

BREVES OBSERVACIONES AL DOCUMENTO *INTERVENCIÓN SANITARIA EN SITUACIONES DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, CALIDAD E INNOVACIÓN*

Miguel Angel Ramiro Avilés

Profesor Titular de Filosofía del Derecho
Coordinador de la Clínica Legal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá

Paulina Ramírez Carvajal

Miembro de la Clínica Legal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá
Estudiante de Doctorado, Universidad Carlos III de Madrid

El presente documento tiene su origen en una solicitud enviada desde CESIDA a la Clínica Legal de la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá, en virtud del convenio de colaboración suscrito entre ambas entidades. El texto ha sido discutido por el coordinador de la clínica y una de las alumnas que colabora en la misma, recogiendo sus opiniones sobre el documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública*, de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, integrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en su versión de febrero de 2014.

1. El documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública* de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación, integrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (accesible en la página web www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/IntervencionSanitariaRiesgoSP.pdf) consta de una introducción y cuatro apartados dedicados al ámbito de aplicación, a las situaciones que suponen un riesgo para la salud pública, a la prestación sanitaria y a la identificación de la persona atendida en situación de riesgo para la salud pública. El objetivo del documento es enmarcar las situaciones que han de ser atendidas por interés de la salud pública.

Entre estas situaciones se ha identificado expresamente al VIH/Sida como una enfermedad infecciosa que requiere de un tratamiento médico prolongado o crónico y que sin tratamiento pueden suponer un riesgo potencial para la salud pública por su capacidad de transmisión y dificultad en su control (apartado 2, punto 3). A diferencia de otras situaciones, en las que se hace alusión a la sospecha de tener una enfermedad infecciosa, en el caso del VIH/Sida parece que se debe tratar de un diagnóstico confirmado. No obstante, entendemos que el VIH/Sida también podría encuadrarse en algunas de las situaciones en que se sospecha que puede haber un riesgo potencial pues se hace referencia a enfermedades infecciosas que se encuentran sujetas a vigilancia epidemiológica, control y/o eliminación a nivel nacional; a grupos poblacionales que estén en riesgo de padecer una enfermedad con potencial epidémico (personas expuestas

a una fuente de infección identificada como de riesgo); y al diagnóstico o padecimiento de un problema de salud que tenga impacto en la salud comunitaria, o bien, la intervención poblacional para su diagnóstico precoz o control.

En esas situaciones en que se sospecha que puede haber un riesgo potencial, se llevará a cabo una prestación sanitaria que incluye acciones preventivas, asistenciales, de seguimiento y de control, dirigidas a preservar y recuperar la salud pública de la población (apartado 3, punto 1). Esta prestación preferiblemente se ofrecerá en atención primaria y se incluirán interconsultas al segundo nivel asistencial (apartado 3, punto 3). Esta prestación se dará hasta el alta médica del proceso en curso que haya supuesto un riesgo para la salud pública (apartado 3, punto 2).

La prestación sanitaria se supedita a lo establecido en la normativa vigente y debe tenerse en cuenta al usuario del servicio y la existencia de convenios especiales (apartado 3, punto 4). En lo referente a la prestación farmacológica incluida en la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud, se indica que la medicación necesaria se suministrará gratuitamente si se demuestra la no disponibilidad de recursos (apartado 3, punto 5).

En el documento se señala la importancia que tiene la identificación del paciente objeto de la prestación sanitaria tanto por motivos de seguridad del propio paciente como por motivos de la calidad de la prestación (apartado 4). Esta identificación se realizará mediante una tarjeta sanitaria individual, cuyo código de identificación podrá ser uno nuevo o podrá recuperarse uno antiguo si en algún momento se ha tenido (apartado 4, punto 2).

2. El documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública* analiza el VIH/Sida como un riesgo para la salud pública pensando en un grupo poblacional muy específico, las personas migrantes en situación irregular en España, que, debido a una reforma del Sistema Nacional de Salud, se ha quedado excluido de la prestaciones sanitarias financiadas con fondos públicos. Eso irremediamente afecta al acceso a la prestación farmacológica por lo que no pueden recibir el tratamiento antirretroviral que estuvieran siguiendo, bien por el precio elevado que tiene o bien porque son medicamentos de dispensación hospitalaria.

