

Capítulo VIII. Derecho a la salud*

1. Introducción

En este capítulo hemos decidido realizar un aporte al análisis de la situación del derecho a la salud en Argentina. En tal sentido, incorporamos tres temas que dan cuenta de estado de situación de este derecho.

En primer lugar, nos dedicamos a la prestación en materia de salud, otorgando especial atención al subsector público. Para ello, examinamos algunos cambios en esta materia que afectan el derecho en cuestión.

En el segundo apartado, comentamos el resurgimiento de la enfermedad denominada leishmaniasis y analizamos las omisiones del Estado como causas de tal resurgimiento.

El último apartado, está dedicado a una decisión judicial que constituye un importante precedente en lo que refiere al efectivo cumplimiento por parte del Estado de sus obligaciones internacionales en materia de derecho a la salud.

2. Organización de los servicios de salud

Los efectos del proceso de descentralización en los servicios públicos de salud, y las políticas de autogestión en la administración hospitalaria, sobre los principios que caracterizan el derecho a la salud como derecho humano, en particular el acceso universal al goce de las prestaciones; en un país marcado por profundas desigualdades regionales, parece conducir a

** Informe elaborado por Roxana Otero, abogada, miembro del Programa de Derechos Económicos Sociales y Culturales del CELS.*

aumentar las diferencias, eliminando el piso mínimo de cobertura que pretendía compensarlas.

En Argentina, el sector salud —conjunto de recursos y actividades que cubren las necesidades de la salud y la atención médica— comprende tres subsectores: público, obras sociales y el privado.

El subsector público se brinda a través de tres niveles administrativos: nacional, provincial y municipal. Su gestión y funcionamiento depende del Estado. Se caracteriza por tener financiación pública, y debe proveer el acceso en forma universal. Fundamentalmente, es utilizado por la población de menores ingresos, que no poseen ningún sistema de protección. Este subsector atiende, además de las patologías agudas, algunas enfermedades crónicas que no son tratadas por los otros dos subsectores. El 26% de sus camas está destinado a este fin. Además se encarga en su mayoría de la formación y capacitación del recurso humano.

El subsector de las obras sociales es el sistema de cobertura de la atención médica por parte de la Seguridad Social. Se financia con aportes y contribuciones de los empresarios y los trabajadores.

Este subsector se estructura por gremios, entidades intermedias no gubernamentales que organizan los servicios y administran los recursos. Estos, a su vez, se estructuran por ramas de producción. Este sector no ha desarrollado una capacidad instalada propia y sólo tiene un 5,4% de las camas del país. De este modo canaliza principalmente su flujo financiero en el subsector privado. Este último creció en forma considerable desde la década del '70.

El subsector privado está constituido por los profesionales de la salud que en forma independiente atienden a pacientes particulares, afiliados de obras sociales, o al sistema de prepago; y los establecimientos asistenciales que contrataron con el sector de obras sociales. Además algunos organismos de prepago con fines lucrativos.

Tiene escasa regulación pública y se financia fundamentalmente por los recursos que obtiene de los convenios con las obras sociales.

2.1 Descentralización del sector público y autogestión hospitalaria

En la actualidad se observa en los servicios nacionales de salud un proceso que tiende a la desconcentración y descentralización del poder

del Estado nacional. Este proceso de transformación ocurre no sólo en nuestro país, sino a nivel mundial. En la Argentina se ha operado la delegación de las actividades típicamente administrativas de los establecimientos hospitalarios por parte de la autoridad sanitaria nacional a las autoridades sanitarias provinciales. Además, estas últimas han transferido algunos establecimientos a la competencia del ámbito geográfico de los municipios. Así también, es de señalar que “en la actualidad el Presupuesto de la Administración Nacional destina sólo el 2,4% de sus erogaciones a la salud, estando la mayor parte de las erogaciones públicas en atención médica (el 87%) en manos de los gobiernos provinciales”¹.

En este sentido cabe puntualizar que “el proceso de descentralización fiscal, encarado por las autoridades nacionales a inicios de los '90, tiene como contrapartida en el campo sanitario una multiplicidad de respuestas desde la perspectiva de los efectores públicos provinciales en lo referido tanto a la forma en que adopta el proceso como a sus resultados en términos de equidad y eficiencia”².

