las consultas de morbilidad, en las personas mayores de 50 años, en relación con las atenciones brindadas a estos grupos etarios en el 2003 y 2006, lo cual destaca algunas

Políticas de Estado para personas de la tercera edad, como la expedición de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores en el año 2010 y el Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, que incluye el Programa de Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador, 2011-2013.

**Total de consultas (brindadas) de morbilidad
(Médico, obstetrix, psicólogo)
por año, según grupos de edad**



Fuente: MSP – Dirección Nacional de Información, Producción de Salud, 2003, 2006, 2011.

2.21. Estadística – Presunta mala práctica profesional

El Consejo de la Judicatura informó que entre el 10 de agosto del 2014 y octubre del año 2016, 31 personas han sido sometidas a juicio por la figura de mala práctica profesional. Del total, 28 son médicos y el resto es de otras áreas.

La Federación Médica Ecuatoriana, con 44 000 socios, establece que son más casos y calcula que los colegios provinciales reciben unas 3 000 quejas al año, pero no todas van a juicio.

2.21.1. Casos – Presunta mala práctica profesional

El Consejo de la Judicatura informó que entre el 10 de agosto del 2014 y octubre del año 2016, 31 personas han sido sometidas a juicio por la figura de mala práctica profesional. Del total, 28 son médicos y el resto es de otras áreas.

En febrero del 2016, a Marco le intervinieron por una desviación del tabique. César Vanegas, su abogado, señala que el doctor que lo intervino “topó mal” el hueso y solo respira por una fosa nasal. En las noches se ahoga y cuando corre se agita. No ha podido curarse, pues dice no tener dinero.

Los abogados que trataron este caso, antes de llegar a Vanegas, le solicitaron de 3 000 a USD 5 000.

Lorena, una joven manabita que se implantó los senos, es otro caso. Tras la operación, el cirujano la chequeaba cada semana. Le decía que estaba normal, pero en las citas médicas lo que hacía era retirarle el líquido que se derramaba de las prótesis. Eso le provocó una fuerte infección y ahora está bajo tratamiento. Abandonó sus estudios, pues el dolor era fuerte y no podía levantarse.

El Consejo de la Judicatura señala que dentro de los 31 juicios por mala práctica hay seis sentencias, pero no hay el detalle de cuántos corresponden a médicos. Se puede apreciar que las demandas han crecido exponencialmente.

2.21.2. Casos – Presunta mala práctica profesional: Archivados

Existen casos que quedan archivados o que no pasan más allá; debido a que no todos presentan las suficientes pruebas. Por ejemplo, una familia demandó al pediatra de su hija, luego de que le extirpara un lunar. El especialista realizó el proceso con láser, pero el aparato falló y quemó parte de la piel. La

afectación medía dos centímetros y para el día de la audiencia había desaparecido. El caso quedó ahí.

A un traumatólogo le demandaron porque la recuperación del paciente duró dos meses. Él quería que sea menos. La demanda tampoco avanzó.

Este contenido ha sido publicado originalmente por Diario EL COMERCIO en la siguiente dirección:

CAPÍTULO III

MARCO JURÍDICO

3.1. Normativa en relación a la Salud

La salud es considerado como un estado de bienestar o equilibrio que posee el ser humano, este estado de salud se estableció como un derecho debido a que los derechos evolucionan y sobre todo con el fin de garantizarlo, hacerlo efectivo y que no se vuelvan a dar los atropellos que en décadas pasadas se suscitaban.

De aquí que este derecho fundamental se consagra en la Constitución como norma suprema y en las leyes concordantes como Ley de Seguridad Social y Ley Orgánica de la Salud.

3.1.1. Constitución de la República del Ecuador.

La constitución del 2008 contiene varios artículos relacionados con la salud:

Salud.

Art 32. -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. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

El Sistema Nacional de la Salud - Constitución

Art 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector.. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios.. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

3.1.2. Ley de Seguridad Social.

Principios Rectores.

Art. 1.- El Seguro General Obligatorio forma parte del sistema nacional de seguridad social y, como tal, su organización y funcionamiento se fundamentan en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia.

Para efectos de la aplicación de esta Ley:

Solidaridad es la ayuda entre todas las personas aseguradas, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, edad, sexo, estado de salud, educación, ocupación o ingresos, con el fin de financiar conjuntamente las prestaciones básicas del Seguro General Obligatorio.

Obligatoriedad es la prohibición de acordar cualquier afectación, disminución, alteración o supresión del deber de solicitar y el derecho de recibir la protección del Seguro General Obligatorio.

Universalidad es la garantía de iguales oportunidades a toda la población asegurable para acceder a las prestaciones del Seguro General Obligatorio, sin distinción de nacionalidad, etnia, lugar de residencia, sexo, educación, ocupación o ingresos.

Equidad es la entrega de las prestaciones del Seguro General Obligatorio en proporción directa al esfuerzo de los contribuyentes y a la necesidad de amparo de los beneficiarios, en función del bien común.

Eficiencia es la mejor utilización económica de las contribuciones y demás recursos del Seguro General Obligatorio, para garantizar la entrega oportuna de prestaciones suficientes a sus beneficiarios.

Subsidiariedad es el auxilio obligatorio del Estado para robustecer las actividades de aseguramiento y complementar el financiamiento de las prestaciones que no pueden costearse totalmente con las aportaciones de los asegurados.

Suficiencia es la entrega oportuna de los servicios, las rentas y los demás beneficios del Seguro General Obligatorio, según el grado de deterioro de la capacidad para trabajar y la pérdida de ingreso del asegurado. (Legislación de Seguridad Social, 2001)

3.1.3. Ley Orgánica de Salud.

Derecho a la Salud y su protección.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y

eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS DERECHOS DE LA SALUD.

4.1. Legislación Comparada.

El análisis que se presenta a continuación es de suma relevancia para determinar la aplicación de la legislación específica sobre la persona mayor en determinados países de América Latina

El derecho internacional provee un marco jurídico que pueden aplicar los Estados en lo concerniente al papel que desempeñan en el escenario internacional respecto de las organizaciones internacionales, las relaciones económicas entre países, el derecho internacional humanitario y los derechos humanos, entre otros aspectos

4.1.1. Chile.

En Chile, el derecho a la salud se ha convertido en motivo de una preocupación ciudadana creciente y sostenida. En el centro de la discusión se encuentran las obligaciones que tiene el Estado en su protección y garantía frente a las progresivas expectativas de las personas por acceder a mayores y mejores prestaciones en este ámbito.

Así, por ejemplo, a propósito del derecho a la salud, la encuesta de opinión publicada por el Instituto Nacional de Derechos Humanos de 2015 señala que el 65,7% de los encuestados considera que es de cargo del Estado la garantía y protección del derecho a la salud; el 30,8% piensa que es una responsabilidad compartida por igual entre el Estado y la persona, y 3,2% piensa que es una responsabilidad que recae principalmente en la persona.

En la misma encuesta, el 82,3% de los consultados opina que obtener una atención en salud de calidad depende de cuánto se puede pagar, y en cuanto a la pregunta sobre los derechos menos protegidos, para el 43% sería el de una jubilación digna; para el 31% el derecho a la salud, y tener un trabajo y recibir un salario justo para el 31%². En el mismo sentido, la encuesta CEP de noviembre de 2015 señala que entre las principales preocupaciones de los encuestados se encuentran la delincuencia (58%), la salud (44%) y a educación (33%).

Las cláusulas que definen el rol del Estado en base a los modelos que revisaremos, Estado subsidiario/Estado Social, juegan un papel absolutamente central a la hora de definir el sentido y alcance de la protección del derecho a la salud. El reconocimiento de los derechos sociales y la responsabilidad que se asigna al Estado en su protección y su posterior desarrollo normativo y jurisprudencial serán analizados desde la perspectiva del Estado subsidiario (más próximo al constitucionalismo clásico) y del Estado Social de Derecho, que se identifica con el modelo de la Constitución alemana de la posguerra y que se adopta en Brasil a partir de la redemocratización del país en 1988.

La opción estampada en la Constitución del 80 en Chile adopta la forma del Estado subsidiario. En esta cuestión, Cristi analiza las contribuciones y el sello de Jaime Guzmán en la definición del rol del Estado, y afirma que “En 1969, Guzmán

publica en la revista Portada un artículo titulado: 'El Miedo. Síntoma de la realidad político-social chilena' (...) Guzmán fija su atención en el estatismo, que ve como el peligro más grave que se cierne sobre la humanidad. Al estatismo, Guzmán opone el subsidiarismo. Piensa que en el estatismo se conjugan posiciones tanto liberales como socialistas, pero que el subsidiarismo puede salvaguardar al individuo y proyectar la individualidad en las sociedades intermedias. Elabora así, fundado en Mater et Magistra, los lineamientos de una teoría acerca del papel del Estado (...) la única alternativa es el subsidiarismo católico, que funda la autonomía y la libertad del individuo en una metafísica de la persona”.

En las actas oficiales de la Comisión Ortúzar, Jaime Guzmán planteó una pregunta fundamental para el estudio que se presenta ahora: “¿tiene toda persona derecho a que los mecanismos que el hombre ha descubierto para proteger la salud (...) les sean conferidos en forma gratuita? ¿O eso depende de la capacidad económica del interesado?”. En las sesiones de la comisión, la pregunta quedó planteada junto a varias otras reflexiones, pero no está materia. Esta indefinición ha marcado las ambivalencias en la protección de este derecho. (Soto, 2016, págs. 1-4)

4.1.1.1. El Derecho A La Salud: Contexto económico, político y social.

En los últimos 20 años el modelo exportador chileno ha estado sustentado en la apropiación, de parte de los privados, de la renta económica de los recursos naturales. En efecto, Chile tiene un patrón productivo basado en la exportación de recursos naturales, con escasa integración hacia la totalidad del sistema económico. Los beneficiados con el crecimiento son básicamente los núcleos productivos anclados en el cobre, la pesca, el sector forestal y la agricultura moderna. La competencia internacional ha llevado a las empresas a concentrar esfuerzos en reducir los costos de la fuerza de trabajo con base en nuevas tecnologías, racionalización administrativa y a la externalización de los contratos laborales. El eje de la política pública radica en el superávit estructural y no en el empleo, con lo cual los programas de reconversión productiva, investigación tecnológica y capacitación de trabajadores son insuficientes para fundar nuevas actividades generadoras de empleo así como para proteger a los desempleados. Así las cosas, la desocupación se torna estructural y el mercado no sirve al desarrollo de nuevas actividades.

Este modelo de acumulación basado en las exportaciones ha condenado a la población a una pésima distribución del ingreso. El 20% más pobre recibe el 3,3% del ingreso nacional, en tanto que el 20% más rico recibe 62,2% del ingreso.. Esta enorme concentración del poder económico se muestra, según el Servicio de Impuestos Internos, en que el 94% de las ventas anuales lo hacían las grandes empresas, lo que no se condice con quien genera los empleos (el 83% de la fuerza de trabajo labora en las pequeñas y medianas empresas.) Según OIT, en Chile existe un 35% de trabajadores sin contrato o con trabajos temporales y un 70% del empleo regular es precario, de acuerdo a criterios de ingresos, contratos y previsión social.

La Cepal en un informe sobre condiciones laborales (1) observa la brecha que existe entre la acumulación de riqueza corporativa y el deterioro de las condiciones laborales, la que se extiende a otros muchos aspectos de la vida social..."Mientras más aumentan las rentabilidades de las grandes compañías y el país se destaca por su bajo riesgo-país y su estabilidad social y económica, el desempleo, la violencia, la delincuencia y la desintegración social aumentan" El alto desempleo y precarización llevan a una merma salarial e inestabilidad en el empleo, minando la organización sindical.

Descripción del marco jurídico y constitucional del derecho a la salud.

- El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.
 - Le corresponderá asimismo, la coordinación y el control de las acciones relacionadas con la salud
 - Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podría establecer cotizaciones obligatorias.
 - Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado.
-

Según reza en el artículo 12 N°1 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del cual Chile es mandatario: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y para asegurar la efectividad de ese derecho, ordena en el mismo artículo 12 N° 2 Lit.d: “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad “Cabe tener presente que la Constitución consagra una concepción instrumental del Estado, asignándole a éste un fin determinado, disponiendo en su Art. 1° Inc.4° que:

“El Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el Bien

Común, por lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece”

4.1.1.2. Descripción del sistema de salud o de la atención sanitaria en el país.

El tercer gobierno de la Concertación, con Ricardo Lagos a la cabeza, propuso generar una gran reforma de carácter solidario para eliminar los intolerables niveles de inequidad en salud, para lo cual se planteó crear un Fondo Único Solidario para financiar la salud, lo que en la práctica significaba que las Isapre dejarían de existir tal como se las creó en 1980, bajo el régimen militar. Sin embargo ese proyecto se desechó y la reforma quedó transformada en un conjunto de cinco proyectos de ley que dan cuenta de transformaciones administrativas y financieras, sin llegar a constituirse en una reforma sanitaria real.

Un aspecto central del proceso de construcción de la reforma es la escasa participación que se dio a los diferentes actores socio políticos involucrados. Objetivamente, los fundamentos neoliberales de la reforma se evidencian en:

1. implantación de una canasta básica de prestaciones garantizada (paquete AUGE) que posterga el resto de las atenciones actualmente cubiertas;

2. avance hacia la autonomía hospitalaria, con competencia en el mercado y búsqueda de autofinanciamiento, lo que lleva a privilegiar las prestaciones más rentables y condena al desfinanciamiento a aquellos hospitales que atienden a sectores de mayor pobreza;

3. el financiamiento no resuelve la diferenciación de primas por riesgo de los seguros privados y la consecuente discriminación hacia los adultos mayores, mujeres en edad fértil, enfermos y discapacitados, minorías sexuales, etc.;

4. Se deja una ventana abierta para instaurar un sistema de «subsidio a la demanda o Portátil en salud, que de hacerse realidad, significará un subsidio estatal directo al lucrativo capital especulativo de las Isapre y generará un impacto grave en las condiciones de equidad en el país.

4.1.1.3. Conflictividad social en torno al derecho a la salud.

Los gremios y Colegios de la Salud se destacan por su amplio rechazo a la Reforma en curso. El reclamo unánime se refiere a la ausencia de participación en la formulación de los proyectos. Lo más criticado es el sistema AUGE en su conjunto, entendido como un proyecto que no toca fundamentalmente a la salud privada y que pondría en peligro la existencia del sector público de la salud. Asimismo se pronuncian en contra de la fórmula de financiamiento, destacando la oposición al subsidio a la demanda o portabilidad de los fondos individuales desde el sector público al privado. Su desacuerdo con el alza del IVA y la supresión del fondo único solidario.

Los empresarios se pronuncian en contra de nuevos impuestos que perjudicarían la recuperación de la situación económica y proponen racionalizar el gasto en salud a través de una mejor gestión y la supresión del fondo universal y solidario.

El sector privado de salud se pronuncia a favor de un subsidio a la portabilidad de un subsidio a la demanda y en contra de un fondo solidario redistributivo. No aceptan, por lo tanto, el término de la discriminación por riesgo según edad, sexo y otras condiciones. Se consideran preparadas para solventar

el AUGE siempre y cuando se produzca una apertura a la compra de servicios hospitalarios en el sector público.

La derecha política comparte los planteamientos del empresariado y del sector privado de la salud, mientras los partidos de la concertación muestran inicialmente discrepancias, especialmente por el retiro del fondo universal solidario que deja intacto el sistema Isapres. Posteriormente terminan asumiendo el marco establecido de continuidad con el modelo de mercado.

4.1.1.4. Estudios de caso: garantía o violación del derecho a la salud.

En la salud privada se presentó recientemente una quiebra fraudulenta de la Isapre Vida Plena vinculada al holding de una financiera (Inverlink). Los afiliados beneficiarios perdieron todos sus fondos por un valor de US\$ 10 millones y con ello quedaron sin cobertura de servicios médicos ni de prestaciones económicas. Frente a ésta situación no contemplada en la Ley, la Superintendencia de Isapres determinó la reubicación de los beneficiarios en las demás Isapres. Estas lógicamente se resistieron, debiendo promulgarse una Ley especial que facultó a la autoridad a exigir dicha reubicación. El trámite fue nuevamente resistido por las Isapres por la vía de recursos judiciales en contra de los pacientes de mayor siniestralidad, generando un segmento de población desprotegida que finalmente debió acogerse al sistema público (Fondo Nacional de Salud).

La quiebra de Vida Plena se acompañó con la quiebra del Holding Inverlink, arrastrando inversiones en Fondos de Pensiones, Ahorros previsionales y fondos estatales por un monto de US\$ 100 millones. (MIDEPLAN, 2000, págs. 29-30)

4.1.2. Colombia.

4.1.2.1. La Salud en el Régimen Colombiano

La Salud en Colombia, le corresponde al Sistema Seguridad social de Colombia regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Salud y Protección Social y del Ministerio de Trabajo, bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado.

El preámbulo de la Constitución Política de 1991 de Colombia determina como uno de los fines esenciales del Estado colombiano el garantizar a sus integrantes la vida. A su vez, la protección del derecho a la vida se encuentra positivizada en el artículo 11 de la precitada Constitución Política como un derecho fundamental. Su satisfacción efectiva e integral, como derecho a una vida digna, depende del aseguramiento real de otros derechos. Entre ellos se destaca el derecho a la salud. (Pulido, 2011, págs. 1-2)

En el año de 1993, se crea la denominada “Ley 100”, considerada como un modelo de política neoliberal impuesto por organismos externos para condicionar préstamos internacionales especialmente.

Entre lo más relevante a este modelo implantado es lo siguiente: mediante un proceso de aporte obligatorio de todo residente, trabajador o pensionado, en Colombia, dice hacerse cargo de la salud de cada persona y para ello se basa en:

- Excluir la libre relación paciente/médico y añade un intermediario a esta relación, quien cobra un 12% de los ingresos de cada persona, asigna aproximadamente \$10 dólares mensuales para cuidar la salud de cada uno y deduce para si una utilidad por sus servicios de intermediación.

- Adicionalmente a este 12%, cada vez que un afiliado use el servicio, debe efectuar un copago, que es una cuota proporcional a los ingresos de cada afiliado y que se asignara a las IPS.

Desde el 1 de julio de 2012 se realizó la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS), permitiendo que las personas afiliadas al régimen subsidiario accedan a los mismos servicios de salud que los afiliados al contributivo (trabajadores y aportantes al sistema). En otras palabras, todos los colombianos tienen el mismo derecho, esto es sin importar el régimen al que pertenecen y sin importar la capacidad de pago o la edad.

Aspecto Negativo.

El Gobierno Colombiano se ha dedicado a formar más profesionales sin importar la calidad de esa formación, desconociendo el rol, la responsabilidad y la opinión de las universidades. Este diagnóstico de escasez está incompleto, puesto que no se sabe con certeza qué tipo de talento humano se requiere y en dónde se requiere para dar respuesta a las demandas de atención de la población sin deteriorar las condiciones laborales de los profesionales.

4.1.3. México.

4.1.3.1. El Derecho A La Salud En México

Los derechos económicos, sociales y culturales han sido abordados demeritando su naturaleza jurídica cuando no les atribuyen el estatus de derechos, sino de aspiraciones sociales motivadas, súplicas de beneficencia o justicia distributiva,¹ programas o directrices, que se trata de generalidades y no de prescripciones concretas, o bien, que no son derechos humanos por no ser universales sino que están dirigidos a ciertas personas o grupos de personas, o porque son mercancías o servicios sociales. El desconocimiento de sus propiedades jurídicas obedece a diversos motivos, entre ellos se pueden encontrar: El reconocimiento jurídico-histórico dispar, Los modelos económicos que observan incongruencias entre la planificación económica y los derechos humanos, Las diferentes obligaciones estatales que implican, y. La heterogeneidad entre los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Los derechos civiles y políticos son reconocidos jurídicamente en un primer momento en la Declaración de Derechos de Virginia de 1776 y en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, y enseguida en las Constituciones de los diferentes países; en cambio, los derechos económicos, sociales y culturales son reconocidos en los documentos constitucionales paulatinamente.

Las constituciones francesas de finales del siglo XVIII reconocieron la instrucción como una necesidad del hombre y del ciudadano, la enseñanza primaria gratuita y la educación profesional como un medio para el desarrollo del trabajo del ciudadano y la asistencia pública de los necesitados. A partir del siglo

XX, otros países como México y Alemania los incluyeron como derechos constitucionales y generaron su expansión de forma lenta pero continua.

El Estado liberal se complementó según las circunstancias que el hecho social reclamaba y en algunos países lo llevó a cabo bajo la forma de un Estado Social de Derecho o un Estado de Bienestar, y en otros sólo establecieron normas jurídicas con características sociales.

En esas formas de Estado la función de protección negativa de los derechos civiles y políticos no cambió, sino que la democracia amplió su espectro en áreas antes vedadas a su presencia o a su intervención tales como: la economía, la educación, la cultura, la salud, la vivienda, el trabajo, las organizaciones sociales sindicales, partidarias, empresariales, religiosas, culturales, mercantiles, la seguridad social, las relaciones obrero-patronales, el comercio y la industria, entre otros.