Pensamos que el tratamiento del VIH como un problema de salud pública en España no se debería enfocar desde el punto de vista de acceso a los tratamientos antirretrovirales sino desde un punto de vista más global y como una cuestión de derechos humanos. Así, debería actualizarse el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida*, que estuvo vigente entre 2008 y 2012, y cuyo informe de evaluación es de julio de 2013 (www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf). De igual forma, el tratamiento del VIH/Sida debería hacerse como una cuestión de derechos que no se centrara exclusivamente en el modelo médico sino que incorporara el modelo social, de tal manera que pueda enfrentarse uno de los mayores problemas que atenazan a las personas con VIH: el acceso al ejercicio de sus derechos en igualdad de condiciones con el resto de personas.

A pesar de los grandes avances que ha habido en el tratamiento médico del VIH, el cual ha dejado de ser una infección que tenía una tasa de mortalidad muy elevada para

convertirse en una infección que supone la necesidad de seguir un tratamiento farmacológico de forma estricta, la mentalidad social no ha evolucionado de la misma manera ni con la misma rapidez. Los avances se han producido fundamentalmente desde el ámbito del modelo médico ya que el virus fue identificado, su presencia puede ser comprobada mediante pruebas fiables, los medios de transmisión son conocidos y se han desarrollado potentes tratamientos farmacológicos para combatirlo. Se ha dado años de vida a las personas con VIH pero en muchas ocasiones se les siguen negando el acceso al ejercicio y disfrute de sus derechos en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. A esta discriminación se une el problema del estigma que sigue estando asociado al VIH, que hace que la exclusión social sea mucho más aguda y que profundice la invisibilidad a la que están sometidas. Como puede comprobarse por la reforma introducida en el Sistema Nacional de Salud, las personas migrantes que residan en España de forma irregular han sido excluidas porque se ha instalado un sistema que expulsa a quien no contribuye económicamente a su mantenimiento. La visión economicista se ha impuesto a la mirada propia de los derechos humanos.

El reto que debe afrontarse es, pues, el de implantar un modelo que analice el VIH desde una óptica centrada en los derechos de las personas con VIH, que hará que éstas no sean vistas sólo como objetos de políticas asistenciales (o, incluso peor, como un problema de salud pública) sino también y fundamentalmente como titulares de derechos. Ese modelo centrado en los derechos humanos enfatiza la importancia que tienen la dignidad, la autonomía personal y la igualdad para las personas con VIH, e igualmente enfatiza la necesidad de observar la problemática sobre el VIH no desde una perspectiva individual sino fundamentalmente social pues es la sociedad la que discrimina, excluye y estigmatiza.

3. La realidad económica por la que atraviesa el país fue la excusa perfecta para que se recortara en derechos sociales (http://elpais.com/tag/recortes_sociales/a/), siendo uno de los más afectados el de la protección a la salud. Así, en aras de la sostenibilidad del sistema público de salud, se excluyó como titulares del derecho a protección de la salud a aquellas personas que precisamente ahora se quiere volver a incluirlas *por la puerta de atrás* (www.elmundo.es/elmundosalud/2013/05/31/hepatitissida/1369994349.html). Ha sido, pues, una reforma legal la que ha creado el problema de salud pública que ahora pretende resolverse desde la salud pública, cuando en realidad debería resolverse el problema mediante la derogación de la misma. En concreto, nos referimos al Real Decreto Ley 16/2012 (posteriormente se incorporó el RD 1192/2012) que con la incorporación de las categorías de ‘asegurado’ y de ‘beneficiario’ en nuestro sistema jurídico, excluía de la prestación sanitaria al colectivo de personas migrantes que están en situación administrativa irregular en España (los denominados como *inmigrantes ilegales* o *sin papeles*) (http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/04-03-13)

En el caso que nos ocupa, ha sido el Parlamento y el Gobierno el que ha creado el problema de salud pública al excluir de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a aquellas personas con VIH que no tuvieran la condición de asegurado o de beneficiario del Sistema Nacional de Salud (www.publico.es/espana/442206/retirar-la-tarjeta-sanitaria-a-inmigrantes-aumentara-los-casos-de-vih-entre-un-10-y-un-20-anual). Esto afecta especialmente a los extranjeros que, sin ser nacionales de un país de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza, carecen de autorización administrativa para residir en España. En ese caso, su asistencia sanitaria se limita a

casos de urgencia por enfermedad grave o accidente, de asistencia al embarazo, parto y postparto, salvo en el caso de los extranjeros menores de dieciocho años, los cuales recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.

Los problemas que tienen las personas migrantes con VIH derivan de la falta de sensibilidad y solidaridad de la sociedad. Se consideran que son consumidores natos de recursos y, como no tienen reconocido el derecho básico de la ciudadanía: el derecho al sufragio, son un blanco ideal de políticas populistas que les niegan los derechos básicos (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/10/21/vidayartes/1350842911_707613.html).