En lo que respecta a la autonomía hospitalaria, “desde 1991 comenzó a instrumentarse un nuevo ‘modelo’ al cual han ido ingresando los principales hospitales provinciales”³. El decreto 9-578 del año 1993 estableció que el Hospital Público de Autogestión “dispone sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital”⁴, pero además “continuará recibiendo los aportes presupuestarios que le asigne la jurisdicción para el habitual funcionamiento del mismo de acuerdo con la producción, rendimiento y tipo de población que asiste tendiendo a reemplazar progresivamente el concepto de subsidio de la oferta por el de subsidio a la demanda”⁵. El Ministerio de Salud ha señalado que los recursos genuinos obtenidos mediante el cobro de prestaciones

1. Cetrangolo, Oscar y Devoto, Florencia, *Reformas en la política de salud en Argentina durante los años noventa, con especial referencia a la equidad*, Centro de Estudios para el Cambio Estructural, Serie Estudios, n° 27, septiembre de 1998, p. 28.

2. Cetrangolo y Devoto, *op. cit.*, p. 28.

3. Cetrangolo y Devoto, *op. cit.*, p. 28.

4. Artículo 6 del decreto citado.

5. Artículo 10.

no son motivo de reducción para el crédito presupuestario por el nivel central para el establecimiento⁶. Pero como han observado algunos especialistas, si bien el decreto prevé que los hospitales sigan recibiendo los aportes presupuestarios, sugiere ir reemplazando el financiamiento a la oferta por un subsidio a la demanda, dejando abierta de ese modo la posibilidad de la creación de seguros públicos de salud⁷.

Se plantea, entonces, el interrogante sobre la posibilidad que tiene el subsector público de financiarse, si tenemos en cuenta también que el logro de la autogestión de los establecimientos hospitalarios se encuentra limitado también por el bajo flujo financiero que las obras sociales efectúan al subsector público. En este sentido, se ha observado que este último en 1991 tuvo el 19,3% del gasto en salud, mientras que las obras sociales con sus 4.278 millones de dólares, lo superaron ampliamente llegando al 32,7% del total del gasto. Remarcamos que de ese financiamiento, el 89% fue para la oferta privada de servicios. En 1993, el financiamiento de las obras sociales creció en un 37,5%, manteniendo dicho porcentaje de gasto en el sector privado. Los hospitales sólo cuentan con una pequeña parcela de los recursos de las obras sociales que siguen prefiriendo la atención del sector privado⁸.

Además, los hospitales tienen costos fijos muy elevados por la concentración de camas existentes en el sector público, debido a que en la Argentina el número total de camas es de 151 mil, de las cuales el 71% pertenecen al sector público (102.962) —se incluyen las camas propias de seguridad social, con 5,4% del total⁹.

Otro problema señalado por los profesionales de la salud es que por un lado “en Buenos Aires se pretende que los médicos tengan una dedicación casi de tiempo completo, que limita inclusive hasta su actividad

6. *Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud, Hospital público de Autogestión, 1997, p. 91.*

7. *Tafani, Roberto, Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud, Universidad Nacional de Río Cuarto, p. 148.*

8. *Tafani, Roberto, op. cit., pp. 35-37.*

9. *O'Donnell, Juan Carlos, “El Futuro de los Hospitales y el Hospital del Futuro”, en Medicina y Sociedad, vol. 20, n° 1, primer trimestre 1997, p. 63.*

privada”, mientras que “en lugares más chicos del interior del país es muy difícil porque la actividad médica privada es probablemente la que predomina y al médico se le plantea la disyuntiva de elección entre el lugar público donde está trabajando y que tiene algunas posibilidades de transformarse, y la actividad privada que al mismo tiempo le da ingreso económico y la posibilidad de crecer”¹⁰. Este último factor dificulta además la competencia del establecimiento hospitalario, con el subsector privado por la facturación a las obras sociales.

El Dr. Alberto García, médico sanitarista de la asociación civil “Grupo Solidario del Sur”, ha señalado que los cambios implementados en nuestro país, pueden afectar la equidad nacional, si se tienen en cuenta las desigualdades que hay en los hospitales de las distintas regiones. Se puede correr el riesgo de que la descentralización incremente la situación de desproporción, considerando que las regiones que tienen mejores niveles de salud porque son más ricas recibirán mayores recursos, mientras el sector de bajos ingresos será menos eficiente.