A mediados del siglo XX los economistas, al revisar la complejidad de las sociedades, observaron que han requerido de estrategias de diversas disciplinas como las económicas, jurídicas y sociales, entre otras, para un mejor funcionamiento. De igual manera, manifestaron que la planificación económica llega a coartar el ejercicio de los derechos, al grado de afirmar que no hay áreas de derechos individuales restringidas a los Estados respecto a los colectivismos, que al tener una finalidad unitaria deberían contar con un código ético, el cual reservaría un sitio para cada valor humano, sin embargo, se califica de una tarea imposible, por lo que dicho ordenamiento tendría numerosos espacios sin atender. Lo anterior sólo muestra una continuidad de la materia económica considerada aisladamente respecto de la jurídica y una resistencia a efectuar esquemas integrales y transversales de actividades en las diferentes disciplinas.

En cuanto a las obligaciones de los Estados respecto de los derechos civiles y políticos, y de los económicos, sociales y culturales se han interpretado de forma distinta: respecto de los primeros se menciona que requieren un no hacer de las autoridades, una no interferencia en la vida privada de las personas (obligación negativa), y en cuanto a los segundos se señala que requieren de un

hacer o de una obligación positiva, pero que además conlleva gasto público respecto a infraestructura, personal o bienes destinados a proporcionarlos.

Esa división no es tajante; de hecho, los derechos civiles y políticos también exigen gasto público en infraestructura y personal, por lo que ni siquiera las clasificaciones por separado son homogéneas. (Garfias, 2015, págs. 7-9)

4.1.4. España.

4.1.4.1. El Derecho a la Salud En España

El Sistema Nacional de Salud de España es el que abarca a las prestaciones y servicios sanitarios de España, que conforme a la ley son de exclusiva responsabilidad de los poderes públicos. Establecido en el año de 1908, poco a poco fue ampliando su cobertura, previo pago de los servicios asistenciales, a toda la población de España. En el año 1989 se perfeccionó este proceso; desde ahí la asistencia sanitaria en España es universal y, en el caso de los españoles, se financia vía impuestos.

La Constitución Española de 1978 establece, que el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se regulan por la Ley 14/1986, General de Sanidad y se concretan en:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
 - Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
 - Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
 - Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
 - Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.
-

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es, por lo tanto, el conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Las Bases y Coordinación General se refieren al establecimiento de normas que fijen las condiciones y requisitos mínimos, persiguiendo una igualación básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos. Incluye la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y autonómicas en el ejercicio de sus respectivas competencias.

Las actividades de Sanidad Exterior se realizan en materia de vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros. Mediante las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales, España colabora con otros países y Organismos internacionales en los siguientes aspectos:

- Control epidemiológico.
- Lucha contra las enfermedades transmisibles.
- Conservación de un medio ambiente saludable.
- Elaboración, perfeccionamiento y puesta en práctica de normativas internacionales.
- Investigación biomédica y en otros campos relacionados con el campo de la salud.

En relación con los Productos Farmacéuticos, las competencias que corresponden al Estado son las siguientes:

- Legislación sobre productos farmacéuticos.
 - Evaluación, autorización y registro de medicamentos de uso humano, de uso veterinario y productos sanitarios.
-

- Decisión sobre la financiación pública y fijación del precio de los medicamentos y productos sanitarios.
- Garantizar el depósito de sustancias estupefacientes de acuerdo con lo dispuesto en los Tratados Internacionales.
- Importación de medicación extranjera y urgente no autorizada en España. Mantener un depósito estatal estratégico de medicamentos y productos sanitarios para emergencias y catástrofes.
- Adquisición y distribución de medicamentos y productos sanitarios para programas de cooperación internacional.

Esta ley regula los medicamentos de uso humano y productos sanitarios, su investigación clínica, su evaluación, autorización, registro, fabricación, elaboración, control de calidad, almacenamiento, distribución, circulación, trazabilidad, comercialización, información y publicidad, importación y exportación, prescripción y dispensación, seguimiento de la relación beneficio-riesgo, así como la ordenación de su uso racional y el procedimiento para la financiación en su caso con fondos públicos. La regulación también se extiende a las sustancias excipientes y materiales utilizados para su fabricación, preparación o envasado. Establece también los criterios y exigencias generales, aplicables a los medicamentos veterinarios y en particular a los especiales, como las fórmulas magistrales y los relativos a los elaborados industrialmente. (1978, 2002, págs. 15-16)

En España, conforme al principio de descentralización promulgado por la Constitución, y tras la disolución del INSALUD en 2002, la competencia sanitaria está transferida a cada una de las comunidades autónomas.

4.1.4.2. Constitución Española y Salud: Fundamentos y Dilemas de Desarrollo del Seguro Nacional Social.

Las actuales sociedades democráticas exigen que el derecho a la protección de la salud no sea solo considerado como un derecho de prestación, que obliga a los poderes públicos a proveer asistencia sanitaria, sino que debe

incorporar también los derechos fundamentales de las personas, especialmente, el derecho a la libertad que le permite adoptar autónomamente decisiones respecto de su salud. El sistema constitucional español reconoce el derecho a la protección de la salud como un principio de política social y económica (capítulo III, del título I), pero otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida, el derecho a la integridad física, el derecho a la intimidad y a la protección de datos de carácter personal, deben servir para interpretar adecuadamente las obligaciones de los poderes públicos y los derechos de los pacientes. La Constitución española, al regular la asistencia sanitaria y la protección de la salud no ha establecido un sistema de prestaciones exclusivamente público y, por tanto, es posible desarrollar las correspondientes políticas a través de un sistema mixto, público-privado, como sucede actualmente.

4.1.4.3. Derecho a la protección de la salud: concepto y fundamento.

Numerosas constituciones y documentos internacionales y supranacionales han incorporado algún tipo de reconocimiento y protección de la salud, aunque no hay homogeneidad en el tratamiento de la misma. Mientras que unos documentos hablan de derecho a la salud otros se refieren al derecho a la protección de la salud. Los defensores de la primera denominación entienden que ésta expresa más nítidamente el derecho de la persona a gozar de las mejores condiciones de salud que sean posibles; por el contrario, los que entienden que la denominación “derecho a la protección de la salud” es más idónea alegan que resulta absurdo reivindicar tener derecho a la “salud” en la medida en la que ello es imposible¹ y que lo que realmente encierra este derecho es la demanda de atención o protección de la salud e inciden más en su vinculación a los principios de justicia, igualdad y solidaridad. En todo caso, ya sea bajo la expresión derecho a la salud ya sea bajo la de derecho a la protección de la salud (o, también, derecho a la atención de la salud) se defiende un único derecho, principio u obligación de los poderes públicos que tiene por objeto la tutela de la salud, la articulación de un sistema público de asistencia sanitaria y, más modernamente, el acceso a condiciones de vida que sean compatibles con el goce más alto posible de salud. Sin embargo, como enseguida se expone, en el ámbito de la salud y la asistencia sanitaria se han incorporado elementos nuevos y, también, elementos ya

conocidos pero que ahora se interpretan con un alcance mayor. (Sánchez, 2012, pág. 1)

La protección de los derechos sociales, y particularmente del derecho a la salud, mediante su constitucionalización y el establecimiento de mecanismos judiciales para garantizar su efectividad, es una práctica cada vez más extendida. Los debates teóricos sobre la factibilidad o la deseabilidad de que los derechos sociales estén protegidos judicialmente, esto es, de que sean “justiciables”, están por ello siendo reemplazados cada vez más frecuentemente por nuevas preguntas, enfocadas en los efectos prácticos de estas formas de protección.

Una de las preguntas más reiteradas en la literatura reciente sobre los efectos del litigio en salud —formulada originalmente en relación con Brasil y extendida también a otros países y específicamente a Colombia— es si éste acarrea más desigualdad que igualdad en la protección del derecho a la salud. El punto de partida empírico para formular esta interrogante es la constatación de que el litigio en salud, tal como en otras áreas, estaría monopolizado por la clase media y alta.

Adicionalmente, que esa protección judicial se concentraría mayoritariamente en medicamentos sofisticados, de marca y de alto costo. La consecuencia sería que una minoría litigante, de origen privilegiado, accedería mediante las cortes a beneficios que el resto de la población no tiene garantizados y que se obtienen a expensas de los recursos públicos que irían a la mayoría no litigante y no privilegiada, que tiene que soportar la provisión de servicios de salud en un sistema empobrecido. En estas condiciones, el litigio terminaría reproduciendo e incluso agravando los esquemas de privilegios que existen en las sociedades y operan en contra de los más desprotegidos. (Uprimny, 2014, pág. 5)

4.1.5. La Protección de la Salud en La Constitución Europea.

Formando parte de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión, más concretamente ubicado en el Título IV de la Parte II del Tratado por el que se establece una Constitución para Europa (en adelante, Ceur), y en apenas tres

líneas, el artículo II-95 reconoce el derecho de los ciudadanos europeos a la protección de la salud.

Como han hecho notar los primeros estudiosos de tan relevante pieza jurídica, la parquedad empleada en su formulación en absoluto se corresponde con la trascendencia que el reconocimiento del tal derecho trae consigo. Concretamente, el precepto objeto de comentario en estas líneas reza que «toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y las prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana».

Del contenido transcrito se desprende que la política comunitaria sobre protección de la salud se dirige hacia dos campos distintos pero complementarios. Por un lado, la atención o asistencia sanitaria y, por otro, las acciones referidas a cuestiones de salud pública.

La norma europea guarda así un evidente paralelismo con lo dispuesto en el artículo 43 de nuestra Ley Fundamental, el cual, dentro de los principios rectores de la política social y económica, también reconoce el derecho a la «protección de la salud», encomendando acto seguido a los poderes públicos la tarea de organización y tutela de la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios que sean necesarios.

Al igual que ocurre con nuestro texto constitucional, el artículo II-95 de la Ceur considera a la salud humana un bien jurídico que debe ser objeto de tutela por el ordenamiento, aunque, como acaba de decirse, cada uno de sus dos incisos se refiere a cosas distintas. (Cavas, 2005, pág. 401)

4.1.6. Ecuador.

El Derecho a la Salud en el Contexto del Buen Vivir la Constitución Ecuatoriana del 2008 y el Derecho a la Salud.

El derecho a la salud ha tenido nuevos desarrollos jurídicos en el Ecuador a partir de la Constitución expedida en el año 2008, también conocida como

Constitución de Montecristi, por ser el lugar donde se reunió la Asamblea Constituyente. Para comprender los avances significativos en la concepción jurídica del derecho, en primer lugar señalaremos como contexto inevitable la centralidad de los derechos en la Constitución.

En segundo lugar intentaremos, a partir de lo que se ha denominado como filosofía andina, resaltar una de las innovaciones más importantes de la institucionalidad ecuatoriana: el *sumak kawsay*, que nos plantea una forma de vida distinta, un modelo de desarrollo sin duda post-capitalista y nos marca un nuevo horizonte utópico. Con este concepto, nos atrevemos, en una tercera parte, describir dos modelos para entender los paradigmas de salud. El uno, que es el dominante y actual, al que le denominaremos “la salud como mercancía” y, el otro, que tiene que ver con el modelo de salud conforme al principio del *sumak kawsay*. Finalmente, abordaremos el derecho a la salud en la Constitución de Montecristi, señalando las normas constitucionales aplicables a todos los derechos y en particular las normas relacionadas al derecho a la salud.

4.1.7. Derecho Constitucional de la Salud

Desde que el hombre existe, ha sido su preocupación cuidar su bienestar físico y emocional; con este fin, se agrupó y formó comunidades que le permitieron la caza y, a la vez, protegerse de las agresiones correlativas con esta actividad; todo ello para preservar su salud e integridad física.

Podemos mencionar que el derecho a la salud es un precepto que ya se contemplaba aun en los años antes de Cristo, específicamente entre los griegos, como se menciona en la obra «Diálogos de Platón», donde se comenta de manera relevante que todos los seres humanos gozarán de salud, tanto física como mental.

En nuestro país, sólo reinaban la ignorancia y la pobreza, situación que imposibilitaba la existencia de condiciones sanitarias adecuadas y, por consiguiente, la presencia de un sistema de salud pública.

Cabe en primer lugar, de modo coherente con la distinción que hace la Constitución en dos preceptos constitucionales distintos de la Seguridad Social y del derecho a la protección de la salud, que el sistema de Seguridad Social organice prestaciones estrictamente económicas y que el sistema sanitario se estructure separadamente, como un servicio distinto que tendría como objeto la promoción, defensa y mejora de la salud; posibilidad compatible con el hecho de que dichos servicios recibieran financiación, parcial, de la Seguridad Social.

Cabe en segundo lugar la posibilidad de establecer un sistema en el que existieran prestaciones sanitarias de la Seguridad Social coexistentes con los servicios de sanidad pública, siendo estos servicios y la Seguridad Social organizaciones separadas. La tercera posibilidad consistiría en que la Seguridad Social englobara tanto las prestaciones económicas como las medidas de protección a la salud, incluyendo entre estas últimas tanto la atención a la salud de los individuos como las medidas relativas a la salud pública.

4.1.8. Caso Práctico

Comparece el señor, indicando lo siguiente: “Desde el mes de Agosto del año 2014, fue diagnosticado con cáncer de Próstata, Estado IV con Metástasis Osea y Ganglionares Mediastinales y Retroperitoneales, por parte de los Médicos del Hospital Naval Guayaquil. Por el diagnóstico de la enfermedad fue derivado a SOLCA Manabí, Núcleo Portoviejo por la gravedad de la misma y por no poder viajar continuamente hasta Guayaquil. En el 2014, se le inició el tratamiento en esta institución especializada, en las áreas de oncología con el Dr. y urología con el Dr., y por la gravedad de la enfermedad a cuidados paliativos con el Oncólogo Dr. Desde el inicio el tratamiento se lo realizó con bloqueo hormonal con CIPROTERONA y TRIPTORELINA, para el cáncer de próstata, el mismo que continuo hasta septiembre del 2015 donde presentó resistencia a ese tratamiento hormonal (ciproterona) indicándole el Dr. que el medicamento que reemplazaría al anterior era el ACETATO DE ABIRATERONA, el cual empezó a tomar desde el mes de septiembre del 2015 y

con grandes resultados para su salud, la cual mejoró notablemente hasta marzo del 2016, llegando a disminuir el valor de los tumorales en P.S.A.4.7. Que a partir de abril del 2016, cuál fue su sorpresa que no le fue entregado ni suministrado el medicamento ACETATO de ABIRATERONA, aunque fuera recetado por los Médicos de SOLCA, indicándole que no tenía derecho a este medicamento por razones netamente administrativas de convenios entre el ISSFA y SOLCA. A partir de esa fecha los valores tumorales empezaron a subir rápidamente, y hasta la actualidad tiene en 218 el PSA; y cuando estaba tomando normalmente el medicamento ACETATO DE ABIRATERONA lo tenía en 4.7 el PSA, produciéndose ahora, intensos dolores en el cuerpo, en los huesos, vómitos diarrea y sin poder dormir.”

Se puede apreciar como la VALORACION Y TRATAMIENTO INTEGRAL NO SE CUMPLE a cabalidad, por cuanto el medicamento llamado ACETATO de ABIRATERONA recetado para el tratamiento de cáncer de próstata no le está siendo entregado ni suministrado desde abril del 2016, debido que en el ISSFA no autoriza su cobertura, por no estar según ellos considerado en el cuadro general básico de medicamentos del Ministerio de Salud Pública (MSP), y no quieren reconocer el pago o la cobertura de este medicamento, indicando los señores del ISSFA que si se lo han recetado debe ser cubierto por el mismo paciente, argumento este que le está violando su derecho a la SALUD, puesto que el Estado está obligado a prestar especial atención a las personas que tienen enfermedades catastróficas, esto, en los términos de los Arts. 35, 32 y 50 de la Constitución, por tener atención prioritaria por el hecho de tener esta enfermedad catastrófica.

El Art. 363 de la Constitución al tratar de la responsabilidad del estado numeral 7 establece: garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad. El acceso a medicamento, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y sobre los intereses comerciales, Aquí se puede apreciar varios aspectos negativos; la negativa en dar una solución por parte de 2 entidades: por parte de Solca, pero más del Ministerio de Salud Pública que no facilitan la medicación indicando que no se encuentra en el cuadro de medicina y

segundo aspecto porque los medicamentos son caros, indicando el implicado en su versión: "que por dinero se puede morir una persona de cáncer que es una enfermedad catastrófica"

En este caso se interpuso el recurso de apelación por parte del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA); estableciendo en su sentencia lo siguiente:

“ADMINISTRANDO JUSTICIA, EN NOMBRE DEL PUEBLO SOBERANO DEL ECUADOR, Y POR AUTORIDAD DE LA CONSTITUCIÓN Y LAS LEYES DE LA REPÚBLICA”, aceptando parcialmente el recurso de apelación interpuesto por el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y rechazando el recurso de apelación interpuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Procuraduría General del Estado (PGE), REFORMA, la resolución venida en grado que declara con lugar la acción de protección propuesta por en el siguiente sentido: 1) Declarar la vulneración de derechos constitucionales del legitimado activo , a la tutela judicial efectiva, imparcial y expedita, el derecho a la salud, vida digna e integridad personal que contempla la integridad física, moral y psíquica; y, el derecho a la vida contemplados en los Art. 75, 32, 66.2 y 3 de la Constitución de la República del Ecuador. 2) Por tal razón como medida de reparación se dispone: 2.1) Que el Ministerio de Salud Pública en forma inmediata viabilice la autorización respectiva solicitada por SOLCA, para la adquisición del medicamento de ACETATO DE ABIRATERONA y medicamentos colaterales que no se encuentran en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB), a favor del accionante , en los términos y condiciones que establece la norma vigente, para que el ISSFA cumpla con la obligación que le corresponde, esto es de cancelar los medicamentos requeridos y suministrados por SOLCA; 2.2) Que SOLCA, Portoviejo, continúe garantizando el tratamiento adecuado, oportuno y eficiente que requiere el paciente, el legitimado activo , con el medicamento prescrito por el médico especialista tratante en garantía del derecho a la salud, a costa del ISSFA, por cuanto no se puede abstenerse de prescribir y suministrar a las personas con enfermedades catastróficas o de alta

complejidad el medicamento que necesita por cuestiones administrativas; 2.3) Que el ISSFA, como ente asegurador cancele los valores del medicamento de Acetato de Abiraterona y medicamentos colaterales que han sido ya entregados al paciente legitimado activo, por parte de SOLCA- Portoviejo; así como de los medicamentos que fueren entregados desde la fecha de presentación de esta acción hasta que el Ministerio de Salud Pública emita la autorización correspondiente solicitada para el efecto por parte de SOLCA, y la entidad aseguradora ISSFA asuma formalmente su responsabilidad.

3) Como garantía de no repetición se dispone: 3.1) Que las autoridades pertinentes del Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) asegurando la salud y la vida de los miembros de la institución que padecen enfermedades catastróficas, inicien un proceso de evaluación médica y definan acciones administrativas, presupuestarias y médicas con el fin de atender de forma prioritaria los requerimientos, necesidades y medicinas requeridas que no consten en el cuadro nacional de medicamentos básicos, con el fin de brindarles a las personas que padezcan enfermedades catastróficas o de alta complejidad una vida digna. 4) Como medida de satisfacción se dispone que el Ministerio de Salud Pública y el ISSFA, a través de sus representantes legales, formalicen el acto de las debidas disculpas públicas al accionante, por medio de comunicación escrita, la primera de las nombradas por retardo en el despacho de la autorización y la segunda por falta de previsión en el trámite de dicha autorización, una vez que se encuentre ejecutoriada la sentencia.

5) De conformidad a lo dispuesto en el Art. 215 de la Norma Constitucional, en relación con lo preceptuado en el Art. 21 de la LOGJCC, se delega el seguimiento del cumplimiento de la presente sentencia a la Defensoría del Pueblo del Ecuador - Portoviejo (Amicus Curiae), quien deberá informar al Juez de instancia, sobre el cumplimiento de la misma. Una vez ejecutoriada el presente fallo, remítase al Juez de Primer Nivel para su ejecución; al igual que a la Corte Constitucional del Ecuador, para los fines establecidos en el artículo 25.1 de la Ley Orgánica de Garantías Jurisdiccionales y Control Constitucional. De conformidad con la Acción de Personal No. 2832-DP13-2017-KP de fecha 24/04/2017 el Ab. quien subrogara a la Ab. hoy, actúe como Secretario de la causa. Cúmplase y Notifíquese.”