Esto implica que si se quiere solucionar esos problemas, el Estado tiene que abstenerse de crear más problemas y tiene la obligación de hacer frente a los obstáculos y a las barreras que han sido creados socialmente a fin de garantizar el pleno respeto de la dignidad y la igualdad de derechos de todas las personas (www.europapress.es/epsocial/politica-social/noticia-inmigrantes-irregulares-vih-siguen-sufriendo-trabas-acceder-tratamiento-algunas-ccaa-20140204151614.html). La provisión de tratamiento y cuidado médicos a las personas con VIH (o al menos a aquellas que tengan la suerte de tener acceso al tratamiento farmacológico) es un éxito relativo si se tiene en cuenta que hoy en día éstas se encuentran con una barrera social formada con una serie de actitudes negativas, basadas en prejuicios, miedos e ignorancia. Este éxito relativo llega a desaparecer en el caso de las personas migrantes con VIH que no tiene autorización administrativa para residir en España pues en su caso debe volver a plantearse la discusión sobre la accesibilidad a los medicamentos esenciales para combatir el VIH como un componente del derecho a la salud. Tanto en un caso como en otro se forman los primeros eslabones de lo que se ha denominado las *cadena de la inaccesibilidad*.

4. Curiosamente, revisando las últimas publicaciones sobre VIH como un problema de salud pública, el enfoque centrado en el acceso a los tratamientos antirretrovirales se plantea en los países de ingresos medios y bajos. En España, hasta la entrada en vigor del Real Decreto Ley 16/2012 (y posteriormente del RD 1192/2012), la necesidad de contar con un sistema de información de base poblacional de calidad para controlar la epidemia en España era uno de los principales problemas de salud pública, una vez que estaba resuelto el acceso al tratamiento a todas las personas que lo necesitaran y que la transmisión vertical se ha reducido drásticamente. Se buscaba la mejora de la monitorización de la situación epidemiológica del VIH en España ya que se daba por descontado que todas las personas que lo necesitaran, fueran españoles o extranjeros, e independientemente de la situación administrativa por la que se encontraran en España, iban a ser atendidos en los servicios de salud e iban a tener acceso a los tratamientos antirretrovirales.

El problema de acceso a los tratamientos antirretrovirales tampoco era una de las principales discusiones del capítulo dedicado a las personas migrantes en el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida*, vigente entre 2008 y 2012 (www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planesEstrat/home.htm). Sí se mostraba preocupación por el retraso en el acceso al tratamiento debido a un diagnóstico tardío, pero se reconocía que el acceso estaba garantizado a todas las personas que los necesitaban.

Las personas migrantes eran uno de los subgrupos poblacionales que, según el Plan Multisectorial, requerían intervenciones específicas de prevención que tuvieran en cuenta la diversidad cultural y la situación socioeconómica de esta población pues «la salud y la enfermedad no se distribuyen equitativamente, y la infección por VIH tiene un impacto negativo desproporcionado en los grupos de población más desfavorecidos socialmente (...) la mayor vulnerabilidad ante estas infecciones se debe sobre todo a la situación de precariedad socioeconómica y afectiva que encuentra el inmigrante en el país receptor, más que al hecho de que provengan generalmente de áreas con mayor incidencia de esas enfermedades. A ello habría que añadir las eventuales dificultades en el acceso y en la atención sanitaria al inmigrante (...) La emigración de hombres o mujeres sin sus parejas, jóvenes y sin una red de iguales, la desestructuración familiar, las relaciones de poder entre hombres y mujeres o el temor de éstas a ser juzgadas por los comportamientos sexuales, sobre todo si tienen a sus parejas en los países de origen, son factores de riesgo de adquisición del VIH.».

Si se analizan los datos de vigilancia epidemiológica del VIH/Sida en España (www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm), publicados en junio de 2013, se observa que de los 3210 nuevos diagnósticos de VIH en 2012, el 35% (1123 casos) era de personas originarias de otros países; de los 1021 casos de Sida en 2012, el 31% (316 casos) era de personas cuyo país de origen no es España. Desconocemos cuántas de estas personas están en situación regular y cuántas en situación irregular pues en los datos de la vigilancia epidemiológica no es una cuestión que se tiene en cuenta (sólo aparece reflejada la zona geográfica de origen), aunque se estima que en total son alrededor de 5000 personas, ya sean de casos nuevos o de casos ya diagnosticados (www.corresponsalesclave.org/2014/01/espana-dejaria-amiles-de-pvvs-sin-atencion.html).