Las personas y organizaciones que trabajan en el campo de la salud se enfrentarán a un grave problema; se trata de una acentuación de las disparidades entre los estados de salud de las poblaciones del interior del país con respecto a las zonas urbanas. Además, se debe tener en cuenta que las personas más prósperas tienen un mejor acceso a los servicios no gubernamentales debido a que pueden solventarlo, pero también a los del Gobierno porque residen en zonas urbanas.

En este orden de ideas, “la diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional y microeconómico deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la salud pública a todos los habitantes; por el contrario, nos encontramos con una cobertura variable, al menos en 24 niveles, determinada por la política de salud de cada una de las provincias y Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. Adicionalmente, la localización de cada individuo dentro de cada jurisdicción lo coloca en

10. Así lo expone el Dr. Guillermo González Prieto, director asociado del Hospital Garrahan de Buenos Aires, en el artículo “El Hospital Garrahan y la Autogestión”, en *Medicina y Sociedad*, op. cit.

Capítulo VIII. Derecho a la salud

una posición diferencial frente al acceso a cada unidad pública proveedora de salud”¹¹. Ejemplificando lo dicho, “no tiene el mismo acceso a la salud el habitante de una zona rural de la provincia de Buenos Aires que el que vive en Avellaneda, con rápido acceso a los servicios ubicados en la ciudad de Buenos Aires, o que el que está radicado en la ciudad de Carmen de Patagones, vecino de Viedma. Asimismo, el rionegrino que vive en esta ciudad tiene muy diferentes posibilidades de atención que el que está en Maquinchao o en Cippoletti, vecino de Neuquén”¹².

En relación a las políticas oficiales encaminadas a mejorar la salud, el Banco Mundial, en el Informe sobre el desarrollo mundial 1993¹³, considera que para obtener la calidad y eficacia de los servicios de salud estatales, la descentralización debe llevarse a cabo a través de una reglamentación estatal y planificación adecuadas, y no como reacción a presiones políticas que pueden plantear nuevos problemas. Por otro lado debe promoverse la diversidad y competencia. Este financiamiento estatal de medidas de salud pública haría que el resto de la asistencia clínica se financiara privadamente o mediante seguros sociales, en el contexto de marcos de política establecidos por los gobiernos, promoviendo el acceso equitativo.

De acuerdo a lo expuesto precedentemente surge la necesidad de que el Estado ejerza un control a nivel nacional ocupándose de evaluar los beneficios de salud en su conjunto, regulando con un marco adecuado el sistema de salud y asegurando el derecho a la salud a toda la población. En este sentido, debemos señalar que “las distorsiones –en términos de equidad y eficiencia– ubicadas a nivel regional requieren una definición de una política a nivel nacional”¹⁴.

11. Cetrangolo y Devoto, *op. cit.*, p. 31.

12. Cetrangolo y Devoto, *op. cit.*, p. 31.

13. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, “Invertir en Salud”, Banco Mundial Washington D. C., pp. 1-17.

14. Cetrangolo y Devoto, *op. cit.*, p. 31.

3. Leishmaniasis: nuevamente las omisiones del Estado como causa principal del resurgimiento de enfermedades

A partir de los últimos meses del año 1997 en la localidad de Orán, provincia de Salta, se produjo un brote epidémico de leishmaniasis¹⁵ que afectó a 136 personas. Sólo hasta mayo de este año, la cifra llegó a 63 casos.

En fecha 20 de enero de 1998, el diario *Página/12* publicó la noticia titulada “Brote de leishmaniasis”¹⁶, en la cual informó sobre los hechos expuestos. El especialista de la Universidad de Salta, delegación Orán, Dr. Néstor Taranto, explicó en dicha oportunidad que la enfermedad carcome los tejidos cutáneos, llegando a la destrucción de párpados, orejas o nariz. La mayoría de los enfermos son niños y trabajadores rurales de bajos recursos que se atienden en el Hospital San Vicente de Paul instalado en Orán.

Entre las causas del brote de leishmaniasis se señalaban: la apertura de un camino —obra pública que se realizaría por encargo de una empresa petrolera que ejecuta una explotación en la zona—, explotaciones forestales —que han provocado la extensión de las áreas de desmonte ocasionando el éxodo de especies de insectos que actúan como reservorio del virus que transmite la enfermedad—; y las condiciones sanitarias adversas que soportan los trabajadores rurales.