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La salud es el medio para lograr el progreso económico y social de un País.
 - La salud pública está encaminada a la promoción, protección y recuperación de la salud, con énfasis en la población con la participación de las organizaciones de la comunidad.
 - La salud pública a pesar de ser una gran herramienta para la atención integral de salud, se puede ver limitada sobre todo por posiciones políticas, económicas y sociales de los grupos de poder.
 - Entre los fines y objetivos del Ministerio de Salud Pública están la integración y coordinación progresiva de los servicios de salud con miras a aumentar su cobertura, especialmente tratar de llegar a las zonas marginales.
 - La protección de salud pública está encaminada al control de las enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles y a la intervención y control del saneamiento ambiental.
 - Todos los centros de salud se costean a través de los pacientes que pagan por la atención médica, así como con recursos de accionistas y créditos bancarios, según los representantes de clínicas.
 - El modelo de salud, con el fin de poder abarcar a todos los niveles, debe tener niveles de organización, central, regional y local, debidamente interrelacionados
 - Para poder disfrutar de una buena salud integral, se debe contar con un ambiente propicio para desarrollar nuestro intelecto
-

- El desarrollo monetario está muy ligado con la salud, por cuanto, entre más dinero existe se puede invertir en más proyectos de salud, se puede construir más hospitales e invertir en talento humano
 - El Estado por medio del Instituto de Seguridad Social y el Ministerio de Salud, tienen como finalidad intentar resolver las necesidades de salud que existen.
 - La protección de la salud es un derecho establecido en la constitución, así como en múltiples tratados internacionales, sin embargo la realidad indica que nuestro sistema de salud enfrenta infinidad de retos y carencias para que dicho privilegio se vuelva una realidad para todos los ecuatorianos.
 - Se evidencia la vulneración del Derecho a la Salud y atención especializada garantizada en la constitución de la República.
 - Se manifiesta la existencia de un auto negligencia e insensibilidad por parte de las autoridades encargadas de manejar y administrar la salud.
 - Se exterioriza la falta de médicos especializados que requieren los pacientes, sobre todos aquellos que poseen enfermedades enfocadas y en algunos casos catastróficas.
 - Las razones probatorias que atenten contra el derecho a la salud y sobre todo pone en riesgo la vida de una persona, el juez las acepta como válida y se pronuncia en su resolución, admitiendo la acción correspondiente planteada.
 - El paciente es el agente primordial, responsable de salvaguardar su propia vida y promover su salud.
-

RECOMENDACIONES

- Financiar más medicamentos, debido a que seguir un tratamiento médico es muy caro, sobre todo en campos como el cáncer y sida.
 - Hacer campañas de Salud que abarquen las zonas rurales y zonas de difícil acceso.
 - Promover que la promoción de la salud se incorpore en los Gobiernos Autónomos Descentralizados de manera transversal en sus planes operativos anuales y plan anual de contratación.
 - Creación de una Secretaría Provincial de Salud, donde dirigirse los ciudadanos locales, debido a que los puntos de ayudas principales y gestiones para exámenes más profundos solo se pueden hacer en Guayaquil y Quito.
 - Equipar de mejor forma a los sub-centros y hospitales, debido a que en muchas ocasiones se derivan a otras ciudades
 - Dictar talleres para capacitar tanto a los estudiantes universitarios, y profesionales de la Salud con el fin de que mejoren y actualicen sus conocimientos.
 - Hay que educar desde temprano, esto es desde escuelas, colegios, enseñar como alimentarse y asearse correctamente.
 - Realizar planes y programas de salud y educación en salud que permitan a los infantes y adolescentes alimentarse correctamente y aprendan a tener una vida plena, debido a que futuro representan un gran gasto para el Estado.
-

**ANEXOS Y MEMORIAS GRÁFICAS DEL
PROYECTO INVESTIGATIVO**

ANEXO N° 2



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



LEY ORGANICA DE SALUD

Ley 67
 Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006
 Última modificación: 24-ene.-2012
 Estado: Vigente

EL CONGRESO NACIONAL

Considerando:

Que el numeral 20 del artículo 23 de la Constitución Política de la República, consagra la salud como un derecho humano fundamental y el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, saneamiento ambiental,...;

Que el artículo 42 de la Constitución Política de la República, dispone que "El Estado garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia.";

Que el Código de la Salud aprobado en 1971, contiene disposiciones desactualizadas en relación a los avances en salud pública, en derechos humanos, en ciencia y tecnología, a la situación de salud y enfermedad de la población, entre otros;

Que el actual Código de la Salud ha experimentado múltiples reformas parciales que lo han convertido en un cuerpo legal disperso y desintegrado;

Que ante los actuales procesos de reforma del Estado, del sector salud y de globalización, en los que se encuentra inmerso nuestro país, la legislación debe priorizar los intereses de la salud de la población por sobre los comerciales y económicos;

Que el Ecuador ha ratificado convenios y tratados internacionales que determinan compromisos importantes del país en diferentes materias como derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, derechos de niños, niñas y adolescentes, entre otros;

Que se hace necesario actualizar conceptos normativos en salud, mediante la promulgación de una ley orgánica que garantice la supremacía sobre otras leyes en esta materia; y,

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales expide la siguiente.

LEY ORGANICA DE SALUD

TITULO PRELIMINAR

CAPITULO I

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.



Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

CAPITULO II

De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y Responsabilidades

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 5.- La autoridad sanitaria nacional creará los mecanismos regulatorios necesarios para que los recursos destinados a salud provenientes del sector público, organismos no gubernamentales y de organismos internacionales, cuyo beneficiario sea el Estado o las instituciones del sector público, se orienten a la implementación, seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y proyectos, de conformidad con los requerimientos y las condiciones de salud de la población.

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;
4. Declarar la obligatoriedad de las inmunizaciones contra determinadas enfermedades, en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera; definir las normas y el esquema básico nacional de inmunizaciones; y, proveer sin costo a la población los elementos necesarios para cumplirlo;
5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;

5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.

6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera;
7. Establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables;
8. Regular, controlar y vigilar la donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución, transfusión, uso y calidad de la sangre humana, sus componentes y derivados, en instituciones y organismos públicos y privados, con y sin fines de lucro, autorizados para ello;
9. Regular y controlar el funcionamiento de bancos de células, tejidos y sangre; plantas industriales



- de hemoderivados y establecimientos de aféresis, públicos y privados; y, promover la creación de éstos en sus servicios de salud;
10. Emitir políticas y normas para regular y evitar el consumo del tabaco, bebidas alcohólicas y otras sustancias que afectan la salud;
 11. Determinar zonas de alerta sanitaria, identificar grupos poblacionales en grave riesgo y solicitar la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, como consecuencia de epidemias, desastres u otros que pongan en grave riesgo la salud colectiva;
 12. Elaborar el plan de salud en gestión de riesgos en desastres y en sus consecuencias, en coordinación con la Dirección Nacional de Defensa Civil y demás organismos competentes;
 13. Regular, vigilar y tomar las medidas destinadas a proteger la salud humana ante los riesgos y daños que pueden provocar las condiciones del ambiente;
 14. Regular, vigilar y controlar la aplicación de las normas de bioseguridad, en coordinación con otros organismos competentes;
 15. Regular, planificar, ejecutar, vigilar e informar a la población sobre actividades de salud concernientes a la calidad del agua, aire y suelo; y, promocionar espacios y ambientes saludables, en coordinación con los organismos seccionales y otros competentes;
 16. Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los trabajadores, para la prevención y control de las enfermedades ocupacionales y reducir al mínimo los riesgos y accidentes del trabajo;
 17. Regular y vigilar las acciones destinadas a eliminar y controlar la proliferación de fauna nociva para la salud humana;
 18. Regular y realizar el control sanitario de la producción, importación, distribución, almacenamiento, transporte, comercialización, dispensación y expendio de alimentos procesados, medicamentos y otros productos para uso y consumo humano; así como los sistemas y procedimientos que garanticen su inocuidad, seguridad y calidad, a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y otras dependencias del Ministerio de Salud Pública;
 19. Dictar en coordinación con otros organismos competentes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclo de vida y vigilar el cumplimiento de las mismas;
 20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos;
 21. Regular y controlar toda forma de publicidad y promoción que atente contra la salud e induzcan comportamientos que la afecten negativamente;
 22. Regular, controlar o prohibir en casos necesarios, en coordinación con otros organismos competentes, la producción, importación, comercialización, publicidad y uso de sustancias tóxicas o peligrosas que constituyan riesgo para la salud de las personas;
 23. Regular, vigilar y controlar en coordinación con otros organismos competentes, la producción y comercialización de los productos de uso y consumo animal y agrícola que afecten a la salud humana;
 24. Regular, vigilar, controlar y autorizar el funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud, públicos y privados, con y sin fines de lucro, y de los demás sujetos a control sanitario;
 25. Regular y ejecutar los procesos de licenciamiento y certificación; y, establecer las normas para la acreditación de los servicios de salud;
 26. Establecer políticas para desarrollar, promover y potenciar la práctica de la medicina tradicional, ancestral y alternativa; así como la investigación, para su buena práctica;
 27. Determinar las profesiones, niveles técnicos superiores y auxiliares de salud que deben registrarse para su ejercicio;
 28. Diseñar en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura y otras organizaciones competentes, programas de promoción y educación para la salud, a ser aplicados en los establecimientos educativos estatales, privados, municipales y fiscomisionales;
 29. Desarrollar y promover estrategias, planes y programas de información, educación y comunicación social en salud, en coordinación con instituciones y organizaciones competentes;
 30. Dictar, en su ámbito de competencia, las normas sanitarias para el funcionamiento de los locales



y establecimientos públicos y privados de atención a la población;

31. Regular, controlar y vigilar los procesos de donación y trasplante de órganos, tejidos y componentes anatómicos humanos y establecer mecanismos que promuevan la donación voluntaria; así como regular, controlar y vigilar el uso de órtesis, prótesis y otros implantes sintéticos en el cuerpo humano;

32. Participar, en coordinación con el organismo nacional competente, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos;

33. Emitir las normas y regulaciones sanitarias para la instalación y funcionamiento de cementerios, criptas, crematorios, funerarias, salas de velación y tanatorios;

34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario.

Estas acciones las ejecutará el Ministerio de Salud Pública, aplicando principios y procesos de desconcentración y descentralización; y,

35. Las demás previstas en la Constitución Política de la República y otras leyes.

Nota: Numeral 5-A agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

CAPITULO III

Derechos y deberes de las personas y del Estado en relación con la salud

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

- a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;
- b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República;
- c) Vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación;
- d) Respeto a su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; a su cultura, sus prácticas y usos culturales; así como a sus derechos sexuales y reproductivos;
- e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna;
- f) Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis;
- g) Recibir, por parte del profesional de la salud responsable de su atención y facultado para prescribir, una receta que contenga obligatoriamente, en primer lugar, el nombre genérico del medicamento prescrito;
- h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de las personas y para la salud pública;
- i) Utilizar con oportunidad y eficacia, en las instancias competentes, las acciones para tramitar quejas y reclamos administrativos o judiciales que garanticen el cumplimiento de sus derechos; así como la reparación e indemnización oportuna por los daños y perjuicios causados, en aquellos casos que lo ameriten;
- j) Ser atendida inmediatamente con servicios profesionales de emergencia, suministro de



medicamentos e insumos necesarios en los casos de riesgo inminente para la vida, en cualquier establecimiento de salud público o privado, sin requerir compromiso económico ni trámite administrativo previos;

k) Participar de manera individual o colectiva en las actividades de salud y vigilar el cumplimiento de las acciones en salud y la calidad de los servicios, mediante la conformación de veedurías ciudadanas u otros mecanismos de participación social; y, ser informado sobre las medidas de prevención y mitigación de las amenazas y situaciones de vulnerabilidad que pongan en riesgo su vida; y,

l) No ser objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin su conocimiento y consentimiento previo por escrito; ni ser sometida a pruebas o exámenes diagnósticos, excepto cuando la ley expresamente lo determine o en caso de emergencia o urgencia en que peligre su vida.

Art. 8.- Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud:

- a) Cumplir con las medidas de prevención y control establecidas por las autoridades de salud;
- b) Proporcionar información oportuna y veraz a las autoridades de salud, cuando se trate de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y responsabilizarse por acciones u omisiones que pongan en riesgo la salud individual y colectiva;
- c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos a su entorno familiar o comunitario;
- d) Participar de manera individual y colectiva en todas las actividades de salud y vigilar la calidad de los servicios mediante la conformación de veedurías ciudadanas y contribuir al desarrollo de entornos saludables a nivel laboral, familiar y comunitario; y,
- e) Cumplir las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos.

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:

- a) Establecer, cumplir y hacer cumplir las políticas de Estado, de protección social y de aseguramiento en salud a favor de todos los habitantes del territorio nacional;
- b) Establecer programas y acciones de salud pública sin costo para la población;
- c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos;
- d) Adoptar las medidas necesarias para garantizar en caso de emergencia sanitaria, el acceso y disponibilidad de insumos y medicamentos necesarios para afrontarla, haciendo uso de los mecanismos previstos en los convenios y tratados internacionales y la legislación vigente;
- e) Establecer a través de la autoridad sanitaria nacional, los mecanismos que permitan a la persona como sujeto de derechos, el acceso permanente e ininterrumpido, sin obstáculos de ninguna clase a acciones y servicios de salud de calidad;
- f) Garantizar a la población el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad a bajo costo, con énfasis en medicamentos genéricos en las presentaciones adecuadas, según la edad y la dotación oportuna, sin costo para el tratamiento del VIH-SIDA y enfermedades como hepatitis, dengue, tuberculosis, malaria y otras transmisibles que pongan en riesgo la salud colectiva;
- g) Impulsar la participación de la sociedad en el cuidado de la salud individual y colectiva; y, establecer mecanismos de veeduría y rendición de cuentas en las instituciones públicas y privadas involucradas;
- h) Garantizar la asignación fiscal para salud, en los términos señalados por la Constitución Política de la República, la entrega oportuna de los recursos y su distribución bajo el principio de equidad; así como los recursos humanos necesarios para brindar atención integral de calidad a la salud individual y colectiva; e,
- i) Garantizar la inversión en infraestructura y equipamiento de los servicios de salud que permita el acceso permanente de la población a atención integral, eficiente, de calidad y oportuna para responder adecuadamente a las necesidades epidemiológicas y comunitarias.

LIBRO I

De las acciones de salud



TITULO I

CAPITULO I Disposiciones comunes

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fiscomisionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, vigilará que los establecimientos educativos públicos, privados, municipales y fiscomisionales, así como su personal, garanticen el cuidado, protección, salud mental y física de sus educandos.

Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimar conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud.

Los medios de comunicación social, en cumplimiento de lo previsto en la ley, asignarán espacios permanentes, sin costo para el Estado, para la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población, de acuerdo a las producciones que obligatoriamente, para este efecto, elaborará y entregará trimestralmente la autoridad sanitaria nacional.

La autoridad sanitaria nacional regulará y controlará la difusión de programas o mensajes, para evitar que sus contenidos resulten nocivos para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 27, 46

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Art. 15.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

CAPITULO II De la alimentación y nutrición

Art. 16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas



alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes.

Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.

Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad.

Garantizará el acceso a leche materna segura o a sustitutivos de ésta para los hijos de madres portadoras de VIH-SIDA.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 30

Art. 18.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente Ley.

Art. 19.- La autoridad sanitaria nacional velará por la protección de la salud en el control de las enfermedades por deficiencia de yodo, mediante el control y monitoreo de la yodización de la sal para consumo humano.

CAPITULO III

De la salud sexual y la salud reproductiva

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad.

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Los problemas de salud pública requieren de una atención integral, que incluya la prevención de las situaciones de riesgo y abarque soluciones de orden educativo, sanitario, social, psicológico, ético y moral, privilegiando el derecho a la vida garantizado por la Constitución.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 61

LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCION A LA INFANCIA, Arts. 1

Art. 22.- Los servicios de salud, públicos y privados, tienen la obligación de atender de manera prioritaria las emergencias obstétricas y proveer de sangre segura cuando las pacientes lo requieran, sin exigencia de compromiso económico ni trámite administrativo previo.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 30



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



Art. 23.- Los programas y servicios de planificación familiar, garantizarán el derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, violencia ni discriminación sobre el número de hijos que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, sin necesidad de consentimiento de terceras personas; así como a acceder a la información necesaria para ello.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 9

Art. 24.- Los anticonceptivos importados por la autoridad sanitaria nacional, requerirán del registro sanitario nacional además del registro sanitario del país de origen, así como el control de calidad y seguridad del producto, previo a su distribución.

Art. 25.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud promoverán y respetarán el conocimiento y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, de las medicinas alternativas, con relación al embarazo, parto, puerperio, siempre y cuando no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas.

Art. 27.- El Ministerio de Educación y Cultura, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, con el organismo estatal especializado en género y otros competentes, elaborará políticas y programas educativos de implementación obligatoria en los establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual, el fomento de la paternidad y maternidad responsables y la erradicación de la explotación sexual; y, asignará los recursos suficientes para ello.

Los medios de comunicación deberán cumplir las directrices emanadas de la autoridad sanitaria nacional a fin de que los contenidos que difunden no promuevan la violencia sexual, el irrespeto a la sexualidad y la discriminación de género, por orientación sexual o cualquier otra.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 46, 47

Art. 28.- Los gobiernos seccionales, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional, desarrollarán actividades de promoción, prevención, educación y participación comunitaria en salud sexual y reproductiva, de conformidad con las normas que ella dicte, considerando su realidad local.

Art. 29.- Esta Ley, faculta a los servicios de salud públicos y privados, a interrumpir un embarazo, única y exclusivamente en los casos previstos en el artículo 447 del Código Penal. Estos no podrán negarse a atender a mujeres con aborto en curso o inevitables, debidamente diagnosticados por el profesional responsable de la atención.

Art. 30.- La autoridad sanitaria nacional, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentará y promoverá la planificación familiar, con responsabilidad mutua y en igualdad de condiciones.

CAPITULO IV
De la violencia



Art. 31.- El Estado reconoce a la violencia como problema de salud pública.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, de los servicios de salud, organismos seccionales, otros organismos competentes y de la sociedad en su conjunto, contribuir a la disminución de todos los tipos de violencia, incluidos los de género, intrafamiliar, sexual y su impacto sobre la salud.

Art. 32.- En todos los casos de violencia intrafamiliar y sexual, y de sus consecuencias, se brindará atención de salud integral a las personas afectadas.

El personal de los servicios de salud tiene la obligación de atender los casos de violencia intrafamiliar y sexual.

Deberán suministrar, entre otros, anticoncepción de emergencia, realizar los procedimientos y aplicar los esquemas profilácticos y terapéuticos necesarios, para detectar y prevenir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, especialmente el VIH y hepatitis B, previa consejería y asesoría a la persona afectada, con su consentimiento informado expresado por escrito.

Concordancias:

LEY CONTRA LA VIOLENCIA A LA MUJER Y LA FAMILIA, Arts. 2

Art. 33.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio Fiscal y otros organismos competentes implementará acciones para armonizar las normas de atención e instrumentos de registro de los distintos tipos de violencia y delitos sexuales, unificándolos en un manual de procedimientos de aplicación obligatoria en los distintos niveles de salud y en el Sistema Nacional de Salud.

CAPITULO V
De los accidentes

Art. 34.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Consejo Nacional de Tránsito y Transporte Terrestres, el Ministerio del Trabajo y Empleo, otros organismos competentes, públicos y privados, y los gobiernos seccionales, impulsarán y desarrollarán políticas, programas y acciones para prevenir y disminuir los accidentes de tránsito, laborales, domésticos, industriales y otros; así como para la atención, recuperación, rehabilitación y reinserción social de las personas afectadas.

El Estado reconoce a los accidentes de tránsito como problema de salud pública, en cuanto sus consecuencias afecten la integridad física y mental de las personas.

CAPITULO VI
De los desastres

Art. 35.- La autoridad sanitaria nacional colaborará con los gobiernos seccionales y con los organismos competentes para integrar en el respectivo plan vigente el componente de salud en gestión de riesgos en emergencias y desastres, para prevenir, reducir y controlar los efectos de los desastres y fenómenos naturales y antrópicos.

Art. 36.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud implementarán, en colaboración con los organismos competentes, un sistema permanente y actualizado de información, capacitación y educación en gestión de riesgos en emergencias y desastres, con la participación de la sociedad en su conjunto.

Art. 37.- Todas las instituciones y establecimientos públicos y privados de cualquier naturaleza, deberán contar con un plan de emergencias, mitigación y atención en casos de desastres, en



concordancia con el plan formulado para el efecto.

CAPITULO VII

Del tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia

Art. 38.- Declárase como problema de salud pública al consumo de tabaco y al consumo excesivo de bebidas alcohólicas, así como al consumo de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, fuera del ámbito terapéutico.

Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, adoptar medidas para evitar el consumo del tabaco y de bebidas alcohólicas, en todas sus formas, así como dotar a la población de un ambiente saludable, para promover y apoyar el abandono de estos hábitos perjudiciales para la salud humana, individual y colectiva.