5. Desde que en 1996 se presentase la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas al VIH/Sida se han reducido considerablemente y se ha dado una mayor esperanza de vida a las personas con VIH al pasar de la falta absoluta de esperanza a una situación médica en la que la enfermedad es manejable. El extraordinario esfuerzo investigador dedicado al Sida durante las dos primeras décadas de la epidemia y la rapidez con la que se han logrado avances sobrepasan con creces los esfuerzos y los avances que se han logrado en cualquier otra enfermedad infecciosa a lo largo de la historia. Pues bien, el Real Decreto Ley 16/2012 (y posteriormente el RD 1192/2012) ha privado a los inmigrantes irregulares del acceso a este avance contra el VIH, el tratamiento antirretroviral, y ahora se quiere remediar incluyéndoles en una norma que tiene por objeto regular la intervención sanitaria en situaciones de riesgo para la salud pública.

Quizás el fin del documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública* sea loable, pues no podemos olvidar que con esta norma se pretende permitir el acceso al tratamiento contra el VIH, pero el medio elegido deja bastante que desear pues sería posible obtener el mismo resultado con una medida mucho menos restrictiva de los derechos humanos. Se podría alcanzar el mismo resultado con una medida, en definitiva, que generalice el disfrute del derecho a la protección de la salud.

Esta generalización ha permitido que históricamente un mayor número de personas haya tenido acceso en igualdad de condiciones a la titularidad de los derechos. De esta

manera se desarrolla el principio de igualdad, que implica que todas las personas tienen derecho a disfrutar de los mismos derechos en idénticas condiciones. Esto se consigue mediante normas jurídicas que van dirigidas a todas las personas, sin tener en cuenta sus características individuales, de tal forma que los bienes, servicios y derechos deben ser accesibles a todas ellas. Si se diera el caso de que algún bien, servicio o derecho no pudiera disfrutarse por alguna persona en las condiciones normales, pues puede ocurrir que el bien, servicio o derecho no pueda articularse de forma tan perfecta que cubra las necesidades de todas las personas, se debe garantizar su accesibilidad mediante los ajustes, modificaciones o adaptaciones que sean necesarios y razonables. Aquí es donde entra en juego la especificación de los derechos pues los ajustes razonables especifican los sujetos que pueden disfrutar de ellos, desarrollándose de esa manera también como una herramienta imprescindible para garantizar la igualdad de oportunidades. Los ajustes razonables tomarían en consideración una serie de atributos a los que se dota de relevancia normativa para justificar un trato diferenciado para aquellas personas que son diferentes. Si no se procediese a la adaptación, pudiéndose hacer, entonces se estaría discriminando a las personas pues se les estaría dando un trato diferenciado que no estaría justificado.

La mejor manera de lograr la generalización del derecho a la protección de la salud y de acabar con el riesgo para la salud pública sería la derogación de la reforma legal con la que se privó a las personas migrantes en situación irregular de la asistencia sanitaria. Esto con independencia de su estado serológico respecto al VIH pues no olvidemos que este colectivo, que está en una situación de vulnerabilidad, sigue estando privado del disfrute del artículo 43 de la Constitución que recoge el derecho a la protección de la salud.

Como ya se ha señalado, las personas migrantes merecen una atención especial y ello conlleva que la solución efectiva a la epidemia de VIH pase por una reforma social. Es necesario mejorar las condiciones de vida de todas las poblaciones, teniendo en cuenta las desigualdades existentes a nivel económico, de género, social y legal que están entre las causas que hacen que la epidemia se concentre en grupos vulnerables. Esto mismo se decía en las conclusiones finales del seminario *Vulnerabilidad y VIH en Europa* organizado en España en 2010 por la Secretaría del Plana Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. No parece que la reforma legal introducida en 2012 haya contribuido a esa mejora, a alcanzar esos objetivos, más bien todo lo contrario.

6. Respecto al contenido del documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública*, creemos que hay una serie de cuestiones que deberían aclararse:

6.1. Uno de los fundamentos del documento, además del artículo 43 de la Constitución Española de 1978, es el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Esta norma no se limita a un tipo de enfermedad o a una modalidad de transmisión sino que abarca toda dolencia que pueda entrañar un daño importante para el ser humano. La transmisión del VIH encajaría a la perfección pues se trata de una dolencia que puede causar ese daño importante. El problema con esa fundamentación es que está pensada para aquellas personas que transitan por aeropuertos, puertos y puestos fronterizos terrestres. Como se reconoce en el propio Reglamento, lo cual se transcribe en la página del Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, «la finalidad y el alcance del nuevo RSI son prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales». El RSI mantiene como principio básico conseguir la máxima seguridad con las mínimas trabas para el tráfico internacional de personas y mercancías. Al respecto cabe preguntarse por las medidas va a adoptar la Administración para controlar el VIH en esos lugares: ¿va a preguntarse por el estado serológico respecto al VIH de las personas que quieran entrar en España?; ¿qué otras medidas relacionadas con el VIH/Sida se han adoptado o se van a adoptar para cumplir con las obligaciones que impone el RSI?