Señaló el Dr. Néstor Taranto que para el tratamiento de la enfermedad se utiliza una droga denominada Glucantime. Pese a la existencia de drogas, éstas no llegaban a la zona de Orán hasta mayo de este año. El profesional de la salud dijo también en aquella oportunidad que resultaba

15. *Las leishmaniasis son afecciones tropicales producidas por parásitos (protozoos). La “Leishmaniasis cutáneamucosa” es producida por la “Leishmania brasiliensis” y existe en América Central y parte de América del sur, especialmente en Brasil, Perú, Bolivia, Paraguay y norte de Argentina (Tucumán, Salta, Jujuy). Afecta la región boscosa del norte y nordeste de nuestro país. Es transmitida por cualquiera de las diferentes especies de los mosquitos del género de los Phlebotomus. La enfermedad fue descrita ya en la época de la conquista de América por los médicos españoles, quienes vieron su relación con la picadura de un mosquito. Ver: Revista La Semana Médica, 1977-151, n° 11, pp. 363-369.*

16. *A partir de un cable de la agencia DyN.*

Capítulo VIII. Derecho a la salud

oneroso afrontar el tratamiento para los pacientes de la zona rural de bajos recursos. El costo del tratamiento de la enfermedad superaba los 2 mil dólares.

De este modo se ponen de manifiesto en primer lugar las consecuencias de la ausencia de control por el Estado de las deforestaciones abruptas y su correspondiente estudio del impacto ambiental. Estos dos omisiones originaron una situación sanitaria sumamente grave.

Por otra parte, tampoco se tomaron ulteriormente las medidas necesarias para evitar las consecuencias de su omisión. Recién a mediados de mayo de este año el Ministerio de Salud Pública de la Nación proveyó la droga.

Frente a esta situación, el CELS se presentó ante el Defensor del Pueblo de la Nación solicitando la adopción de medidas que aseguren el suministro de la droga que se utiliza para el tratamiento de la enfermedad en las áreas afectadas; y la supervisión adecuada de las actividades económicas y las obras públicas que alteraron el medio ambiente.

En virtud de la presentación efectuada, el Defensor del Pueblo de la Nación¹⁷ solicitó informes al Ministerio de Salud de la Nación, al Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta, a la Municipalidad de Orán, al Hospital de San Vicente de Paul y la sede regional de la Universidad Nacional de Salta que permitieron constatar el aumento de personas afectadas por la enfermedad, así como también el sector social afectado y las causas del rebrote de la enfermedad.

En efecto, en el informe presentado, el Ministerio de Salud de Salta señala que las causas de los casos ocurridos se pueden encontrar en “los grandes desmontes” de la zona norte de la provincia, por expansión de la frontera agropecuaria que introduce a los trabajadores en los ciclos selváticos de la enfermedad; a su vez, el desmonte ocasiona el desplazamiento de los vectores hacia zonas urbanas.

Además, agrega el informe que hay que tener en cuenta especialmente la situación de los trabajadores rurales que viven en condiciones

17. Defensor del Pueblo de la Nación, actuación n° 893/98, “Centro de Estudios Legales y Sociales sobre solicitud de intervención del defensor del Pueblo de la Nación ante la aparición de un brote epidémico de leishmaniasis en la localidad de Orán, provincia de Salta”.

muy precarias en los desmontes, sin agua potable, sin letrinas, en casas en que sólo constan de un plástico sobre algunas ramas; como así también la falta de inspecciones permanentes de autoridades nacionales y provinciales, en relación a las condiciones mínimas de trabajo.

Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Departamento de Zoonosis, informa que la ocurrencia de casos corresponde generalmente a jornaleros que trabajan en el desmonte y que consultan las lesiones entre los 30 y 60 días posteriores a la exposición. El citado informe agrega que las medidas preventivas recomendadas, incluidas en el Boletín Epidemiológico Nacional, deben ser implementadas por los contratistas de los jornaleros y las autoridades provinciales.

Del informe surge claramente que el sector principalmente afectado por el rebrote de la enfermedad es aquel que ante situaciones sociales adversas debe trabajar bajo condiciones que afectan severamente su salud, sin la prevención ni la protección requerida para estos casos y los controles ambientales necesarios por parte de las autoridades públicas.

El Defensor del Pueblo de la Nación, una vez concluidas las actuaciones, elaboró un informe que fue remitido a la Cámara de Senadores y a la Cámara de diputados de la provincia de Salta, a su vez también dicho informe fue remitido al Consejo Deliberante de Orán, en el que señaló “la procedencia de alentar la concreción de las tareas de prevención, en forma sostenida de modo de evitar nuevos casos y continuar atendiendo adecuadamente los existentes”.