Los servicios de salud ejecutarán acciones de atención integral dirigidas a las personas afectadas por el consumo y exposición al humo del tabaco, el alcoholismo, o por el consumo nocivo de psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia, orientadas a su recuperación, rehabilitación y reinserción social.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 27, 78

LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS, Arts. 1

SECCION I

DEL CONTROL DEL CONSUMO DE PRODUCTOS DEL TABACO

Art. 39.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, las universidades, los gobiernos seccionales y la sociedad civil, diseñará y ejecutará planes y programas de educación y prevención del consumo del tabaco y sus productos.

Art. 40.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 497 de 22 de Julio del 2011 .

Art. 41.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 497 de 22 de Julio del 2011 .

Art. 42.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 497 de 22 de Julio del 2011 .

Art. 43.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 497 de 22 de Julio del 2011 .

Art. 44.- Los derechos y obligaciones establecidos en la presente Ley, no excluyen ni se oponen a aquellos contenidos en la legislación destinada a regular la protección del ser humano de la exposición al humo del tabaco, desde antes de su nacimiento, del medio ambiente y el desarrollo sustentable y otras leyes relacionadas con el control del consumo del tabaco.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 61

Art. 45.- Las empresas tabacaleras extranjeras que comercialicen sus productos en el Ecuador, deberán contar en el país con un representante legal con plenos poderes para ejercitar derechos y



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



cumplir obligaciones derivadas de la aplicación de la presente Ley.

Concordancias:

LEY DE COMPAÑIAS, Arts. 6, 415

SECCION II
DE LA PREVENCION DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Art. 46.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Educación y Cultura, las universidades, los gobiernos seccionales y la sociedad civil, diseñará y ejecutará planes y programas de educación y prevención del consumo de bebidas alcohólicas.

Art. 47.- Se prohíbe la distribución o entrega de bebidas alcohólicas, sea a título gratuito u oneroso, a personas menores de 18 años; así como su venta y consumo en establecimientos educativos, de salud y de expendio de medicamentos.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 27

Art. 48.- La publicidad de bebidas alcohólicas por ningún motivo se vinculará a la salud, al éxito deportivo o a la imagen de la mujer como símbolo sexual. La autoridad sanitaria nacional vigilará y controlará el cumplimiento de esta disposición.

Art. 49.- Los envases de bebidas alcohólicas, deben incluir de forma clara, visible y comprensible, la advertencia de su carácter nocivo para la salud; y, para la impresión de la advertencia, se seguirán las especificaciones previstas en el reglamento correspondiente.

Art. 50.- Salvo en los actos autorizados por la autoridad competente, se prohíbe consumir bebidas alcohólicas y de moderación, en instituciones públicas, establecimientos educativos, sean públicos o privados, servicios de salud, lugares de trabajo, medios de transporte colectivo, salas de cine y teatro, y otros espacios que se definan en los reglamentos correspondientes emitidos por la autoridad sanitaria nacional. En estos establecimientos se colocarán advertencias visibles que indiquen la prohibición del consumo de bebidas alcohólicas.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 46

SECCION III
DEL USO Y CONSUMO DE PSICOTROPICOS, ESTUPEFACIENTES Y OTRAS
SUBSTANCIAS QUE GENERAN DEPENDENCIA

Art. 51.- Está prohibido la producción, comercialización, distribución y consumo de estupefacientes y psicotrópicos y otras sustancias adictivas, salvo el uso terapéutico y bajo prescripción médica, que serán controlados por la autoridad sanitaria nacional, de acuerdo con lo establecido en la legislación pertinente.

Concordancias:

LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS, Arts. 27, 30

TITULO II
Prevención y control de enfermedades



CAPITULO I De las inmunizaciones

Art. 52.- La autoridad sanitaria nacional proveerá a los establecimientos de salud los biológicos e insumos para las enfermedades inmunoprevenibles contempladas en el esquema básico nacional de vacunación, en forma oportuna y permanente, asegurando su calidad y conservación, sin costo al usuario final.

Art. 53.- Es obligación de los servicios de salud y otras instituciones y establecimientos públicos y privados, inmunizar a los trabajadores que se encuentren expuestos a riesgos prevenibles por vacunación, de conformidad con la normativa emitida por la autoridad sanitaria nacional.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 410

Art. 54.- El Estado garantizará y transferirá oportunamente, a través del organismo competente, los recursos económicos suficientes para el cumplimiento de las acciones del Programa Ampliado de Inmunizaciones, de conformidad con lo señalado en la ley.

Art. 55.- Los biológicos importados por el Estado a través del Fondo Rotatorio o de los convenios de gobierno a gobierno, no requieren de registro sanitario nacional, siendo obligatorio el del país de origen y la comprobación de la calidad y seguridad del producto antes de su distribución y utilización.

Art. 56.- Los biológicos adquiridos a cualquier título por instituciones públicas o privadas, producidos en el país o importados, serán sometidos a los procesos establecidos por la autoridad sanitaria nacional para liberación de lotes con el fin de preservar su calidad e inocuidad.

Art. 57.- Los biológicos importados por el Ministerio de Salud Pública a su arribo al país, deben pasar al Banco Nacional de Vacunas, en un plazo no mayor de cuarenta y ocho horas, debiéndose garantizar el mantenimiento de la cadena de frío y la calidad de los productos, siendo esto responsabilidad de la autoridad aduanera y de la autoridad sanitaria nacional.

Art. 58.- Las instituciones públicas y privadas de salud administrarán, sin costo a la población, de acuerdo a lo que establezca el reglamento aplicable, los biológicos contemplados en el esquema básico nacional de vacunación, cuando éstos hayan sido suministrados por la autoridad sanitaria nacional.

Las instituciones públicas y privadas reportarán obligatoriamente a la autoridad sanitaria nacional sobre las personas inmunizadas.

Art. 59.- Los padres y madres de familia, tutores o representantes legales de los niños, niñas y adolescentes, entidades educativas, instituciones públicas y privadas con población cautiva en riesgo, tienen la obligación y la responsabilidad de vigilar que se aplique y cumpla el esquema básico nacional de vacunación establecido por la autoridad sanitaria nacional.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO I), Arts. 268

Art. 60.- Las instituciones públicas y privadas para la administración y expendio de biológicos deben contar con la autorización de la autoridad sanitaria nacional y cumplir con los requisitos establecidos para garantizar una vacuna segura.

CAPITULO II De las enfermedades transmisibles



Art. 61.- Las instituciones públicas y privadas, los profesionales de salud y la población en general, reportarán en forma oportuna la existencia de casos sospechosos, probables, compatibles y confirmados de enfermedades declaradas por la autoridad sanitaria nacional como de notificación obligatoria y aquellas de reporte internacional. Las instituciones y profesionales de salud, garantizarán la confidencialidad de la información entregada y recibida.

Art. 62.- La autoridad sanitaria nacional elaborará las normas, protocolos y procedimientos que deben ser obligatoriamente cumplidos y utilizados para la vigilancia epidemiológica y el control de las enfermedades transmisibles, emergentes y reemergentes de notificación obligatoria, incluyendo las de transmisión sexual.

Garantizará en sus servicios de salud, atención, acceso y disponibilidad de medicamentos, con énfasis en genéricos, exámenes de detección y seguimiento, para las enfermedades señaladas en el inciso precedente, lo cual también debe garantizar el sistema nacional de seguridad social.

Art. 63.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otros organismos competentes ejecutará campañas de información y educación dirigidas al personal de salud y a la población en general, para erradicar actitudes discriminatorias contra las personas afectadas por enfermedades transmisibles.

Art. 64.- En casos de sospecha o diagnóstico de la existencia de enfermedades transmisibles, el personal de salud está obligado a tomar las medidas de bioseguridad y otras necesarias para evitar la transmisión y propagación de conformidad con las disposiciones establecidas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 65.- Los gobiernos seccionales deben cumplir con las disposiciones emanadas por la autoridad sanitaria nacional para evitar la proliferación de vectores, la propagación de enfermedades transmisibles y asegurar el control de las mismas.

Art. 66.- Las personas naturales y jurídicas, nacionales y extranjeras, que se encuentren en territorio ecuatoriano deben cumplir las disposiciones reglamentarias que el gobierno dicte y las medidas que la autoridad sanitaria nacional disponga de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional, los convenios internacionales suscritos y ratificados por el país, a fin de prevenir y evitar la propagación internacional de enfermedades transmisibles.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (TITULO PRELIMINAR), Arts. 13

Art. 67.- El Estado reconoce al contagio y la transmisión del VIH-SIDA, como problema de salud pública.

La autoridad sanitaria nacional garantizará en sus servicios de salud a las personas viviendo con VIH-SIDA atención especializada, acceso y disponibilidad de medicamentos antiretrovirales y para enfermedades oportunistas con énfasis en medicamentos genéricos, así como los reactivos para exámenes de detección y seguimiento.

Las responsabilidades señaladas en este artículo corresponden también al sistema nacional de seguridad social.

Art. 68.- Se suministrará la anticoncepción que corresponda, previo consentimiento informado, a mujeres portadoras de VIH y a aquellas viviendo con SIDA. Esto incluye anticoncepción de emergencia cuando el caso lo requiera, a juicio del profesional responsable de la atención.

CAPITULO III



De las enfermedades no transmisibles

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto.

Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos.

Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

CAPITULO III-A

DE LAS ENFERMEDADES CATASTROFICAS Y RARAS O HUERFANAS

Nota: Capítulo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Art. ...(1)- El Estado ecuatoriano reconocerá de interés nacional a las enfermedades catastróficas y raras o huérfanas; y, a través de la autoridad sanitaria nacional, implementará las acciones necesarias para la atención en salud de las y los enfermos que las padezcan, con el fin de mejorar su calidad y expectativa de vida, bajo los principios de disponibilidad, accesibilidad, calidad y calidez; y, estándares de calidad, en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, habilitación y curación.

Las personas que sufran estas enfermedades serán consideradas en condiciones de doble vulnerabilidad.

Nota: Artículo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Art. ...(2)- Son obligaciones de la autoridad sanitaria nacional:

- a) Emitir protocolos para la atención de estas enfermedades, con la participación de las sociedades científicas, las mismas que establecerán las directrices, criterios y procedimientos de diagnóstico y tratamiento de las y los pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas;
- b) Promover, coordinar y desarrollar, conjuntamente con organismos especializados nacionales e internacionales públicos y privados, investigaciones para el estudio de las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas con la finalidad de favorecer diagnósticos y tratamientos tempranos en pro de una mejor calidad y expectativa de vida;

En aquellos, casos en los que al Sistema Nacional de Salud le resulte imposible emitir el diagnóstico definitivo de una enfermedad, la autoridad sanitaria nacional implementará todas las acciones para que estos casos sean investigados en instituciones internacionales de la salud con la finalidad de obtener el diagnóstico y tratamiento correspondiente.

- c) Controlar y regular, en coordinación con los organismos competentes, a las compañías de seguros y prestadoras de servicios de medicina pre pagada en lo referente a la oferta de coberturas para enfermedades consideradas raras o huérfanas.

Las compañías de seguros y las empresas privadas de salud y medicina pre pagada, en el marco de las políticas definidas por la autoridad sanitaria nacional y de la presente Ley, estarán obligadas a cumplir las coberturas comprometidas en los respectivos contratos de seguro sin que puedan negar dicha cobertura a pretexto del apareamiento posterior de enfermedades consideradas catastróficas y raras o huérfanas.



- d) Controlar que los prestadores de servicios de salud mantengan la búsqueda activa de casos relacionados con las enfermedades raras o huérfanas y catastróficas, de conformidad con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que incluya el registro de los pacientes que sufran este tipo de enfermedades.
- e) Implementar las medidas necesarias que faciliten y permitan la adquisición de medicamentos e insumos especiales para el cuidado de enfermedades consideradas raras o huérfanas en forma oportuna, permanente y gratuita para la atención de las personas que padecen enfermedades raras o huérfanas.
- f) Establecer, en forma conjunta con las organizaciones de pacientes y científicas, acciones para divulgar y promover el conocimiento de las enfermedades raras y huérfanas.

Nota: Artículo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Art. ...(3).- La autoridad sanitaria nacional creará e implementará un sistema de registro e información de pacientes que padezcan enfermedades raras o huérfanas y requerirá los reportes que en forma obligatoria deberán remitir todas las instituciones prestadoras de servicios de salud de los sectores públicos y privados respecto de los pacientes que sean diagnosticados o aquellos en los cuales no se pudiese emitir el diagnóstico definitivo.

El organismo encargado de la política migratoria y las instituciones diplomáticas coordinarán con la autoridad sanitaria nacional y con el ministerio encargado de la inclusión económica y social, la implementación del registro de personas residentes en el extranjero que padezcan enfermedades raras o huérfanas, a fin de brindar atención oportuna en el país de residencia y de ser el caso en el territorio nacional.

Nota: Artículo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Art. ...(4).- La autoridad sanitaria nacional promoverá acciones destinadas a la capacitación, a nivel de pregrado, postgrado y la educación permanente, para todo el personal y profesionales de la salud, a fin de divulgar el conocimiento científico de las enfermedades raras o huérfanas.

Nota: Artículo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Art. ...(5).- La Autoridad Sanitaria nacional regulará la producción e importación de medicamentos e insumos especiales para tratar enfermedades consideradas raras o huérfanas; y, procurará a través de la normativa que expida para el efecto, la provisión suficiente y necesaria de tales medicamentos para los pacientes según sus necesidades.

La Autoridad Sanitaria nacional promoverá los mecanismos que permitan a las y los pacientes que sufran estas enfermedades, el acceso a los medicamentos e insumos especiales para su tratamiento.

Nota: Artículo agregado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

CAPITULO IV

De la sangre, sus componentes y derivados

Art. 70.- Se declara de prioridad nacional la disponibilidad de sangre segura y sus componentes.

El Estado, a través de la autoridad sanitaria nacional, tomará las medidas necesarias para garantizar la disponibilidad y el acceso a sangre y componentes seguros en cantidades suficientes para quien la necesite, siendo obligatoria su provisión en las instituciones públicas, privadas y autónomas, en caso de riesgo inminente para la vida, independientemente de la capacidad de pago.

La autoridad sanitaria nacional está obligada a promover la donación voluntaria y altruista de sangre.



Art. 71.- La autoridad sanitaria nacional dictará las normas relativas a los procesos de donación, transfusión, uso y vigilancia de la calidad de la sangre humana con sus componentes y derivados, con el fin de garantizar el acceso equitativo, eficiente, suficiente y seguro, la preservación de la salud de los donantes y la máxima protección de los receptores así como del personal de salud.

Art. 72.- La autoridad sanitaria nacional licenciará, a través de la instancia competente, a los servicios de sangre (hemocentros, bancos, depósitos y servicios de transfusión) y a las plantas industriales de fraccionamiento de plasma, públicos y privados, de acuerdo a la normativa vigente.

Art. 73.- Los hemocentros, bancos, depósitos y servicios de transfusión de sangre humana, deben mantener programas de gestión y control de calidad interna y externa, así como cumplir con las demás normas y disposiciones que para el efecto dicte la autoridad sanitaria nacional.

Art. 74.- Se prohíbe la comercialización, publicidad de la misma y el lucro en el proceso de donación, obtención, procesamiento, distribución y utilización de sangre, sus derivados y componentes, por parte de personas naturales o jurídicas, públicas o privadas.

Las instituciones que realicen los procesos señalados en el inciso precedente pueden recuperar únicamente lo correspondiente a gastos de operación de los procedimientos que se realicen; cualquier cobro en exceso será sancionado.

Art. 75.- Los establecimientos autorizados para coleccionar unidades de sangre, previamente a su utilización en transfusiones, están obligados a realizar las pruebas para determinar el grupo y factor sanguíneo y la presencia de anticuerpos irregulares, así como las serológicas para los marcadores de infección, determinados en la reglamentación correspondiente de acuerdo con el perfil epidemiológico local, regional y nacional y los avances tecnológicos.

La separación de componentes se realizará cumpliendo las normas técnicas aplicables con el fin de asegurar la función terapéutica de los mismos.

Art. 76.- La transfusión de sangre y sus componentes, debe ser prescrita por un médico, legalmente habilitado para ejercer la profesión, practicada bajo su responsabilidad y supervisión, en condiciones que garanticen la seguridad del procedimiento y de conformidad con lo establecido en las normas técnicas.

Art. 77.- La aceptación o negativa para transfusión de sangre y sus componentes, debe realizarse por escrito de parte del potencial receptor o a través de la persona legalmente capaz para ejercer su representación, exceptuándose los casos de emergencia o urgencia.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (TITULO PRELIMINAR), Arts. 28

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1463

Art. 78.- La donación voluntaria de sangre requiere de la expresa autorización libre, voluntaria y por escrito del donante.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO IV), Arts. 1461

Art. 79.- La exportación de plasma para procesamiento industrial sólo podrá realizarse hacia plantas procesadoras acreditadas y siempre que los derivados obtenidos sean recuperados para consumo nacional.



Art. 80.- Prohíbese la exportación de sangre y sus componentes, salvo casos expresos de donación originados por razones de emergencia y humanitarias según lo señalado en el artículo anterior.

TITULO III

De los trasplantes de órganos, tejidos y disposición de cadáveres

CAPITULO I

De los trasplantes de órganos y tejidos

Art. 81.- Prohíbese la comercialización de componentes anatómicos de personas vivas o fallecidas. Ninguna persona podrá ofrecer o recibir directa o indirectamente beneficios económicos o de otra índole, por la entrega u obtención de órganos y otros componentes anatómicos de personas vivas o fallecidas.

Concordancias:

LEY ORGANICA DE DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS, Arts. 73

Art. 82.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 398 de 4 de Marzo del 2011 .

Art. 83.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 398 de 4 de Marzo del 2011 .

Art. 84.- La autoridad sanitaria nacional, normará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud especializados, públicos y privados, para el ejercicio de actividades relacionadas con el trasplante de órganos u otros componentes anatómicos. Igualmente controlará el ejercicio profesional de quienes realicen dichas actividades.

Art. 85.- La autoridad sanitaria nacional normará la organización de los bancos de tejidos y de células, bajo los parámetros técnicos y estándares que se establezcan para el efecto.

La asignación de órganos u otros componentes anatómicos debe realizarse bajo los parámetros nacionales e internacionales, establecidos por un sistema nacional creado para este efecto.

Concordancias:

LEY ORGANICA DE DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS, TEJIDOS Y CELULAS, Arts. 3, 10, 48

Art. 86.- Los xenotrasplantes podrán realizarse únicamente cuando se garanticen condiciones científicas y tecnológicas que aseguren la calidad del procedimiento con sujeción a principios bioéticos, y estarán sujetos a la autorización de la autoridad sanitaria nacional a través del organismo competente.

CAPITULO II

De la disposición y manejo de cadáveres

Art. 87.- La instalación, construcción y mantenimiento de cementerios, criptas, crematorios, morgues o sitios de conservación de cadáveres, lo podrán hacer entidades públicas y privadas, para lo cual se dará cumplimiento a las normas establecidas en esta Ley.

Previamente se verificará la ubicación y la infraestructura a emplearse y que no constituyan riesgo para la salud. Deberán contar con el estudio de impacto ambiental y la correspondiente licencia ambiental.

Los cementerios y criptas son los únicos sitios autorizados para la inhumación de cadáveres y deben



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



cumplir las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional y la correspondiente municipalidad.

Art. 88.- Practicada la necropsia, el cadáver debe ser obligatoriamente tratado, inhumado o cremado.

Ningún cadáver podrá mantenerse insepulto o sin someterse a cremación por más de setenta y dos horas, excepto cuando medie orden judicial o no sean reconocidos o reclamados por sus familiares o derechohabientes, en cuyo caso debe garantizarse su mantenimiento en los sitios autorizados y en condiciones de conservación adecuadas que no comprometan la integridad del cadáver ni alteren las posibles evidencias.

Concordancias:

LEY GENERAL DE REGISTRO CIVIL IDENTIFICACION Y CEDULACION, Arts. 23

Art. 89.- Los cadáveres no identificados o que no fueren reclamados en el plazo de treinta días posteriores a su fallecimiento, se entregarán a título de donación a las facultades de Ciencias Médicas o de la Salud legalmente establecidas dando preferencia a las estatales, o se inhumarán de conformidad con las disposiciones pertinentes.

De los cadáveres no identificados, previa a su donación o inhumación se extraerán muestras que permita la obtención del perfil genético de la persona. Esta información será registrada en un banco de datos de cadáveres no identificados.

Art. 90.- No se podrá proceder a la inhumación o cremación de un cadáver sin que se cuente con el certificado médico que confirme la defunción y establezca sus posibles causas, de acuerdo a su diagnóstico. Esta responsabilidad corresponde a los cementerios o crematorios según el caso.

Concordancias:

LEY GENERAL DE REGISTRO CIVIL IDENTIFICACION Y CEDULACION, Arts. 23

Art. 91.- La exhumación para efectos legales podrá practicarse en cualquier tiempo por orden de autoridad competente.

Art. 92.- El traslado de cadáveres, dentro del país, en los casos y condiciones establecidos en el reglamento de esta Ley, así como su ingreso al territorio nacional requiere autorización de la autoridad sanitaria nacional, quien establecerá las normas de conservación y seguridad.

