

Determinantes legales de la salud:

Propuesta metodológica
para un análisis constitucional
comparado



Implementado por
giz Deutsche Gesellschaft
für Internationale
Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

Publicado por:
Deutsche Gesellschaft für
Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
Domicilios de la Sociedad Bonn y Eschborn, Alemania
T +49 61 96 79-0 F +49 61 96 79-11 15 E info@giz.de | www.giz.de/en

Agencia GIZ Costa Rica
Calle Apartado 8-4190 1000
San José, Costa Rica
T (506) 2520 1535
E dirajus@giz.de
| Programa DIRAJus (Cooperación Alemana para el desarrollo, GIZ) 2025

Autora: María Natalia Echegoyemberry
Directora Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática
<https://justiciasanitaria.org/>

Revisión: Dra. Helen Ahrens
Directora del Programa, DIRAJus IV de GIZ
<https://dirajus.org/es>

Colaboración: Vanina Piccardo, Lucia Atlassia, Candelaria Churin, Javier Garrido

Diseño/Diagramación:
Clara Ezcurrea, María Olascoaga

Fotografías/Fuentes:
Montserrat, Barlow

Por encargo de:
Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania (BMZ),
denominación de la división competente
Población
Costa Rica, 2025

Por encargo de



Ministerio Federal de
Cooperación Económica
y Desarrollo

Determinantes legales de la salud:

Propuesta metodológica
para el análisis comparado
del derecho a la salud

María Natalia Echevoyemberry

ÍNDICE

1 INTRODUCCIÓN	6
2. MATRIZ OPERATIVA DEL DERECHO A LA SALUD	10
2.1. ¿Por qué es importante contar con una matriz operativa para comprender el derecho a la salud?	14
2.2. Matriz Operativa del derecho a la salud a partir de tener en cuenta distintos determinantes	15
3. DETERMINANTES LEGALES DE LA SALUD	18
3.1. Conceptualización	18
3.2. Categorías analíticas. Determinantes Legales de la salud	19
4. DETERMINANTE ECONÓMICOS DE LA SALUD	25
4.1. Conceptualización	25
4.2. Categorías Analíticas Determinantes Económicos	26
5. DETERMINANTES POLÍTICOS DE LA SALUD	31
5.1. Categorías analíticas. Determinantes políticos de la Salud	32
6. MODELOS IDEOLÓGICOS Y SIMBÓLICOS DE LA SALUD	34
7. A MODO DE CONCLUSIÓN	38
8. APÉNDICE METODOLÓGICO	41



INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

Durante el 2020 se creó el **“Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina”** (DIRAJus III) (Foro Permanente) el cual se generó para analizar lo que sucedía en materia de acceso a la justicia y el derecho a la salud en el contexto de crisis sanitaria.

En el marco del Foro Permanente, el **Grupo de Trabajo sobre Derecho a la Salud** se propuso generar aprendizajes sobre el núcleo intangible de derechos que los Estados deben asegurar en contextos de emergencias y constantes crisis económicas, políticas y sanitarias.

Como resultado de distintos encuentros se elaboró en el año 2022 un **Documento de trabajo sobre el Derecho a la salud**¹ que sintetizó los debates, reflexiones, puntos de convergencia y perspectivas sobre el derecho a la salud y la gobernanza sanitaria global.

Con el fin de darle continuidad a los debates surgidos en el **“Foro Permanente” durante el 2024 en el marco del Programa DIRAJus IV**, se realizaron encuentros con personas expertas de distintos países de Latinoamérica. A partir de estas discusiones, se elaboraron **tres documentos** clave:

1. “GIZ (2025) Lineamientos para una comprensión regional del Derecho a la Salud: Propuesta metodológica para un análisis constitucional comparado.

En este documento se realiza un relevamiento normativo del derecho a la salud en **19 países de Latinoamérica** desde una perspectiva constitucional comparada y se efectúa una propuesta conceptual y metodológica del derecho a la salud a partir de 12 ejes de indagación. Así, se analizan las diversas formas en que los Estados priorizan y se proponen garantizar este derecho fundamental. Esta revisión normativa permite además identificar distintos enfoques y estrategias en la protección del derecho a la salud y señala el camino de nuevos desafíos normativos.