El 10 de noviembre de 1998 el Congreso de Salta sancionó una ley que declaró “el alerta sanitario en el departamento de Orán a raíz del incremento del número de casos de Leishmaniasis” y autorizó al Poder Ejecutivo a “incorporar las partidas presupuestarias pertinentes en el presupuesto vigente para atender las erogaciones generadas por las acciones de prevención, investigación y control de la zoonosis”.

4. Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)

En un fallo que sienta un importante precedente en la jurisprudencia nacional, la Sala IV de la Cámara Nacional en lo Contencioso Administrativo

Federal¹⁸ ordenó al Ministerio de Salud y Acción Social y al Ministerio de Economía cumplir estrictamente y sin demoras con el cronograma para la fabricación de la vacuna Candid 1 contra la enfermedad denominada Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), responsabilizando en forma personal a los respectivos ministros y poniendo la sentencia en conocimiento del presidente de la Nación y del jefe de gabinete de ministros.

El fallo dictado por los jueces María Jeanneret de Pérez Cortés, Alejandro J. Uslenghi y Guillermo Pablo Galli, hizo lugar a una acción de amparo iniciada por la Srta. Mariela Cecilia Viceconte, con el patrocinio del CELS¹⁹.

La sentencia funda la obligación estatal en la aplicación directa del derecho internacional de los derechos humanos, y en particular, del artículo 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales —en adelante PDESC— que impone a los Estados el deber de prevenir y tratar las enfermedades epidémicas y endémicas, tales como la FHA.

El pronunciamiento reconoce además la legitimación de la peticionante para reclamar la vacuna en beneficio de tres millones y medio de personas potencialmente afectadas por la enfermedad, por la única circunstancia de ser ella misma una habitante del área endémica, quien actúa en ejercicio de un derecho de incidencia colectiva, como el derecho a la salud.

4.1 El proceso judicial

La acción judicial había sido iniciada en el mes de septiembre de 1996 y tramitó en el Juzgado Nacional en lo Contencioso Administrativo Federal n° 7, a cargo de la Dra. María Cristina Carrión de Lorenzo. El

18. Cámara Federal en lo Contencioso Administrativo, Sala III, junio 2, 1998, Viceconte, Mariela C.c. Ministerio de Salud y Acción Social, publicado en revista jurídica La Ley, Suplemento de Derecho Constitucional, 5 de noviembre de 1998.

19. Para observar los antecedentes del caso así como los criterios utilizados para lograr una sentencia que resolviera la situación de todas aquellas personas afectadas, ver CELS, Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Argentina 1996, Buenos Aires, 1997.

Juzgado admitió la citación del Defensor del Pueblo de la Nación, que se presentó al expediente y adhirió a la presentación del CELS.

El 27 de diciembre el Ministerio de Salud y Acción Social contestó el requerimiento de informes, considerando que excedía el ámbito de su competencia ya que la vinculación de la enfermedad con la preservación del medio ambiente llevaba a compartir su responsabilidad con otros organismos como la Secretaría de Medio Ambiente de la Nación y el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, principal zona afectada. Estos organismos contestaron sus informes y expusieron las políticas de sus respectivas áreas, endilgando en algunos casos responsabilidades a los otros demandados.

El proceso se convirtió de tal modo en un ámbito de debate sobre políticas públicas en materia de salud y medio ambiente, en relación al mal de los rastrojos. Este debate no se había realizado en su apropiado espacio institucional, el Congreso de la Nación, pues los reiterados pedidos de informes de los parlamentarios no habían recibido respuesta.

El Ministerio, al presentar su informe, anunció la consignación de partidas presupuestarias en la ley de presupuesto del año 1997 para completar las obras en el Instituto Maiztegui.

Ante ese anuncio el Juzgado de primera instancia rechazó el amparo por considerar que la cuestión había quedado resuelta por la mera previsión presupuestaria. El CELS recurrió el fallo; nuevamente contó con la adhesión del Defensor del Pueblo de la Nación. La causa quedó radicada en la Sala IV de la Cámara.