Art. 93.- Las necropsias deben ser realizadas bajo responsabilidad de médicos patólogos o forenses, excepto en las localidades donde estos profesionales no existan, en cuyo caso se realizarán de acuerdo con lo establecido en el Código de Procedimiento Penal, sin costo para los familiares o deudos en las instituciones públicas.

Art. 94.- Es obligatoria la necropsia cuando:

- a) No se conozca la causa del fallecimiento;
- b) Por muerte repentina;
- c) El Ministerio Público lo disponga;
- d) En casos de emergencia sanitaria;
- e) Por razones de salud pública; y,
- f) Por petición y consentimiento del representante legal o pariente más cercano hasta el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

LIBRO II



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



Salud y seguridad ambiental

Disposición común

Art. 95.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con el Ministerio de Ambiente, establecerá las normas básicas para la preservación del ambiente en materias relacionadas con la salud humana, las mismas que serán de cumplimiento obligatorio para todas las personas naturales, entidades públicas, privadas y comunitarias.

El Estado a través de los organismos competentes y el sector privado está obligado a proporcionar a la población, información adecuada y veraz respecto del impacto ambiental y sus consecuencias para la salud individual y colectiva.

TITULO UNICO

CAPITULO I

Del agua para consumo humano

Art. 96.- Declárase de prioridad nacional y de utilidad pública, el agua para consumo humano.

Es obligación del Estado, por medio de las municipalidades, proveer a la población de agua potable de calidad, apta para el consumo humano.

Toda persona natural o jurídica tiene la obligación de proteger los acuíferos, las fuentes y cuencas hidrográficas que sirvan para el abastecimiento de agua para consumo humano. Se prohíbe realizar actividades de cualquier tipo, que pongan en riesgo de contaminación las fuentes de captación de agua. La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con otros organismos competentes, tomarán medidas para prevenir, controlar, mitigar, remediar y sancionar la contaminación de las fuentes de agua para consumo humano.

A fin de garantizar la calidad e inocuidad, todo abastecimiento de agua para consumo humano, queda sujeto a la vigilancia de la autoridad sanitaria nacional, a quien corresponde establecer las normas y reglamentos que permitan asegurar la protección de la salud humana.

CAPITULO II

De los desechos comunes, infecciosos, especiales y de las radiaciones ionizantes y no ionizantes

Art. 97.- La autoridad sanitaria nacional dictará las normas para el manejo de todo tipo de desechos y residuos que afecten la salud humana; normas que serán de cumplimiento obligatorio para las personas naturales y jurídicas.

Art. 98.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con las entidades públicas o privadas, promoverá programas y campañas de información y educación para el manejo de desechos y residuos.

Art. 99.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los municipios del país, emitirá los reglamentos, normas y procedimientos técnicos de cumplimiento obligatorio para el manejo adecuado de los desechos infecciosos que generen los establecimientos de servicios de salud, públicos o privados, ambulatorio o de internación, veterinaria y estética.

Art. 100.- La recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos es responsabilidad de los municipios que la realizarán de acuerdo con las leyes, reglamentos y ordenanzas que se dicten para el efecto, con observancia de las normas de bioseguridad y control determinadas por la autoridad sanitaria nacional. El Estado entregará los recursos necesarios para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.



Art. 101.- Las viviendas, establecimientos educativos, de salud y edificaciones en general, deben contar con sistemas sanitarios adecuados de disposición de excretas y evacuación de aguas servidas.

Los establecimientos educativos, públicos y privados, tendrán el número de baterías sanitarias que se disponga en la respectiva norma reglamentaria.

El Estado entregará a los establecimientos públicos los recursos necesarios para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

Art. 102.- Es responsabilidad del Estado, a través de los municipios del país y en coordinación con las respectivas instituciones públicas, dotar a la población de sistemas de alcantarillado sanitario, pluvial y otros de disposición de excretas y aguas servidas que no afecten a la salud individual, colectiva y al ambiente; así como de sistemas de tratamiento de aguas servidas.

Art. 103.- Se prohíbe a toda persona, natural o jurídica, descargar o depositar aguas servidas y residuales, sin el tratamiento apropiado, conforme lo disponga en el reglamento correspondiente, en ríos, mares, canales, quebradas, lagunas, lagos y otros sitios similares. Se prohíbe también su uso en la cría de animales o actividades agropecuarias.

Los desechos infecciosos, especiales, tóxicos y peligrosos para la salud, deben ser tratados técnicamente previo a su eliminación y el depósito final se realizará en los sitios especiales establecidos para el efecto por los municipios del país.

Para la eliminación de desechos domésticos se cumplirán las disposiciones establecidas para el efecto.

Las autoridades de salud, en coordinación con los municipios, serán responsables de hacer cumplir estas disposiciones.

Art. 104.- Todo establecimiento industrial, comercial o de servicios, tiene la obligación de instalar sistemas de tratamiento de aguas contaminadas y de residuos tóxicos que se produzcan por efecto de sus actividades.

Las autoridades de salud, en coordinación con los municipios, serán responsables de hacer cumplir esta disposición.

Art. 105.- Las personas naturales o jurídicas propietarias de instalaciones o edificaciones, públicas o privadas, ubicadas en las zonas costeras e insulares, utilizarán las redes de alcantarillado para eliminar las aguas servidas y residuales producto de las actividades que desarrollen; y, en los casos que inevitablemente requieran eliminarlos en el mar, deberán tratarlos previamente, debiendo contar para el efecto con estudios de impacto ambiental; así como utilizar emisarios submarinos que cumplan con las normas sanitarias y ambientales correspondientes.

Art. 106.- Los terrenos por donde pasen o deban pasar redes de alcantarillado, acueductos o tuberías, se constituirán obligatoriamente en predios sirvientes, de acuerdo a lo establecido por la ley.

Las autoridades de salud, en coordinación con los municipios, serán responsables de hacer cumplir esta disposición.

Concordancias:

CODIGO CIVIL (LIBRO II), Arts. 868, 903

Art. 107.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otros organismos competentes, dictará



las normas para el manejo, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos especiales. Los desechos radioactivos serán tratados de acuerdo con las normas dictadas por el organismo competente en la materia o aceptadas mediante convenios internacionales.

Art. 108.- Corresponde a la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con la Comisión Ecuatoriana de Energía Atómica y más organismos competentes, vigilar el cumplimiento de las normas establecidas en materia de radiaciones ionizantes y no ionizantes.

Art. 109.- Ninguna persona será sometida o expuesta a radiaciones ionizantes y no ionizantes más allá de las dosis o límites permisibles, conforme a las normas pertinentes.

Los equipos diagnósticos y terapéuticos que utilicen radiaciones ionizantes y no ionizantes se instalarán en edificaciones técnicamente apropiadas y que cumplan con requisitos sanitarios y de seguridad, establecidos por la autoridad sanitaria nacional y la Comisión Ecuatoriana de Energía Atómica; estarán sujetos a mantenimientos rigurosos y periódicos, debiendo contar con los certificados de control de calidad.

Art. 110.- Los importadores de artículos y dispositivos electrónicos que emiten radiaciones no ionizantes, deberán asegurarse que los mismos cumplan con las normas sanitarias vigentes, no estén prohibidos en su país de origen o en otros países; y, lleven la rotulación de precauciones e indicaciones claras sobre su uso.

CAPITULO III

Calidad del aire y de la contaminación acústica

Art. 111.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con la autoridad ambiental nacional y otros organismos competentes, dictará las normas técnicas para prevenir y controlar todo tipo de emanaciones que afecten a los sistemas respiratorio, auditivo y visual.

Todas las personas naturales y jurídicas deberán cumplir en forma obligatoria dichas normas.

Art. 112.- Los municipios desarrollarán programas y actividades de monitoreo de la calidad del aire, para prevenir su contaminación por emisiones provenientes de fuentes fijas, móviles y de fenómenos naturales. Los resultados del monitoreo serán reportados periódicamente a las autoridades competentes a fin de implementar sistemas de información y prevención dirigidos a la comunidad.

Art. 113.- Toda actividad laboral, productiva, industrial, comercial, recreativa y de diversión; así como las viviendas y otras instalaciones y medios de transporte, deben cumplir con lo dispuesto en las respectivas normas y reglamentos sobre prevención y control, a fin de evitar la contaminación por ruido, que afecte a la salud humana.

CAPITULO IV

Plaguicidas y otras sustancias químicas

Art. 114.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Agricultura y Ganadería y más organismos competentes, dictará e implementará las normas de regulación para la utilización y control de plaguicidas, fungicidas y otras sustancias químicas de uso doméstico, agrícola e industrial, que afecten a la salud humana.

Art. 115.- Se deben cumplir las normas y regulaciones nacionales e internacionales para la producción, importación, exportación, comercialización, uso y manipulación de plaguicidas, fungicidas y otro tipo de sustancias químicas cuya inhalación, ingestión o contacto pueda causar daño a la salud de las personas.

Art. 116.- Se prohíbe la producción, importación, comercialización y uso de plaguicidas, fungicidas y otras sustancias químicas, vetadas por las normas sanitarias nacionales e internacionales, así como



su aceptación y uso en calidad de donaciones.

CAPITULO V

Salud y seguridad en el trabajo

Art. 117.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 410

Art. 118.- Los empleadores protegerán la salud de sus trabajadores, dotándoles de información suficiente, equipos de protección, vestimenta apropiada, ambientes seguros de trabajo, a fin de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos, accidentes y aparición de enfermedades laborales.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 42

Art. 119.- Los empleadores tienen la obligación de notificar a las autoridades competentes, los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, sin perjuicio de las acciones que adopten tanto el Ministerio del Trabajo y Empleo como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 348, 386

Art. 120.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio del Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, vigilará y controlará las condiciones de trabajo, de manera que no resulten nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y lactancia de las mujeres trabajadoras.

Los empleadores tienen la obligación de cumplir las normas y adecuar las actividades laborales de las mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 30

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 138, 155

Art. 121.- Las instituciones públicas o privadas cuyo personal esté expuesto a radiación ionizante y emisiones no ionizantes, están obligadas a proveer de dispositivos de cuidado y control de radiación y de condiciones de seguridad en el trabajo que prevengan riesgos para la salud.

El incumplimiento de esta disposición por parte de los empleadores, que ocasione daño a la salud del trabajador, dará lugar a la aplicación de la sanción determinada por la ley.

Concordancias:

CODIGO DEL TRABAJO, Arts. 42, 410

CAPITULO VI

Del control de la fauna nociva y las zoonosis



Art. 122.- La autoridad sanitaria nacional organizará campañas para erradicar la proliferación de vectores y otros animales que representen riesgo para la salud individual y colectiva.

Las personas naturales y jurídicas colaborarán con estas campañas.

Art. 123.- Es obligación de los propietarios de animales domésticos vacunarlos contra la rabia y otras enfermedades que la autoridad sanitaria nacional declare susceptibles de causar epidemias, así como mantenerlos en condiciones que no constituyan riesgo para la salud humana y la higiene del entorno.

El control y manejo de los animales callejeros es responsabilidad de los municipios, en coordinación con las autoridades de salud.

Art. 124.- Se prohíbe dentro del perímetro urbano instalar establos o granjas para criar o albergar ganado vacuno, equino, bovino, caprino, porcino, así como aves de corral y otras especies.

Art. 125.- Se prohíbe el faenamiento, transporte, industrialización y comercialización de animales muertos o sacrificados que hubieren padecido enfermedades nocivas para la salud humana.

Art. 126.- El ingreso de animales al país está sujeto al cumplimiento de las disposiciones legales y normativas emitidas por las autoridades correspondientes, los convenios internacionales y otras leyes que regulen el tráfico de animales.

Se prohíbe la entrada al país de animales afectados por enfermedades transmisibles a la población o sospechosos de estarlo, o que sean portadores de agentes patógenos cuya diseminación pueda constituir peligro para la salud de las personas.

Art. 127.- Toda persona procederá al exterminio de artrópodos, roedores y otras especies nocivas para la salud que existan en su vivienda, otros inmuebles y anexos de su propiedad o de su uso.

Será, además, obligación de la autoridad sanitaria nacional, impulsar campañas masivas para hacer efectivo el cumplimiento de este propósito.

Art. 128.- Las empresas que se dediquen al exterminio o control de plagas y vectores transmisores de enfermedades como dengue, rabia y paludismo, deberán obtener el respectivo permiso emitido por la autoridad sanitaria nacional para operar. Todos los químicos usados por dichas empresas deberán ser aprobados por dicha autoridad.

LIBRO III

Vigilancia y control sanitario

Disposiciones comunes

Art. 129.- El cumplimiento de las normas de vigilancia y control sanitario es obligatorio para todas las instituciones, organismos y establecimientos públicos y privados que realicen actividades de producción, importación, exportación, almacenamiento, transporte, distribución, comercialización y expendio de productos de uso y consumo humano.

La observancia de las normas de vigilancia y control sanitario se aplican también a los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada.

Art. 130.- Los establecimientos sujetos a control sanitario para su funcionamiento deberán contar con el permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional. El permiso de funcionamiento tendrá vigencia de un año calendario.



Art. 131.- El cumplimiento de las normas de buenas prácticas de manufactura, almacenamiento, distribución, dispensación y farmacia, será controlado y certificado por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 132.- Las actividades de vigilancia y control sanitario incluyen las de control de calidad, inocuidad y seguridad de los productos procesados de uso y consumo humano, así como la verificación del cumplimiento de los requisitos técnicos y sanitarios en los establecimientos dedicados a la producción, almacenamiento, distribución, comercialización, importación y exportación de los productos señalados.

Art. 133.- La autoridad sanitaria nacional podrá delegar a los municipios, dentro de sus funciones, el ejercicio de las acciones necesarias para el control sanitario, quienes las realizarán de acuerdo con las disposiciones y normas emitidas por dicha autoridad.

Art. 134.- La instalación, transformación, ampliación y traslado de plantas industriales, procesadoras de alimentos, establecimientos farmacéuticos, de producción de biológicos, de elaboración de productos naturales procesados de uso medicinal, de producción de homeopáticos, plaguicidas, productos dentales, empresas de cosméticos y productos higiénicos, están sujetos a la obtención, previa a su uso, del permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 135.- Compete a la autoridad sanitaria nacional autorizar la importación de todo producto inscrito en el registro sanitario, incluyendo muestras médicas y aquellos destinados a consumo interno procedentes de zonas francas.

No se autorizará la importación de productos, ni aún con fines promocionales, si previamente no tienen el registro sanitario nacional, salvo las excepciones determinadas en esta Ley.

Art. 136.- Las materias primas para elaboración de productos sujetos a registro sanitario, no requieren para su importación cumplir con este registro, siempre que justifiquen su utilización en dichos productos.

TITULO UNICO

CAPITULO I

Del registro sanitario

Art. 137.- Están sujetos a registro sanitario los alimentos procesados, aditivos alimentarios, medicamentos en general, productos nutracéuticos, productos biológicos, naturales procesados de uso medicinal, medicamentos homeopáticos y productos dentales; dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, productos higiénicos, plaguicidas para uso doméstico e industrial, fabricados en el territorio nacional o en el exterior, para su importación, exportación, comercialización, dispensación y expendio, incluidos los que se reciban en donación.

Las donaciones de productos sujetos a registro sanitario se someterán a la autorización y requisitos establecidos en el reglamento que para el efecto dicte la autoridad sanitaria nacional.

Art. 138.- La autoridad sanitaria nacional a través de su organismo competente, Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, quien ejercerá sus funciones en forma desconcentrada, otorgará, suspenderá, cancelará o reinscribirá el certificado de registro sanitario, previo el cumplimiento de los trámites, requisitos y plazos señalados en esta Ley y sus reglamentos, de acuerdo a las directrices y normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional, la misma que fijará el pago de un importe para la inscripción y reinscripción de dicho certificado de registro sanitario, cuyos valores estarán destinados al desarrollo institucional, que incluirá de manera prioritaria un programa nacional de control de calidad e inocuidad posregistro.

La autoridad sanitaria nacional, ejercerá control administrativo, técnico y financiero del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y evaluará anualmente los



resultados de la gestión para los fines pertinentes.

El informe técnico analítico para el otorgamiento del registro sanitario, así como los análisis de control de calidad posregistro, deberán ser elaborados por el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical, Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, y por laboratorios, universidades y escuelas politécnicas, previamente acreditados por el organismo competente, de conformidad con la normativa aplicable, procedimientos que están sujetos al pago del importe establecido por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 139.- El registro sanitario tendrá vigencia de cinco años, contados a partir de la fecha de su concesión. Todo cambio de la condición en que el producto fue aprobado en el registro sanitario debe ser notificado obligatoriamente a la autoridad sanitaria nacional a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez y, dará lugar al procedimiento que señale la ley y sus reglamentos.

Para el trámite de registro sanitario no se considerará como requisito la patente de los productos.

El registro sanitario de medicamentos no da derecho de exclusividad en el uso de la fórmula.

Art. 140.- Queda prohibida la importación, exportación, comercialización y expendio de productos procesados para el uso y consumo humano que no cumplan con la obtención previa del registro sanitario, salvo las excepciones previstas en esta Ley.

Art. 141.- El registro sanitario será suspendido o cancelado por la autoridad sanitaria nacional a través del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Dr. Leopoldo Izquieta Pérez, en cualquier tiempo si se comprobare que el producto o su fabricante no cumplen con los requisitos y condiciones establecidos en esta Ley y sus reglamentos o cuando el producto pudiere provocar perjuicio a la salud, y se aplicarán las demás sanciones señaladas en esta Ley.

En todos los casos, el titular del registro o la persona natural o jurídica responsable, deberá resarcir plenamente cualquier daño que se produjere a terceros, sin perjuicio de otras acciones legales a las que hubiere lugar.

Art. 142.- La autoridad sanitaria nacional a través de sus organismos competentes, realizará periódicamente controles posregistro de todos los productos sujetos a registro sanitario mediante toma de muestras para análisis de control de calidad e inocuidad, sea en los lugares de fabricación, almacenamiento, transporte, distribución o expendio. Realizará además inspecciones a los establecimientos. Si detectare que alguna entidad comercial o industrial usare un número de registro sanitario no autorizado para ese producto, la autoridad sanitaria nacional suspenderá la comercialización del o los productos, sin perjuicio de las sanciones de ley.

Art. 143.- La publicidad y promoción de los productos sujetos a registro sanitario deberá ajustarse a su verdadera naturaleza, composición, calidad u origen, de modo tal que se evite toda concepción errónea de sus cualidades o beneficios, lo cual será controlado por la autoridad sanitaria nacional.

Se prohíbe la publicidad por cualquier medio de medicamentos sujetos a venta bajo prescripción.

Art. 144.- La autoridad sanitaria nacional podrá autorizar la importación de medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico no inscritos en el registro sanitario, en casos de emergencia sanitaria o para personas que requieren tratamientos especializados no disponibles en el país, para personas que sufran de enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, así como para fines de investigación clínica humana, previo el cumplimiento de los requisitos establecidos para el efecto. Los medicamentos, productos biológicos, dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico autorizados serán los específicos para cada situación.



Nota: Artículo reformado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

CAPITULO II De los alimentos

Art. 145.- Es responsabilidad de los productores, expendedores y demás agentes que intervienen durante el ciclo producción consumo, cumplir con las normas establecidas en esta Ley y demás disposiciones vigentes para asegurar la calidad e inocuidad de los alimentos para consumo humano.

Art. 146.- En materia de alimentos se prohíbe:

- a) El uso de aditivos para disimular, atenuar o corregir las deficiencias tecnológicas de producción, manipulación o conservación y para resaltar fraudulentamente sus características;
- b) La utilización, importación y comercialización de materias primas no aptas para consumo humano;
- c) La inclusión de sustancias nocivas que los vuelvan peligrosos o potencialmente perjudiciales para la salud de los consumidores;
- d) El uso de materias primas y productos tratados con radiaciones ionizantes o que hayan sido genéticamente modificados en la elaboración de fórmulas para lactantes y alimentos infantiles;
- e) El procesamiento y manipulación en condiciones no higiénicas;
- f) La utilización de envases que no cumplan con las especificaciones técnicas aprobadas para el efecto;
- g) La oferta de un alimento procesado con nombres, marcas, gráficos o etiquetas que hagan aseveraciones falsas o que omitan datos de manera que se confunda o lleve a error al consumidor;
- h) El almacenamiento de materias primas o alimentos procesados en locales en los que se encuentren sustancias nocivas o peligrosas;
- i) Cualquier forma de falsificación, contaminación, alteración o adulteración, o cualquier procedimiento que produzca el efecto de volverlos nocivos o peligrosos para la salud humana; y,
- j) La exhibición y venta de productos cuyo período de vida útil haya expirado.

Art. 147.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los municipios, establecerá programas de educación sanitaria para productores, manipuladores y consumidores de alimentos, fomentando la higiene, la salud individual y colectiva y la protección del medio ambiente.