6.2. En los artículos 2 y 3 de la Ley 3/1986, otro de los fundamentos del documento, se contempla la facultad de las autoridades sanitarias de «adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad». Y en el caso de las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria «podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible». ¿De qué manera se concretan estas facultades en el caso de personas con VIH que no tienen su estancia en España regularizada administrativamente? En concreto, ¿de qué manera se va a aplicar estas facultades en los Centros Temporales de Inmigrantes y en los Centros de Internamiento de Extranjeros?; ¿cómo se va a garantizar en esos establecimientos el derecho a la protección de la salud de las personas en relación con el VIH?; ¿va a imponerse la realización de pruebas diagnósticas sobre el VIH sin consentimiento de las personas porque así lo permite la Ley 41/2002 al existir un riesgo potencial para la salud pública?

6.3. La definición de ‘riesgo potencial para la salud pública’ incluida en el documento *Intervención Sanitaria en Situaciones de Riesgo para la Salud Pública* es demasiado amplio, concediendo a las autoridades sanitarias una capacidad de intervención excesiva.

6.4. ¿Qué se entiende por “alta médica del proceso en curso que haya supuesto un riesgo para la salud pública”? Parece que las personas con VIH que no tengan la condición de asegurado o beneficiario de la prestación sanitaria sólo podrán acudir a recibir tratamiento cuando su estado de salud suponga un riesgo para la salud pública. ¿Significa eso que aquellas personas con VIH, que no teniendo reconocida ninguna de esas dos condiciones, sólo podrán tener acceso al tratamiento cuando se encuentren sintomáticas. ¿Cuándo se puede entender que una persona con VIH tiene el alta médica? Las personas con VIH que reciben tratamiento antirretroviral y tienen buena adherencia al mismo pueden desarrollar perfectamente un trabajo al estar asintomáticos por lo que, de acuerdo a lo contemplado en la legislación sobre seguridad social, no pueden estar de baja sino de alta. Si este trabajo es irregular, es decir, no se cotiza a la Seguridad Social, no se tiene constancia de sus existencia, ni de los fondos que genera, ¿cómo se va a plantear dicha alta médica?

6.5. En el punto 3.5. se señala que el tratamiento de estas enfermedades sólo se dispensará si se demuestra “la no disponibilidad de recursos”. Aquí de nuevo aparece la limitación del acceso a esta prestación sanitaria pues el tratamiento se condiciona a la situación económica del sujeto. ¿De qué cuantía económica se trataría?; ¿qué se entiende por ‘disponibilidad de recursos?; ¿se va a aplicar el criterio económico de 100.000 (cien mil) euros dispuesto en el RD 1192/2012? De igual forma, sólo se habla de gratuidad de la medicación pero nada se dice de las pruebas diagnósticas, de las pruebas terapéuticas, de posible intervenciones quirúrgicas, del traslado en ambulancia, en definitiva, de las demás prestaciones que integran la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. ¿Será también gratuitas?

6.6. En el texto en ningún momento se hace referencia a las cuestiones de protección de datos de carácter personal ni a las cuestiones relacionadas con la historia clínica. Se trata de datos relativos a la salud que en nuestro sistema jurídico son especialmente sensibles. Se deberían tener en consideración los requisitos marcados en la Ley Orgánica 15/1999, en su Reglamento de desarrollo (el RD 1270/2007), en la Ley 41/2002, y la normativa autonómica aplicable en cada caso.

6.7. Debe aclararse qué significa que la realización de la prestación sanitaria tendrá en cuenta al usuario del servicio (apartado 3, punto 4). ¿Se hace referencia a la necesidad de contar con el consentimiento informado de la persona sobre la que se va a aplicar la intervención? Entendemos que esto se refiere, en parte, a que debe respetarse lo establecido en la Ley 41/2002 sobre la información y la obtención del consentimiento antes de iniciar cualquier intervención sanitaria pero se precisa una explicación por parte de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación pues la misma norma autoriza que en casos de riesgo para la salud pública se pueda prescindir del consentimiento, e incluso cabría en nuestro sistema la posibilidad de imponer tratamientos usando como justificación la salud pública.