En el mes de diciembre de 1997, la Sala dispuso una medida infrecuente que puso en evidencia un compromiso con la averiguación de la verdad de los hechos. El juez Uslenghi, integrante de la Sala, realizó una inspección en el laboratorio del Instituto Maiztegui a fin de constatar en forma personal el estado de las obras, e interrogó pormenorizadamente a la directora del Instituto y al personal encargado de la construcción del laboratorio, verificando importantes atrasos en el cronograma de la obra que el propio Ministerio de Salud había informado en el expediente.

La sentencia que hizo lugar a la acción de amparo, estimó que el mero anuncio del Estado no cerraba en absoluto la cuestión. Si bien el Ministerio había asumido el compromiso político de fabricar la vacuna, el tribunal consideró probado que al momento de iniciarse el amparo hubo lapsos en

los cuales no se realizaron inversiones para la finalización del proyecto, que estuvo virtualmente paralizado –actitud que configuraba la omisión que tornaba procedente el amparo–. En la actualidad, sostuvo, el cronograma fijado por el propio Instituto Maiztegui estaba sujeto a las decisiones políticas, presupuestarias y administrativas de las autoridades nacionales, en particular de los Ministerios de Economía y de Salud, por lo que correspondía establecer claramente el deber legal del Estado de cumplir con ese cronograma, mas allá de los anuncios políticos.

De tal modo, se estableció la obligación del Estado de fabricar la vacuna y se estableció un plazo para el cumplimiento de esta obligación, como se pidiera en la demanda, tomando en consideración los plazos del cronograma oficial que pasaron a tener el valor de plazos legales.

Los jueces fundaron esta obligación del Estado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos y en el artículo 12 del PDESC, instrumentos incorporados al derecho interno con jerarquía constitucional. La última norma citada expresamente prevé el deber de prevenir y tratar las enfermedades epidémicas y endémicas.

Se sostuvo en el fallo que cuando en un caso determinado no está previsto –por razones de conveniencia económica o interés comercial– que las personas o instituciones privadas atiendan la salud de la población, no cabe sino concluir que incumbe al Estado, en calidad de garante, brindar los recursos necesarios para hacer frente a la enfermedad.

Ante estos antecedentes, el tribunal estimó que la función judicial no se agota en la letra de la ley con olvido de la efectiva y eficaz realización del derecho.

Por último, es importante destacar que en el pronunciamiento se reconoció la legitimación de la actora para reclamar en representación de la totalidad de los habitantes del área afectada por la epidemia, de acuerdo al texto del nuevo artículo 43 de la Constitución Nacional que prevé el denominado amparo colectivo. Por el sólo hecho de ser vecina de la zona afectada por la enfermedad y estar expuesta al riesgo potencial de contraer la dolencia, se entendió que revestía la calidad de “afectada” por la no disposición de la vacuna.

4.2 El valor de precedente

Además de haberse garantizado la fabricación de la vacuna, varias son las cuestiones que convierten a este caso en un valioso precedente.

Por una parte, destacamos la consagración del proceso como espacio para el diálogo entre una ciudadana y diversas dependencias estatales sobre los méritos de las políticas ambientales y sanitarias tendientes a solucionar el problema de esta terrible enfermedad, y el reconocimiento a la demandante de su legitimación para pedir una vacuna para tres millones y medio de habitantes de la zona afectada. Estos son factores que refuerzan el rol del amparo colectivo como vía de participación y control ciudadano de los asuntos públicos.

Por otra parte, la aplicación directa por un tribunal nacional de normas sobre derecho a la salud consagradas por los tratados internacionales contribuyen a enriquecer el aparato legal disponible para la lucha por los derechos humanos.

Asimismo, la imposición de responsabilidad personal a dos ministros por la fabricación de la vacuna en los plazos señalados ayudan a fijar la idea de que las obligaciones que emanan de los derechos sociales tienen carácter jurídico y pueden acarrear responsabilidades también jurídicas, excediendo por lo tanto la mera discrecionalidad política.

La sentencia reafirma además el rol de garante del Estado en relación al derecho a la salud cuando determinadas prestaciones no resultan rentables o convenientes para la actividad privada. De tal modo propicia un balance entre Estado y mercado como única vía para asegurar el respeto de los derechos sociales.

Por último, las definiciones de la sentencia sobre cómo debe ser la actuación judicial ante la falta de acción de las autoridades sanitarias permiten afirmar que en este precedente la justicia no ha dudado en asumir sus funciones como poder independiente frente a los otros poderes del Estado, garantizando la efectividad de los derechos fundamentales conculcados.