Concordancias:

CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, Arts. 28

Art. 148.- El control del expendio de alimentos y bebidas en la vía pública lo realizarán los municipios, en coordinación con la autoridad sanitaria nacional y de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica de Régimen Municipal.

Art. 149.- El desarrollo, tratamiento, elaboración, producción, aplicación, manipulación, uso, almacenamiento, transporte, distribución, importación, comercialización y expendio de alimentos para consumo humano que sean o contengan productos genéticamente modificados, se realizará cuando se demuestre ante la autoridad competente, mediante estudios técnicos y científicamente avanzados, su inocuidad y seguridad para los consumidores y el medio ambiente.

Para cumplir con este propósito, la autoridad sanitaria nacional deberá coordinar con los organismos técnicos públicos y privados correspondientes.

Art. 150.- La donación de alimentos que contengan productos genéticamente modificados, así como su utilización, uso y manejo en planes y programas y planes de ayuda alimentaria, serán aceptados si es que mediante procedimientos técnicos y científicamente avanzados, demuestren su inocuidad y seguridad ante la autoridad sanitaria nacional.

Para cumplir con este propósito, la autoridad sanitaria nacional actuará de conformidad con los



principios universales en materia de salud pública y lo establecido en el inciso segundo del artículo precedente.

Art. 151.- Los envases de los productos que contengan alimentos genéticamente modificados, sean nacionales o importados, deben incluir obligatoriamente, en forma visible y comprensible en sus etiquetas, el señalamiento de esta condición, además de los otros requisitos que establezca la autoridad sanitaria nacional, de conformidad con la ley y las normas reglamentarias que se dicten para el efecto.

Art. 152.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los organismos competentes, establecerá e implementará un sistema nacional integrado para garantizar la inocuidad de los alimentos.

CAPITULO III De los medicamentos

Art. 153.- Todo medicamento debe ser comercializado en establecimientos legalmente autorizados.

Para la venta al público se requiere de receta emitida por profesionales facultados para hacerlo, a excepción de los medicamentos de venta libre, clasificados como tales con estricto apego a normas farmacológicas actualizadas, a fin de garantizar la seguridad de su uso y consumo.

Art. 154.- El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales.

Promoverá la producción, importación, comercialización, dispensación y expendio de medicamentos genéricos con énfasis en los esenciales, de conformidad con la normativa vigente en la materia. Su uso, prescripción, dispensación y expendio es obligatorio en las instituciones de salud pública.

Art. 155.- Los medicamentos en general, incluyendo los productos que contengan nuevas entidades químicas que obtengan registro sanitario nacional y no sean comercializados por el lapso de un año, serán objeto de cancelación de dicho registro sanitario.

Art. 156.- La autoridad sanitaria nacional autorizará la importación de medicamentos en general, en las cantidades necesarias para la obtención del requisito sanitario, de conformidad con lo previsto en el reglamento correspondiente.

Art. 157.- La autoridad sanitaria nacional garantizará la calidad de los medicamentos en general y desarrollará programas de fármaco vigilancia y estudios de utilización de medicamentos, entre otros, para precautelar la seguridad de su uso y consumo.

Además realizará periódicamente controles posregistro y estudios de utilización de medicamentos para evaluar y controlar los estándares de calidad, seguridad y eficacia y sancionar a quienes comercialicen productos que no cumplan dichos estándares, falsifiquen o adulteren los productos farmacéuticos.

Art. 158.- El desarrollo, la producción, manipulación, uso, almacenamiento, transporte, distribución, importación, comercialización y expendio de productos nutraceuticos, será permitido cuando se demuestre técnica y científicamente ante la autoridad sanitaria nacional, su seguridad para el consumidor y el ambiente. El registro y control sanitarios de estos productos se sujetará a las regulaciones vigentes para medicamentos.

Art. 159.- Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la fijación, revisión y control de precios de los medicamentos de uso y consumo humano a través del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano, de conformidad con la ley.



Se prohíbe la comercialización de los productos arriba señalados sin fijación o revisión de precios.

Art. 160.- En ningún caso los gastos de promoción y publicidad se podrán considerar como parte de la estructura de costos para el análisis de fijación de precios.

Nota: Artículo sustituido por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial Suplemento 555 de 13 de Octubre del 2011 .

Art. 161.- Para la fijación y revisión de precios de medicamentos importados, se considerará el precio en el puerto de embarque (FOB) del país de origen del producto, el mismo que no podrá ser superior a los precios de venta al distribuidor o mayorista del país de origen.

Art. 162.- Los precios de venta al público deben estar impresos en los envases de manera que no puedan ser removidos. Se prohíbe alterar los precios o colocar etiquetas que los modifiquen.

Art. 163.- Los laboratorios farmacéuticos, distribuidoras farmacéuticas, casas de representación de medicamentos, dispositivos médicos, productos dentales, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, en las ventas que realicen a las instituciones públicas descontarán un porcentaje no inferior al 15% del precio de venta a farmacia.

CAPITULO IV

De los productos naturales procesados de uso medicinal

Art. 164.- Los productos naturales procesados de uso medicinal, se producirán, almacenarán, comercializarán e importarán siempre que cuenten con registro sanitario nacional, de conformidad con la ley y el reglamento correspondiente y bajo las normas de calidad emitidas por la autoridad sanitaria nacional.

CAPITULO V

De los establecimientos farmacéuticos

Art. 165.- Para fines legales y reglamentarios, son establecimientos farmacéuticos los laboratorios farmacéuticos, casas de representación de medicamentos, distribuidoras farmacéuticas, farmacias y botiquines, que se encuentran en todo el territorio nacional.

Art. 166.- Las farmacias deben atender al público mínimo doce horas diarias, ininterrumpidas y cumplir obligatoriamente los turnos establecidos por la autoridad sanitaria nacional. Requieren obligatoriamente para su funcionamiento la dirección técnica y responsabilidad de un profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico, quien brindará atención farmacéutica especializada.

Los botiquines estarán a cargo de personas calificadas y certificadas para el manejo de medicamentos. La autorización para su funcionamiento es transitoria y revocable.

La autoridad sanitaria nacional implementará farmacias y botiquines institucionales, debidamente equipados, en todas sus unidades operativas de acuerdo al nivel de complejidad.

Art. 167.- La receta emitida por los profesionales de la salud facultados por ley para hacerlo, debe contener obligatoriamente y en primer lugar el nombre genérico del medicamento prescrito.

Quien venda informará obligatoriamente al comprador sobre la existencia del medicamento genérico y su precio.

No se aceptarán recetas ilegibles, alteradas o en clave.

Art. 168.- Son profesionales de la salud humana facultados para prescribir medicamentos, los



médicos, odontólogos y obstétricas.

Art. 169.- La venta de medicamentos al público al por menor sólo puede realizarse en establecimientos autorizados para el efecto.

Art. 170.- Los medicamentos, para su venta deben cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Estar debidamente identificados y etiquetados, sin alteraciones ni enmiendas;
- b) Contener en sus etiquetas el número de registro sanitario nacional, el precio de venta al público y la fecha de expiración;
- c) No estar caducados;
- d) No provenir de instituciones de servicio social, de programas sociales estatales, de donaciones o ser muestras médicas;
- e) No haber sido introducidos clandestinamente al país;
- f) No ser falsificados o adulterados; y,
- g) No tener colocados elementos sobre las etiquetas que impidan la visibilidad de la información del producto, incluidas las que contienen los precios.

Art. 171.- Es prohibida la venta de medicamentos que contengan sustancias psicotrópicas y estupefacientes que no cuenten con receta emitida por profesionales autorizados para prescribirlas. Cuando se requiera la prescripción y venta de medicamentos que contengan estas sustancias, se realizará conforme a las normas emitidas por la autoridad sanitaria nacional y la Ley de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Concordancias:

LEY DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICAS, Arts. 43

Art. 172.- En las farmacias y botiquines no se podrá ofrecer o dar consulta médica, obstétrica, odontológica, aplicar tratamientos, realizar toma de muestras ni tener laboratorios clínicos.

Art. 173.- Todo establecimiento farmacéutico debe contar con la responsabilidad técnica de un profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico, quien puede tener bajo su responsabilidad técnica uno o más establecimientos farmacéuticos, de conformidad con lo que establezca el reglamento.

El reglamento de aplicación de esta Ley normará lo relacionado a este servicio, en los lugares en donde no existan suficientes profesionales ni establecimientos farmacéuticos.

Art. 174.- Se prohíbe a los expendedores de farmacias recomendar la utilización de medicamentos que requieran receta médica o cambiar la sustancia activa prescrita, sin la autorización escrita del prescriptor.

Art. 175.- Sesenta días antes de la fecha de caducidad de los medicamentos, las farmacias y botiquines notificarán a sus proveedores, quienes tienen la obligación de retirar dichos productos y canjearlos de acuerdo con lo que establezca la reglamentación correspondiente.

Art. 176.- Los medicamentos caducados referidos en el artículo anterior deben ser destruidos y eliminados por los fabricantes o importadores, conforme a los procedimientos establecidos por la autoridad sanitaria nacional y bajo su supervisión.

CAPITULO VI

Otros establecimientos sujetos a control sanitario

Art. 177.- Es responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, expedir normas y controlar las condiciones higiénico sanitarias de establecimientos de servicios de atención al público y otros



sujetos a control sanitario, para el otorgamiento o renovación del permiso de funcionamiento.

En el caso de establecimientos educativos públicos y privados, vigilará, controlará y evaluará periódicamente la infraestructura y condiciones higiénico sanitarias requisitos necesarios para su funcionamiento.

Art. 178.- Los establecimientos de producción, almacenamiento, envase o expendio de productos naturales de uso medicinal y de medicamentos homeopáticos, requieren para su instalación y funcionamiento del permiso otorgado por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 179.- Las casas de representación y distribuidoras de productos dentales, dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, para su funcionamiento deberán obtener el permiso de la autoridad sanitaria nacional.

LIBRO IV

De los servicios y profesiones de salud

TITULO UNICO

CAPITULO I

De los servicios de salud

Art. 180.- La autoridad sanitaria nacional regulará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada y otorgará su permiso de funcionamiento.

Regulará los procesos de licenciamiento y acreditación.

Regulará y controlará el cumplimiento de la normativa para la construcción, ampliación y funcionamiento de estos establecimientos de acuerdo a la tipología, basada en la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Art. 181.- La autoridad sanitaria nacional regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados, con y sin fines de lucro, autónomos y las empresas privadas de salud y medicina prepagada, garanticen atención oportuna, eficiente y de calidad según los enfoques y principios definidos en esta Ley.

Art. 182.- La autoridad sanitaria nacional, regulará y aprobará las tarifas de los servicios de salud y las de los planes y programas de las empresas de servicios de salud y medicina prepagada, de conformidad con el reglamento que se emita para el efecto.

Art. 183.- El contrato de prestación de servicios de medicina prepagada debe ser aprobado por la autoridad sanitaria nacional.

Es obligación de las empresas de medicina prepagada obtener dicha aprobación y hacerla constar en el contrato respectivo.

Art. 184.- Es obligación de los servicios de salud exhibir en sitios visibles para el público, las tarifas que se cobran por sus servicios, las mismas que deben estar aprobadas por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 185.- Los servicios de salud funcionarán, de conformidad con su ámbito de competencia, bajo la responsabilidad técnica de un profesional de la salud.

Art. 186.- Es obligación de todos los servicios de salud que tengan salas de emergencia, recibir y atender a los pacientes en estado de emergencia. Se prohíbe exigir al paciente o a las personas



relacionadas un pago, compromiso económico o trámite administrativo, como condición previa a que la persona sea recibida, atendida y estabilizada en su salud.

Una vez que el paciente haya superado la emergencia, el establecimiento de salud privado podrá exigir el pago de los servicios que recibió.

Art. 187.- Los valores no recuperados por el servicio de salud por la atención a un paciente en estado de emergencia, cuya imposibilidad de pago esté debidamente comprobada, se deducirán del impuesto a la renta de conformidad con las disposiciones de la Ley de Régimen Tributario Interno.

Concordancias:

LEY ORGANICA DE REGIMEN TRIBUTARIO INTERNO, LORTI, Arts. 16

Art. 188.- La autoridad sanitaria nacional, regulará y vigilará que los servicios de salud públicos y privados apliquen las normas de prevención y control de infecciones nosocomiales.

CAPITULO II

De las medicinas tradicionales y alternativas

Art. 189.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas tradicionales, incorporarán el enfoque intercultural en las políticas, planes, programas, proyectos y modelos de atención de salud, e integrarán los conocimientos de las medicinas tradicionales y alternativas en los procesos de enseñanza - aprendizaje.

Art. 190.- La autoridad sanitaria nacional promoverá e impulsará el intercambio de conocimientos entre los distintos agentes de las medicinas tradicionales, fomentará procesos de investigación de sus recursos diagnósticos y terapéuticos en el marco de los principios establecidos en esta Ley, protegiendo los derechos colectivos de los pueblos indígenas y negros o afroecuatorianos.

Art. 191.- La autoridad sanitaria nacional implementará procesos de regulación y control, para evitar que las prácticas de las medicinas tradicionales atenten a la salud de las personas.

Art. 192.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud respetarán y promoverán el desarrollo de las medicinas alternativas en el marco de la atención integral de salud.

Las medicinas alternativas deben ser ejercidas por profesionales de la salud con títulos reconocidos y certificados por el CONESUP y registrados ante la autoridad sanitaria nacional.

Las terapias alternativas requieren para su ejercicio, el permiso emitido por la autoridad sanitaria nacional.

CAPITULO III

De las profesiones de salud, afines y su ejercicio

Art. 193.- Son profesiones de la salud aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes.

Art. 194.- Para ejercer como profesional de salud, se requiere haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional.

Art. 195.- Los títulos de nivel técnico superior o tecnológico así como los de auxiliares en distintas ramas de la salud, para su habilitación deben ser registrados en las instancias respectivas e inscritos



ante la autoridad sanitaria nacional.

Art. 196.- La autoridad sanitaria nacional analizará los distintos aspectos relacionados con la formación de recursos humanos en salud, teniendo en cuenta las necesidades nacionales y locales, con la finalidad de promover entre las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, reformas en los planes y programas de formación y capacitación.

Art. 197.- Para la habilitación del ejercicio profesional y el registro correspondiente, los profesionales de salud deben realizar un año de práctica en las parroquias rurales o urbano marginales, con remuneración, en concordancia con el modelo de atención y de conformidad con el reglamento correspondiente en los lugares destinados por la autoridad sanitaria nacional, al término del cual se le concederá la certificación que acredite el cumplimiento de la obligación que este artículo establece.

La autoridad sanitaria nacional en coordinación con organismos seccionales y organizaciones de base, controlará la asignación y el cumplimiento del año obligatorio por parte de los profesionales que cumplen el año de salud rural.

Se prohíbe el ejercicio de la práctica rural en unidades operativas urbanas de segundo y tercer nivel.

Art. 198.- Los profesionales y técnicos de nivel superior que ejerzan actividades relacionadas con la salud, están obligados a limitar sus acciones al área que el título les asigne.

Art. 199.- Corresponde a la autoridad sanitaria nacional la investigación y sanción de la práctica ilegal, negligencia, impericia, imprudencia e inobservancia en el ejercicio de las profesiones de la salud, sin perjuicio de la acción de la justicia ordinaria.

Art. 200.- El profesional que ampare con su título o con su firma el ejercicio de las profesiones de la salud a personas no autorizadas, sin perjuicio de lo establecido en esta Ley, será sancionado de acuerdo con la legislación aplicable.

Art. 201.- Es responsabilidad de los profesionales de salud, brindar atención de calidad, con calidez y eficacia, en el ámbito de sus competencias, buscando el mayor beneficio para la salud de sus pacientes y de la población, respetando los derechos humanos y los principios bioéticos.

Es su deber exigir condiciones básicas para el cumplimiento de lo señalado en el inciso precedente.

Art. 202.- Constituye infracción en el ejercicio de las profesiones de salud, todo acto individual e intransferible, no justificado, que genere daño en el paciente y sea resultado de:

- a) Inobservancia, en el cumplimiento de las normas;
- b) Impericia, en la actuación del profesional de la salud con falta total o parcial de conocimientos técnicos o experiencia;
- c) Imprudencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión del cuidado o diligencia exigible; y,
- d) Negligencia, en la actuación del profesional de la salud con omisión o demora injustificada en su obligación profesional.

Nota: El artículo 17 del Código Orgánico Integral Penal dispone: "Se considerarán exclusivamente como infracciones penales las tipificadas en este Código. Las acciones u omisiones punibles, las penas o procedimientos penales previstos en otras normas jurídicas no tendrán validez jurídica alguna, salvo en materia de niñez y adolescencia.

Art. 203.- Los servicios de salud, serán corresponsables civilmente, de las actuaciones de los profesionales de la salud que laboran en ellos.



Art. 204.- El consentimiento o autorización del paciente o de la persona que le representa legalmente, no exime de responsabilidad al profesional o al servicio de salud en aquellos casos determinados en el artículo 202 de esta Ley.

CAPITULO IV De la capacitación sanitaria

Art. 205.- Créase la carrera sanitaria para los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, basada en el criterio de clasificación por niveles de formación y estructura ocupacional, con el propósito de establecer sus obligaciones y derechos, así como los incentivos que permitan garantizar la equidad, calidad en la atención y el servicio, la asignación adecuada y suficiente de recursos humanos en las distintas zonas del país.

La autoridad sanitaria nacional promoverá y desarrollará, dentro de la carrera sanitaria, un plan nacional de educación permanente con enfoque de género y pluricultural, para mejorar la productividad, calidad del desempeño laboral y promoción de sus recursos humanos.

Art. 206.- La autoridad sanitaria nacional establecerá planes de capacitación y evaluación permanente de los profesionales y recursos humanos en salud e implementará promociones e incentivos.

LIBRO V TITULO UNICO

Investigación científica en salud, genética y sistema de información en salud

CAPITULO I De la investigación científica en salud

Art. 207.- La investigación científica en salud así como el uso y desarrollo de la biotecnología, se realizará orientada a las prioridades y necesidades nacionales, con sujeción a principios bioéticos, con enfoques pluricultural, de derechos y de género, incorporando las medicinas tradicionales y alternativas.

Art. 208.- La investigación científica tecnológica en salud será regulada y controlada por la autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los organismos competentes, con sujeción a principios bioéticos y de derechos, previo consentimiento informado y por escrito, respetando la confidencialidad.

CAPITULO II De la genética humana

Art. 209.- La autoridad sanitaria nacional normará, licenciará y controlará el funcionamiento de los servicios de salud especializados, públicos y privados, para el ejercicio de actividades relacionadas con la investigación y desarrollo de la genética humana. Igualmente controlará el ejercicio profesional de quienes realicen dichas actividades, que deberán necesariamente tener especialidad en el área de genética o afines.

Art. 210.- Sólo podrán hacerse pruebas de identificación humana, filiación y compatibilidad de antígenos para:

- a) Trasplantes;
- b) Estudios mutacionales;
- c) Ligamiento genético;
- d) Pruebas predictivas de enfermedades genéticas.
- e) Pruebas para detectar la predisposición genética a una enfermedad;



- f) Fines terapéuticos; y,
- g) Otras que se desarrollen con fines de salud genética.

Estas pruebas deberán contar con asesoramiento y supervisión genético especializado, siguiendo procedimientos científicamente probados, con sujeción y respeto a los principios bioéticos.

Art. 211.- Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético.

Es obligatorio guardar confidencialidad respecto al genoma individual de la persona.

Art. 212.- Se prohíbe la intervención genética sobre células de la línea germinal y células madre, con fines de experimentación y lucro.

Podrán efectuarse intervenciones sobre el genoma humano, células de la línea germinal y células madre únicamente por razones predictivas, preventivas, diagnósticas o terapéuticas, siempre que se disponga de asesoramiento genético especializado, procedimientos científicamente probados y seguros, previo consentimiento informado, expreso y escrito de la persona y que sea de beneficio social y eugenésico.

Art. 213.- No se podrán patentar genes ni derivados celulares humanos naturales.

Concordancias:

LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL, Arts. 151

Art. 214.- Se prohíben las prácticas de clonación de seres humanos, así como la obtención de embriones humanos con fines de experimentación.

La autoridad sanitaria nacional procurará y fomentará la integración y trabajo cooperativo de los centros de investigación y desarrollo de la genética.

Concordancias:

LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL, Arts. 126

CAPITULO III

Del sistema común de información

Art. 215.- La autoridad sanitaria nacional con la participación de los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementará el sistema común de información con el fin de conocer la situación de salud, identificar los riesgos para las personas y el ambiente, dimensionar los recursos disponibles y la producción de los servicios, para orientar las decisiones políticas y gerenciales y articular la participación ciudadana en todos los niveles, entre otras.

Este sistema incorporará los enfoques pluricultural, multiétnico, de género, las particularidades regionales y poblacionales, así como la división político - administrativa del país.

LIBRO SEXTO

Jurisdicción, competencia, procedimiento, sanciones y definiciones

CAPITULO I

De la jurisdicción y competencia

Art. 216.- La jurisdicción y competencia administrativa, en materia de salud nacen de esta Ley.



Art. 217.- Tienen jurisdicción para conocer, juzgar e imponer las sanciones previstas en esta Ley y demás normas vigentes, las siguientes autoridades de salud:

- a) El Ministro de Salud Pública;
- b) El Director General de Salud;
- c) Los directores provinciales de salud; y,
- d) Los comisarios de salud.

Art. 218.- Los comisarios de salud deben ser doctores en jurisprudencia o abogados con experiencia mínima de tres años de ejercicio profesional.

Art. 219.- El Ministro de Salud Pública y el Director General de Salud, tienen competencia en todo el territorio nacional.

Los directores provinciales de salud y los comisarios de salud, tienen competencia en el ámbito provincial.

Art. 220.- La Fuerza Pública está obligada a colaborar con las autoridades de salud para hacer cumplir las disposiciones de esta Ley, cuando se requiera su intervención.

CAPITULO II Del procedimiento

Art. 221.- Las autoridades de salud señaladas en el Capítulo anterior, actuarán de oficio, por denuncia o informe para conocer y sancionar las infracciones señaladas en esta Ley. Las denuncias se presentarán en forma verbal o por escrito.

Art. 222.- Las autoridades de salud señaladas en el artículo 217, que no cumplieren adecuadamente su obligación de conocer, juzgar e imponer las sanciones previstas en esta Ley, serán sancionadas de conformidad con el reglamento correspondiente y demás normas atinentes a la materia, sin perjuicio de las acciones administrativas, civiles y penales a que hubiere lugar.

Art. 223.- Se concede acción pública para denunciar cualquier infracción a las disposiciones de la presente Ley.

Art. 224.- Cuando se actúe de oficio o mediante informe o denuncia, la autoridad de salud correspondiente dictará un auto inicial que contendrá:

- a) La relación sucinta de los hechos y del modo como llegaron a su conocimiento;
- b) La orden de citar al presunto infractor, disponiendo que señale domicilio para entregar las notificaciones, bajo prevención de que será juzgado en rebeldía en caso de no comparecer;
- c) La orden de agregar al expediente el informe o denuncia, si existieren, y de que se practiquen las diligencias que sean necesarias para comprobar la infracción;
- d) El señalamiento del día y hora para que tenga lugar la audiencia de juzgamiento; y,
- e) La designación del secretario que actuará en el proceso.

Art. 225.- Corresponde conocer y resolver las causas en primera instancia:

- a) Al comisario de salud, las infracciones sancionadas en los artículos 241, 242, 243, 244 y 245 de esta Ley;
- b) Al director provincial de salud, las infracciones sancionadas en los artículos 246, 247, 248 y 256 de esta Ley; y,
- c) Al Director General de Salud, las infracciones sancionadas en los artículos 249, 250, 251, 252, 254 y 255 de esta Ley.

De no ser competente la autoridad se inhibirá de conocer la causa y la remitirá de oficio, a quien



corresponda.

Art. 226.- En caso de que la infracción tenga indicios de responsabilidad penal, el expediente se remitirá a la autoridad competente.

Art. 227.- La citación con el auto inicial, se hará personalmente al infractor, en su domicilio o lugar de trabajo; si no se le encontrare, se le citará mediante tres boletas dejadas en el domicilio o lugar de trabajo, en diferentes días, sentando la razón de la citación.

Concordancias:

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 77

Art. 228.- En la audiencia de juzgamiento, se oirá al infractor, que intervendrá por sí o por medio de su abogado; se recibirán las pruebas que presente y se agregarán al proceso, de lo cual se dejará constancia en acta firmada por el compareciente, la autoridad de salud correspondiente y el secretario.

Concordancias:

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 40

Art. 229.- De solicitarlo cualquiera de las partes o de oficio, en la misma diligencia, se abrirá la causa a prueba por el término de seis días, en la cual se practicarán todas las pruebas que se soliciten.

Concordancias:

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 121

Art. 230.- De no haberse solicitado que se abra la causa a prueba, la autoridad de salud correspondiente procederá a dictar la resolución en el término de cinco días.

Art. 231.- Vencido el término de prueba y practicadas todas las diligencias oportunamente solicitadas y ordenadas, la autoridad de salud correspondiente dictará su resolución dentro del término de cinco días.

Art. 232.- De las resoluciones del comisario de salud, podrá apelarse ante el director provincial de salud; de las que dicte el director provincial de salud, ante el Director General de Salud; y, de las de esta autoridad ante el Ministro de Salud Pública, siendo estas decisiones de segunda y definitiva instancia.

Las resoluciones podrán ser apeladas dentro del término de tres días luego de ser notificadas a las partes; la autoridad superior dentro del término de ocho días desde que avoca conocimiento deberá dictar la correspondiente resolución.

Únicamente podrán apelarse las resoluciones de primera instancia, las de segunda instancia causarán ejecutoria.

Concordancias:

CODIGO DE PROCEDIMIENTO CIVIL, Arts. 296, 323

Art. 233.- Una vez que la resolución esté ejecutoriada, se emitirá la orden de pago, la misma que de no ser pagada por el sujeto pasivo, será cobrada por la vía coactiva por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a lo establecido en el artículo 941 del Código de Procedimiento Civil, en el cual se le concede al Estado y a sus instituciones, acción y jurisdicción coactiva a nivel nacional.



Art. 234.- Los bienes y productos que fueren comisados y puedan ser utilizados, se entregarán a las instituciones de beneficencia de la jurisdicción provincial en donde se haya cometido la infracción, de conformidad con el reglamento que al efecto emita la autoridad sanitaria nacional.

Art. 235.- Los bienes y productos que no puedan ser utilizados, serán destruidos por la autoridad correspondiente, dejando constancia en acta que suscribirá conjuntamente con el secretario, cuyo original se remitirá a la autoridad inmediata superior para su conocimiento.

Art. 236.- En todo lo no previsto en esta Ley, se actuará de conformidad con lo previsto en los Códigos Penal y Civil; y, de Procedimiento Penal y Civil.

CAPITULO III De las sanciones

Art. 237.- Las infracciones en materia de salud serán sancionadas de conformidad con las disposiciones contenidas en esta Ley y sus reglamentos, sin perjuicio de las sanciones civiles, administrativas y penales a que hubiera lugar.

Art. 238.- En la concurrencia de más de una infracción a las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos, la persona será juzgada por todas las cometidas.

Art. 239.- La reincidencia en el incumplimiento de esta Ley y sus reglamentos, será reprimida con el doble del máximo de la sanción para cada caso, sin perjuicio de las sanciones civiles o penales a que hubiere lugar.

Art. 240.- Las infracciones determinadas en esta ley se sancionarán con:

- a) Multa;
- b) Suspensión del permiso o licencia;
- c) Suspensión del ejercicio profesional;
- d) Decomiso; y,
- e) Clausura parcial, temporal o definitiva del establecimiento correspondiente.

CAPITULO IV De las infracciones

Art. 241.- Será sancionado con multa de un salario básico unificado del trabajador en general, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 32, 53, 61, 64, 74 inciso segundo, 101, 111 inciso segundo, 115, 120 inciso segundo, 122, 123, 167, 195, 198 y 202 literal a), de esta Ley.

Art. 242.- Será sancionado con multa de un salario básico unificado del trabajador en general y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 40, 47, 58 inciso segundo, 97, 103 y 124 de esta Ley.

Art. 243.- Será sancionado con multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 50, 57, 60, 74 inciso primero, 90, 118, 163, 175, 184 y 202 literal b), de esta Ley.

Art. 244.- Será sancionado con multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 105, 109, 166, 169, 172, 174, 178, 194, 200 y 212 de esta Ley.

Art. 245.- Será sancionado con multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general y decomiso, el incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 125 y primer inciso del artículo 153 de esta Ley.



Art. 246.- Será sancionado con multa de diez salarios básicos unificados del trabajador en general, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 12 inciso segundo, 22, 29, 41, 48, 80, 110, 173 y 202 literal c), de esta Ley.

Art. 247.- Será sancionado con multa de diez salarios básicos unificados del trabajador en general y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 104, 116, 121, 143, 159 inciso segundo, 186 y 192 incisos segundo y tercero, de esta Ley.

Art. 248.- Será sancionado con multa de diez salarios básicos unificados del trabajador en general, decomiso y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 42, 49, 137, 140, 141 inciso primero, 146, 164 y 170 de esta Ley.

Art. 249.- Será sancionado con multa de veinte salarios básicos unificados del trabajador en general, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 27 inciso segundo, 75, 162 y 202 literal d), de esta Ley.

Art. 250.- Será sancionado con multa de veinte salarios básicos unificados del trabajador en general y clausura temporal o definitiva, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 149 y 183 inciso segundo, de esta Ley.

Art. 251.- Será sancionado con multa de veinte salarios básicos unificados del trabajador en general, decomiso y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 150 y 151, de esta Ley.

Art. 252.-Nota: Artículo derogado por Ley No. 00, publicada en Registro Oficial 398 de 4 de Marzo del 2011 .

Art. 253.- La infracción a lo dispuesto en los artículos 213 y 214, será sancionada con suspensión del ejercicio profesional, multa de cien salarios básicos unificados del trabajador en general y clausura definitiva del establecimiento, sin perjuicio de las sanciones civiles y penales a que hubiere lugar.

Art. 254.- Será sancionado con multa de cinco salarios básicos unificados del trabajador en general, el incumplimiento a lo dispuesto en los artículos 130 y 134 de esta Ley.

Art. 255.- Será sancionado con la suspensión del ejercicio profesional por cinco años y clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 210 de esta Ley.

Art. 256.- Será sancionado con clausura temporal o definitiva del establecimiento correspondiente, el incumplimiento a lo dispuesto en el artículo 185 de esta Ley.

Art. 257.- El producto de las multas que se recauden por infracciones a lo dispuesto por esta Ley y sus reglamentos, será utilizado en la respectiva jurisdicción en donde se las impusiere, debiendo destinarlo para la atención y mejoramiento de los servicios de salud de la respectiva dirección provincial.

Art. 258.- Para el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley, las autoridades de salud tendrán libre acceso a los lugares en los cuales deban cumplir sus funciones de inspección y control, pudiendo al efecto requerir la intervención de la fuerza pública, en caso de ser necesario.

CAPITULO V De las definiciones



Art. 259.- Para efectos de esta Ley, se entiende por:

Acreditación de servicios de salud.- Es el proceso voluntario realizado con regularidad y periodicidad, de carácter reservado, a través del cual un servicio de salud, independientemente de su nivel es evaluado por un organismo técnico calificado, de acuerdo a un conjunto de normas que describe las actividades y estructuras que contribuyen en forma directa a los resultados deseados para los pacientes-usuarios, el cumplimiento de estas normas busca alcanzar un óptimo nivel de calidad de atención teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Aditivos alimentarios.- Son sustancias o mezclas de sustancias de origen natural o artificial, que por sí solas no se consumen directamente como alimentos, tengan o no valor nutritivo y se adicionan en límites permitidos durante la producción, manipulación, fabricación, elaboración, tratamiento o conservación de alimentos.

Agentes de las medicinas tradicionales.- Son aquellos sanadores que intervienen en diferentes ámbitos de la salud, cuyas denominaciones son particulares a cada una de las nacionalidades y pueblos, y su reconocimiento proviene de las propias comunidades donde prestan sus servicios. Las condiciones y características formales y temporales de su formación son propias de su tradición y cultura ancestral.

Alimento.- Es todo producto natural o artificial que ingerido aporta al organismo de los seres humanos o de los animales, los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de los procesos biológicos.

Comprende también las sustancias y mezclas de las mismas que se ingieren por hábito o costumbre, tengan o no valor nutritivo.

Alimentos genéticamente modificados.- Son aquellos que contienen o están compuestos por organismos genéticamente modificados o han sido producidos a partir de ellos.

Alimento natural.- Es aquel que se utiliza como se presenta en la naturaleza sin haber sufrido transformación en sus caracteres o en su composición, pudiendo ser sometido a procesos prescritos por razones de higiene, o las necesarias para la separación de partes no comestibles.

Alimento procesado.- Es toda materia alimenticia natural o artificial que para el consumo humano ha sido sometida a operaciones tecnológicas necesarias para su transformación, modificación y conservación, que se distribuye y comercializa en envases rotulados bajo una marca de fábrica determinada.

El término alimento procesado, se extiende a bebidas alcohólicas y no alcohólicas, aguas de mesa, condimentos, especias y aditivos alimentarios.

Atención farmacéutica.- Es la asistencia al paciente por parte del químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico en el seguimiento del tratamiento fármaco terapéutico, dirigido a contribuir con el médico y otros profesionales de la salud, en la consecución de los resultados previstos y el logro del máximo beneficio terapéutico.

Bancos de sangre.- Son servicios de salud, técnicos, especializados y calificados, encargados de realizar la extracción, preparación, conservación, almacenamiento y suministro de la sangre humana, sus componentes y derivados.

Bancos de tejidos.- Son servicios de salud técnicos, especializados y calificados, que tienen por misión garantizar la calidad de los tejidos desde su obtención hasta su utilización clínica.

Botiquines.- Son establecimientos farmacéuticos autorizados para expender al público, únicamente la lista de medicamentos y otros productos que determine la autoridad sanitaria nacional; funcionarán



en zonas rurales en las que no existan farmacias y deben cumplir en todo tiempo con prácticas adecuadas de almacenamiento.

Casas de representación.- Son los establecimientos farmacéuticos autorizados para realizar promoción médica, importación y venta al por mayor a terceros de los productos elaborados por sus representados. Deben cumplir con buenas prácticas de almacenamiento y distribución determinadas por la autoridad sanitaria nacional. Requieren para su funcionamiento de la dirección técnica responsable de un profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico.

Ciclo producción - consumo.- Son las etapas o fases involucradas en la producción, manipulación, almacenamiento, transporte, distribución, importación, exportación, comercialización, expendio y consumo de productos.

Componentes anatómicos.- Son los órganos, tejidos, células, sus derivados y en general todas las partes del organismo humano.

Desechos.- Son los residuos o desperdicios en cualquier estado de la materia, producto de actividades industriales, comerciales y de la comunidad; se clasifican en comunes, infecciosos y especiales o peligrosos.

Desechos comunes.- Son aquellos que no representan riesgo para la salud humana, animal o el ambiente.

Desechos peligrosos.- Son aquellos resultantes de un proceso de producción, transformación, reciclaje, utilización o consumo y que tengan algún compuesto con características reactivas, inflamables, corrosivas, infecciosas o tóxicas, que presenten un riesgo para la salud humana, los recursos naturales y el ambiente.

Desechos infecciosos.- Son aquellos que contienen gérmenes patógenos y representan riesgo para la salud; se generan en los establecimientos de salud humana, veterinarios, morgues y otros.

Dispositivos médicos.- Son los artículos, instrumentos, aparatos, artefactos o invenciones mecánicas, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, fabricado, vendido o recomendado para uso en diagnóstico, tratamiento curativo o paliativo, prevención de una enfermedad, trastorno o estado físico anormal o sus síntomas, para reemplazar o modificar la anatomía o un proceso fisiológico o controlarla. Incluyen las amalgamas, barnices, sellantes y más productos dentales similares.

Distribuidoras farmacéuticas.- Son establecimientos farmacéuticos autorizados para realizar importación, exportación y venta al por mayor de medicamentos en general de uso humano, especialidades farmacéuticas, productos para la industria farmacéutica, auxiliares médico-quirúrgico, dispositivos médicos, insumos médicos, cosméticos y productos higiénicos. Deben cumplir con las buenas prácticas de almacenamiento y distribución determinadas por la autoridad sanitaria nacional. Funcionarán bajo la representación y responsabilidad técnica de un químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico.

Donante.- Es la persona de la cual, durante su vida o después de su muerte, se extraen componentes anatómicos en buen estado funcional, para trasplantarlos en otra persona o utilizarlos con fines terapéuticos o de investigación.

Enfermedad Catastrófica.- Es aquella que cumple con las siguientes características:

- a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente; y,
- c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.



Enfermedades Raras y Huérfanas: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

Nota: Definiciones de Enfermedades Catastrófica, Raras y Huérfanas agregadas por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Emergencia sanitaria.- Es toda situación de riesgo de afección de la salud originada por desastres naturales o por acción de las personas, fenómenos climáticos, ausencia o precariedad de condiciones de saneamiento básico que favorecen el incremento de enfermedades transmisibles. Requiere la intervención especial del Estado con movilización de recursos humanos, financieros u otros, destinados a reducir el riesgo o mitigar el impacto en la salud de las poblaciones más vulnerables.

La emergencia sanitaria deberá ser declarada por el Presidente de la República conforme lo manda la Constitución Política.

Farmacias.- Son establecimientos farmacéuticos autorizados para la dispensación y expendio de medicamentos de uso y consumo humano, especialidades farmacéuticas, productos naturales procesados de uso medicinal, productos biológicos, insumos y dispositivos médicos, cosméticos, productos dentales, así como para la preparación y venta de fórmulas oficinales y magistrales. Deben cumplir con buenas prácticas de farmacia. Requieren para su funcionamiento la dirección técnica y responsabilidad de un profesional químico farmacéutico o bioquímico farmacéutico.

Genética.- Es la ciencia que trata de la reproducción, herencia, variación tanto en estado normal como anormal o de enfermedad, y del conjunto de fenómenos y problemas relativos a la descendencia.

Laboratorios farmacéuticos.- Son establecimientos farmacéuticos autorizados para producir o elaborar medicamentos en general, especialidades farmacéuticas, biológicos de uso humano o veterinario; deben cumplir las normas de buenas prácticas de manufactura determinadas por la autoridad sanitaria nacional; y, estarán bajo la dirección técnica de químicos farmacéuticos o bioquímicos farmacéuticos.

Licenciamiento de servicios de salud.- Es el procedimiento de carácter obligatorio por medio del cual la autoridad sanitaria nacional otorga el permiso de funcionamiento a las instituciones prestadoras de servicios de salud, públicas o privadas, según su capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad, previa verificación del cumplimiento de los requisitos o estándares mínimos indispensables.

Materia prima alimentaria.- Es la sustancia o mezcla de sustancias, natural o artificial permitida por la autoridad sanitaria nacional, que se utiliza para la elaboración de alimentos y bebidas.

Medicamento.- Es toda preparación o forma farmacéutica, cuya fórmula de composición expresada en unidades del sistema internacional, está constituida por una sustancia o mezcla de sustancias, con peso, volumen y porcentajes constantes, elaborada en laboratorios farmacéuticos legalmente establecidos, envasada o etiquetada para ser distribuida y comercializada como eficaz para diagnóstico, tratamiento, mitigación y profilaxis de una enfermedad, anomalía física o síntoma, o el restablecimiento, corrección o modificación del equilibrio de las funciones orgánicas de los seres humanos y de los animales.

Por extensión esta definición se aplica a la asociación de sustancias de valor dietético, con indicaciones terapéuticas o alimentos especialmente preparados, que reemplacen regímenes alimenticios especiales.



Medicamento de venta libre.- Es el medicamento oral o tópico que por su composición y por la acción farmacológica de sus principios activos, es autorizado para ser expendido o dispensado sin prescripción facultativa.

Medicamento genérico.- Es aquel que se registra y comercializa con la Denominación Común Internacional (DCI) del principio activo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud; o en su ausencia, con una denominación genérica convencional reconocida internacionalmente. Estos medicamentos deben mantener los niveles de calidad, seguridad y eficacia requeridos para los de marca.

Medicamento homeopático.- Es el preparado farmacéutico obtenido por técnicas homeopáticas, conforme a las reglas descritas en las farmacopeas oficiales aceptadas en el país, con el objeto de prevenir la enfermedad, aliviar, curar, tratar y rehabilitar a un paciente. Los envases, rótulos, etiquetas y empaques hacen parte integral del medicamento, por cuanto éstos garantizan su calidad, estabilidad y uso adecuado. Deben ser prescritos por profesionales autorizados para el efecto y dispensados o expendidos en lugares autorizados para el efecto.

Medicinas alternativas.- Son el conjunto de medicinas científicamente comprobadas, ejercidas por profesionales médicos, con título de cuarto nivel en la materia y reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

Medicinas tradicionales.- Son el conjunto de conocimientos y prácticas ancestrales de las nacionalidades, pueblos, comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes que a lo largo del tiempo han constituido un saber específico, mantenido y difundido en un contexto cultural, de interrelación de elementos naturales, éticos, espirituales, mentales, psicológicos y afectivos y que se explica y funciona en ese mismo universo cultural. Sus prácticas se corresponden con saberes, técnicas y procedimientos propios de su cosmovisión y son ejercidas por sanadores de las medicinas tradicionales, reconocidos por sus comunidades y registrados por la autoridad sanitaria nacional.

Necropsia o autopsia.- Es el procedimiento técnico mediante el cual se observa y analiza un cadáver, externa e internamente para establecer las causas del fallecimiento de la persona.

Nueva entidad química.- Es el medicamento, ingrediente o principio activo de uso o consumo humano que nunca ha sido empleado para ninguna indicación terapéutica en el ámbito mundial. No se considerará nueva entidad química entre otros, los nuevos usos o segundos usos, ni las novedades o cambio de los siguientes aspectos: formas farmacéuticas, indicaciones o segundas indicaciones, nuevas combinaciones de entidades químicas conocidas, formulaciones, formas de dosificación, vías de administración, modificaciones de cualquier índole que no afecten el mecanismo de acción, condiciones de comercialización y empaque y en general, aquellas que impliquen nuevas presentaciones.

Organismos genéticamente modificados, OGM u organismo vivo modificado OVM.- Cualquier organismo vivo, con excepción de los seres humanos, que ha adquirido una combinación genética novedosa, generada a través del uso específico de técnicas de la biotecnología moderna.

Permiso de funcionamiento.- Es el documento otorgado por la autoridad sanitaria nacional a los establecimientos sujetos a control y vigilancia sanitaria que cumplen con todos los requisitos para su funcionamiento, establecidos en los reglamentos correspondientes.

Plantas procesadoras de alimentos.- Son establecimientos en los que se realizan operaciones de selección, purificación y transformación de materias primas para la producción, envasado y etiquetado de alimentos.

Producto natural procesado de uso medicinal.- Es el producto medicinal terminado y etiquetado, cuyos ingredientes activos están formados por cualquier parte de los recursos naturales de uso medicinal o sus combinaciones, como droga cruda, extracto o en una forma farmacéutica



reconocida, que se utiliza con fines terapéuticos

No se considera un producto natural procesado de uso medicinal, si el recurso natural de uso medicinal se combina con sustancias activas definidas desde el punto de vista químico, inclusive constituyentes de recursos naturales, aislados y químicamente definidos.

Producto nutracéutico.- También llamado funcional o compuesto bioactivo, es cualquier producto semejante en apariencia a un alimento convencional que tiene uno o más beneficios intencionales, más allá de proporcionar una nutrición adecuada, como un mejor estado de salud o una reducción del riesgo de una enfermedad determinada.

Productos del tabaco.- Abarca los productos preparados totalmente o en parte utilizando como materia prima hojas de tabaco y destinados a ser fumados, chupados, inhalados, mascados o utilizados como rapé.

Reactivos bioquímicos.- Son todas las sustancias o productos que se utilizan con máquinas especiales o no, para reaccionar con líquidos o materias orgánicas y ayudar en el diagnóstico, monitoreo, control y tratamiento de las enfermedades de los seres humanos.

Receptor.- Es la persona en cuyo cuerpo se implantan componentes anatómicos provenientes de sí mismo, de otra persona o de otra especie.

Registro sanitario.- Es la certificación otorgada por la autoridad sanitaria nacional, para la importación, exportación y comercialización de los productos de uso y consumo humano señalados en el artículo 137 de esta Ley. Dicha certificación es otorgada cuando se cumpla con los requisitos de calidad, seguridad, eficacia y aptitud para consumir y usar dichos productos cumpliendo los trámites establecidos en la presente Ley y sus reglamentos.

Salud ambiental.- Son los conocimientos que se ocupan de las formas de vida, sustancias, fuerzas y condiciones del entorno del ser humano que pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud y bienestar, así como las acciones para impedirlos o reducirlos, en el marco de la promoción y desarrollo de ambientes saludables.

Salud reproductiva.- Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos e implica el derecho de las personas a tomar decisiones respecto a ella.

Salud sexual.- Es el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, que permita a la persona en forma libre y responsable disfrutar de una vida sexual plena, placentera, libre de abuso sexual, coerción o acoso y de enfermedades sexualmente transmisibles.

Saneamiento ambiental.- Es el conjunto de actividades dedicadas a acondicionar, controlar y proteger el ambiente en que vive el ser humano, a fin de proteger su salud.

Servicios de salud.- Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutive, niveles de atención y complejidad.

Terapias alternativas.- Conjunto de métodos, técnicas y sistemas utilizados para prevención o tratamiento de enfermedades y se orientan a equilibrar el organismo en sus aspectos físico, mental o espiritual, y a establecer un balance entre el individuo y el entorno.

Trasplante de órganos.- Es la sustitución con fines terapéuticos de componentes anatómicos en una persona, por otros iguales y funcionales provenientes del mismo receptor o de un donante vivo o



muerto.

Violencia.- Es toda acción, omisión o uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, de una persona, grupo o institución con el fin de dañar a otra en contra de su voluntad, caracterizada por la agresión contra la integridad física, sexual, psicológica, simbólica o cultural.

DISPOSICIONES GENERALES

PRIMERA.- Los servicios de control, inspecciones, autorizaciones, permisos, licencias, registros y otros de similar naturaleza que preste la autoridad sanitaria nacional, satisfarán el pago de derechos de conformidad con los reglamentos respectivos.

PRIMERA-A.- El ministerio encargado del ramo de la inclusión económica y social ejecutará los programas de atención y protección social a las familias que tengan entre sus miembros a pacientes que sufran enfermedades consideradas raras o huérfanas y catastróficas mediante la aplicación de políticas de inclusión y cohesión social, igualdad y protección integral en coordinación con la Autoridad Sanitaria Nacional.

Nota: Disposición agregada por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

SEGUNDA.- El Presidente de la República dictará el reglamento general para la aplicación de la presente Ley, en un plazo máximo de noventa días.

TERCERA.- Derogatorias.- Deróganse todas las normas, disposiciones generales o especiales que se opongan a la presente Ley, en materia de salud.

Deróganse expresamente:

El Código de la Salud, expedido mediante Decreto Ejecutivo No. 188, publicado en el Registro Oficial No. 158 del 8 de febrero de 1971 y todas sus reformas.

Los artículos 8, 9, 10, 11 y el Capítulo VIII de la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, publicada en el Registro Oficial No. 59 de 17 de abril del 2000 .

El artículo 99 de la Ley de Promoción de la Inversión y Participación Ciudadana, publicada en el Registro Oficial Suplemento No. 144, de 18 de agosto del 2000 .

El artículo 11 de la Ley de Trasplantes de Organos y Tejidos, publicada en Registro Oficial 492 de 27 de Julio de 1994 .

CUARTA.- Efectúense las siguientes reformas:

- a) En el artículo 2 de la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano, publicada en el Registro Oficial No. 59 de 17 de abril del 2000 , sustitúyase la palabra: "...emplean", por: "comercializan...";
- b) En toda la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, sustitúyase: "centros de salud", por: "servicios de salud";
- c) En el artículo 98 de la Ley de Registro Civil, Identificación y Cedulación, a continuación del numeral 13, agréguese el siguiente:

"14. Autorización expresa del ciudadano para ser donante de órganos u otros componentes anatómicos, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 de la Ley Orgánica de Salud.";

- d) Sustitúyanse los artículos 1 y 2 de la Ley de Aprovechamiento y Utilización de Sangre y sus



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



Derivados, publicada en Registro Oficial 559 de 7 de Noviembre de 1986 , por los siguientes.

"Art. 1.- La vigilancia y control del aprovisionamiento y utilización de sangre y sus derivados en el Ecuador, será responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional.

Organizará en coordinación con la Cruz Roja Ecuatoriana, el sistema nacional de bancos y depósitos de sangre, en las ciudades y servicios de salud que los requieran, siempre que cuenten con las condiciones técnicas para ello.

La Cruz Roja Ecuatoriana, el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, las Fuerzas Armadas y la Junta de Beneficencia de Guayaquil continuarán administrando los bancos y depósitos de sangre adscritos a sus servicios de salud.

Art. 2.- Prohíbese la exportación de sangre y sus derivados, salvo lo señalado en el artículo 79 de la Ley Orgánica de Salud."; y,

e) A continuación del inciso quinto del artículo 46 de la Ley Orgánica de Aduanas, inclúyase otro inciso con el siguiente texto:

"Se exceptúan también de la verificación en origen: las vacunas, biológicos, medicamentos e insumos importados por el Ministerio de Salud Pública.

QUINTA.- Todas las capitales de provincia, sin excepción, contarán al menos con un hospital público de tercer nivel de atención, con la infraestructura, equipamiento, bienes, insumos, presupuestos y recursos humanos idóneos, suficientes y permanentes, facultados para dar solución a las necesidades de la población, de conformidad con la realidad epidemiológica local.

SEXTA.- Conforme lo previsto en el numeral 10 del artículo 35 de la Constitución Política de la República, se prohíbe la paralización, a cualquier título o por algún motivo, del servicio público de salud, bajo prevención de aplicar a los responsables las sanciones previstas en las leyes que regulan la relación laboral y el Código Penal.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Nota: Denominación de título reformado por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

Los reglamentos que sobre asuntos de salud están vigentes, seguirán aplicándose en todo lo que no se oponga a la presente Ley, hasta cuando se dicten otros.

Dada, en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la sala de sesiones del Congreso Nacional del Ecuador, a los catorce días del mes de diciembre del año dos mil seis.

PRIMERA.- Una vez publicada la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas, el Ministerio de Salud Pública emitirá y actualizará la lista de enfermedades consideradas raras o huérfanas, al menos cada dos años tomando en cuenta las enfermedades consideradas raras o ultra raras por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud.

En el plazo de ciento ochenta días, el Ministerio de Salud Pública, dictará los acuerdos, resoluciones y demás normas técnicas para la efectiva aplicación de la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud para Incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas.

Nota: Disposición Primera agregada por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .



No imprimir este documento a menos que sea absolutamente necesario



SEGUNDA.- Una vez publicada la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas, todos los programas de atención para enfermedades catastróficas que se estén ejecutando en cualquier dependencia pública, pasarán a depender del Ministerio de Salud Pública, quien se encargará de continuar con su ejecución.

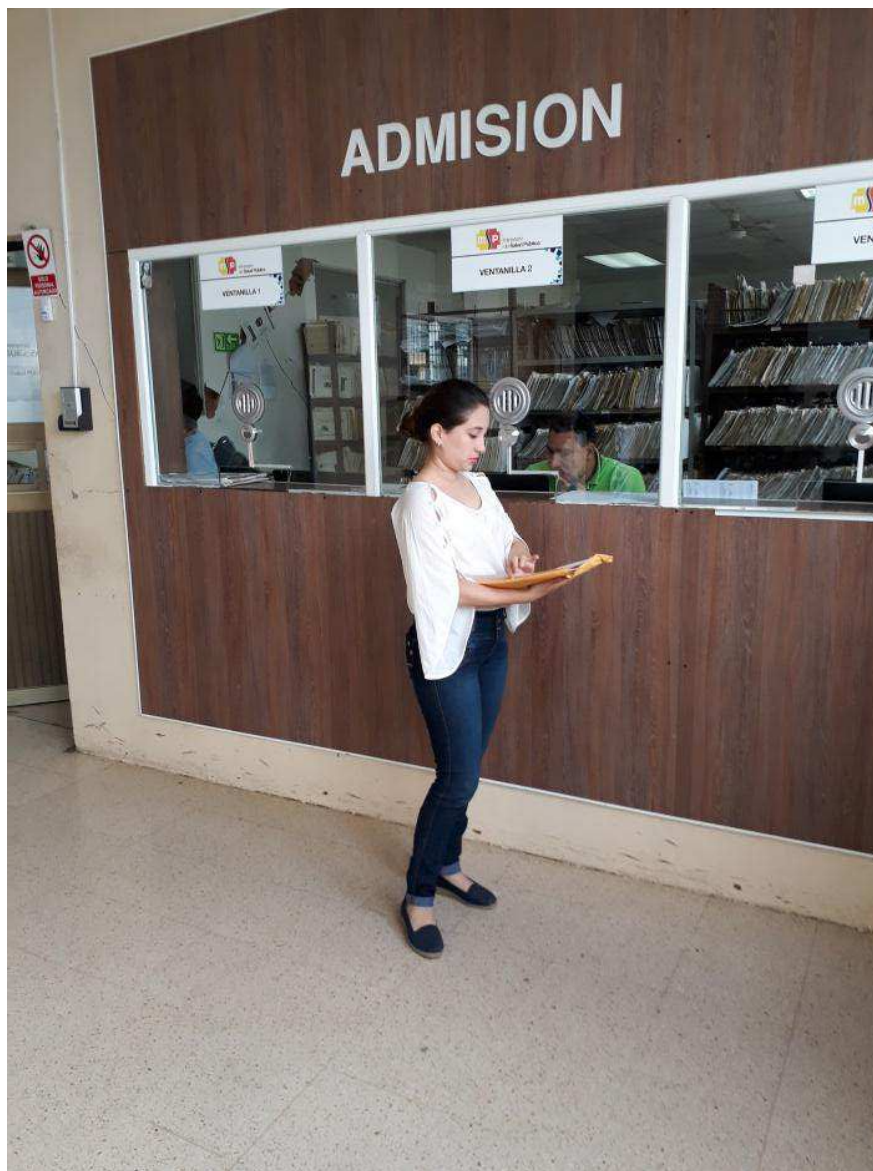
Nota: Disposición agregada por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

TERCERA.- Una vez publicada la Ley Orgánica Reformatoria a la Ley Orgánica de Salud para incluir el Tratamiento de las Enfermedades Raras o Huérfanas y Catastróficas, el Ministerio de Finanzas procederá a realizar la correspondiente reclasificación presupuestaria, dentro del Presupuesto General del Estado, para que el Ministerio de Salud Pública cuente con los fondos necesarios y pueda cumplir las obligaciones determinadas en esta Ley.

Nota: Disposición agregada por Ley No. 0, publicada en Registro Oficial 625 de 24 de Enero del 2012 .

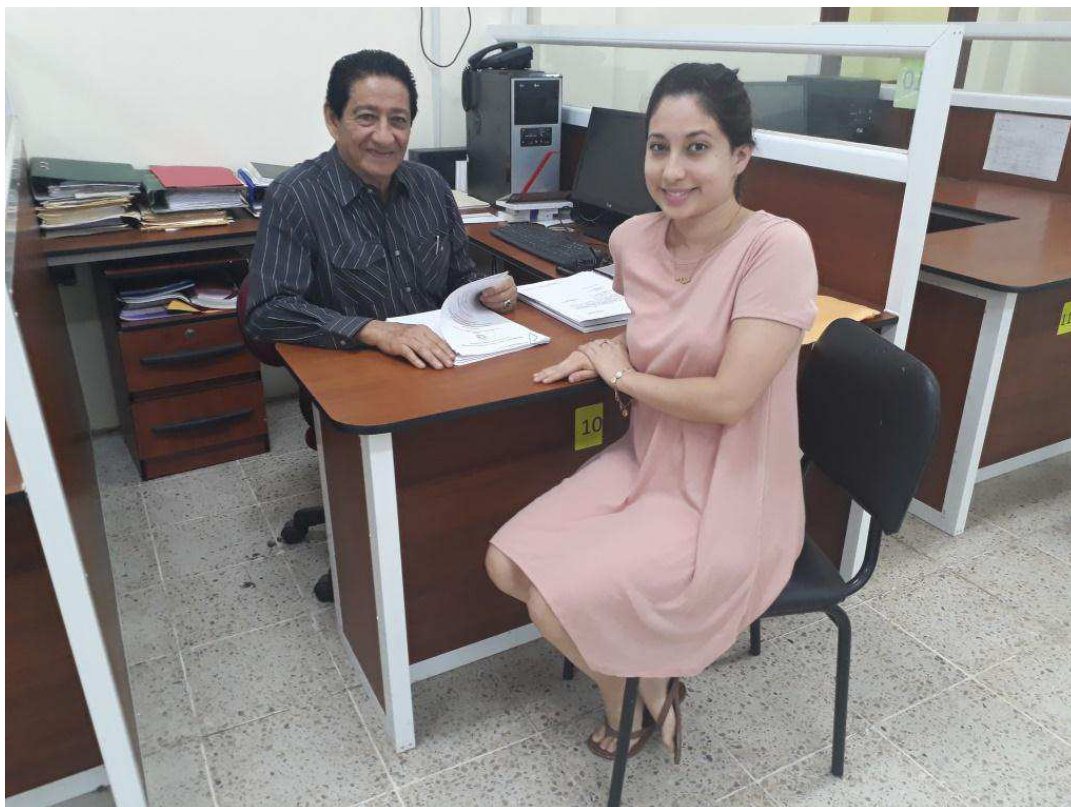
**FUNCIONARIO MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL**







TUTORÍA



BIBLIOGRAFÍA

Abramovich, Víctor y Courtis, Christian. (2002). Los derechos sociales como derechos exigibles. Madrid: Trotta

Acosta, V. (1990), *De La Responsabilidad Civil Médica. (1a .ed.)*. Chile: Editorial Jurídica de Chile

Allard, R. (2012), *El derecho humano a la atención primaria de salud en la lucha contra las enfermedades infecciosas. (Tesis doctoral)*. Universidad Complutense de Madrid, España.

Asamblea Nacional Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi: R.O. 449, 20 de octubre 2008.

Beccaria, C. (2011), *De los delitos y de las penas. (1a .ed.)*.Italia: Trotta.

Cabrera, J, Fuertes, J. y Plumed C. (1994), *Enfermería legal. (1a. ed.)*.España: Libro del año.

Domínguez, O. (1983), *Responsabilidad médica en la legislación y jurisprudencias nacionales. (Tesis inédita de pregrado)*. Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Fernández, J. (2007), *Sistema de Responsabilidad Médica. (5a. ed.)*. España: Comares.

Figuroa, Rodolfo (2009): *El derecho a la protección de la salud. Orígenes del Precepto constitucional*. Valparaíso: Revista Chilena de Derecho, N° 55.

Grupo Omeba. (2005), *Enciclopedia Jurídica Omeba. (1a. ed.)*. México: Editorial Bibliográfica Argentina.

Guzmán, F., Morales, M., Franco, E., Mendoza, J., González, N., Arrazola, P., Herrera, F. López, C., Carriazo, P. (1995), *De la responsabilidad médica. (1a .ed.)*. Colombia: Rosaristas.

Jiménez, M. y Paz, J. (2000), *Tratado de emergencias médicas. (1a .ed.)*. España: Editorial Libro del Año.

López, Y. y Bruno, P. (1992), *Responsabilidad profesional de los médicos. (2a .ed.)*. Argentina: Universidad.

Nogueira Alcalá, Humberto. (2008). *Derechos fundamentales y garantías Constitucionales*. Santiago: Ed. Librotecnia

Squella, Agustín (2005): *El derecho a la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas*. Valparaíso: Anuario de Filosofía Jurídica y Social.

Ugarte, José J. (2006): *El Derecho de la Vida*. Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile

LINKOGRAFIA

- <https://www.humanium.org/es/derecho-salud/>
- <http://www.saludintegralincluyente.com/proyecto/enfoques/derecho-a-la-salud.html>
- <http://www.derechoecuador.com/articulos/detalle/archive/doctrinas/derecho-constitucional/2011/01/17/el-derecho-constitucional-a-la-salud>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- <https://www.escri-net.org/es/derechos/salud>
- <http://observatoridesc.org/es/derecho-la-salud>
- <https://www.guiainfantil.com/articulos/educacion/derechos-del-nino/el-derecho-de-los-ninos-a-la-salud/>
- <http://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
- https://www.pfizer.es/salud/salud_sociedad/sanidad_sociedad/salud_derecho_fundamental.html
- http://www.derechoshumanos.net/derechos/index.htm?gclid=EAlaIQobChMI5-KnxK_G1gIVyx-GCh0YHQeJEAAAYASAAEglYr_D_BwE
- <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- <http://alianzasalud.org.mx/derecho-a-la-salud/>
- <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3274/3.pdf>
- <http://www.eltiempo.com.ec/noticias/editorial/1/407812/el-derecho-a-la-salud>
- <https://www.educ.ar/recursos/14401/el-derecho-a-la-salud>
- <http://www.elespectador.com/opinion/editorial/los-problemas-con-el-derecho-la-salud-articulo-683760>
- <https://es.slideshare.net/giramvndo/el-derecho-a-la-salud-en-los-ddhh>
- <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- <https://www.asmetasalud.org.co/news/show/title/mecanismos-para-garantizar-el-derecho-a-la-salud>
- <http://www.granma.cu/cumbre-de-los-pueblos/2015-04-10/sociedad-civil-exige-en-panama-el-derecho-a-la-salud>
- <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12221805003>
- <http://www.finanzaspersonales.co/consumo-inteligente/articulo/como-hacer-una-tutela-por-salud/60509>

<http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-salud-en-asamblea-mundial/>

https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m2n3/rceap_a2004m2n3a2.pdf

<https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/la-salud-internacional-se-discute-en-quito-90409>

<http://www.andes.info.ec/es/sociedad/sistema-salud-ecuador-ubica-entre-20-mejores-mundo.html>

<http://www.salud.gob.ec/sistema-publico-de-salud-en-ecuador-en-puesto-20-a-nivel-mundial/>