2. GIZ (2025) “El derecho a la salud en Latinoamérica desde la perspectiva de actores sociales”.

¹ Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19. Derecho a la salud. Disponible en: <https://biblioteca.cejamericas.org/handle/2015/5702>.

Este documento tiene por objetivo contribuir a generar una reflexión profunda y contextualizada en la región sobre el derecho a la salud, identificando los puntos de convergencia y divergencia en la comprensión del derecho a la salud desde la perspectiva de actores sociales.

3. GIZ (2025). Determinantes legales de la salud: Propuesta metodológica para el análisis del derecho a la salud.

Este documento se propone generar un aporte metodológico a partir de tener en cuenta los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud, con especial énfasis en la determinación legal de los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados.

Este documento se organiza en siete secciones principales, abordando el derecho a la salud desde una perspectiva integral. Se analizan sus múltiples determinantes y se presentan herramientas para su evaluación y comparación.

En la **Introducción**, se expone el enfoque del documento, resaltando la importancia del derecho a la salud y la necesidad de un abordaje multidimensional para su comprensión y fortalecimiento.

La **segunda sección** introduce una **Matriz Operativa del Derecho a la Salud**, destacando la relevancia de contar con un modelo analítico que permita una visión estructurada e integral de este derecho.

En la **tercera sección**, se examinan los **Determinantes Legales de la Salud**, identificando los principales factores jurídicos que inciden en su efectividad.

En la **cuarta y quinta sección** se presentan las categorías analíticas para el estudio de los **Determinantes Económicos de la Salud** y de los **Determinantes Políticos de la Salud**, respectivamente.

La **sexta sección** aborda los **Determinantes Ideológicos y Simbólicos de la Salud**, examinando cómo los valores, narrativas y representaciones sociales influyen en el ejercicio del derecho a la salud.

En la **séptima sección**, se ofrecen reflexiones finales sobre la propuesta metodológica, enfatizando la importancia de un enfoque integral y la necesidad de continuar avanzando en la protección efectiva del derecho a la salud.

Por último, en el **apéndice metodológico** se presentan los distintos prototipos elaborados en torno a la propuesta metodológica, proporcionando un marco para futuras aplicaciones y estudios y como se fueron incorporando otras dimensiones a partir de las distintas retroalimentaciones recibidas por expertas/os. Además, se

presenta una herramienta metodológica para evaluar cómo los marcos constitucionales de distintos países incorporan y garantizan este derecho.

Finalmente, se espera que las propuestas instrumentales-operativas elaboradas en el marco del proyecto, permitan comprender y hacer comparable el derecho a la salud en los distintos países de la región, generando un entendimiento en común y pueden ser un insumo para la producción de evidencia y la toma de decisiones en materia de acceso a la justicia sanitaria.



**MATRIZ OPERATIVA DEL
DERECHO A LA SALUD**

2. MATRIZ OPERATIVA DEL DERECHO A LA SALUD

El interés de este estudio radica en generar un aporte metodológico, pero también conceptual para poder definir el contenido normativo mínimo del derecho a la salud teniendo en cuenta los distintos determinantes que afectan, limitando o restringiendo, el alcance del derecho a la salud y de los DESCAs.

Por este motivo, se sostiene que el derecho a la salud no puede ser analizado solamente por cómo se encuentra regulado en la carta magna, tiene que ser comprendido dentro del sistema jurídico como un todo. Es necesario comprender el texto y el contexto en el que se inserta y para ello, resulta fundamental analizar los determinantes políticos, económicos y legales de la salud. A la vez, que las precondiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud.

Así, el derecho a la salud no puede entenderse por una o varias leyes de manera aislada, sino que debe ser interpretado de manera sistémica; es más que las “leyes de salud”. Este derecho está en la intersección con distintos campos disciplinares que es necesario integrar para lograr un abordaje desde la complejidad y que no debería obviarse si se emprenden reformas legislativas o constitucionales.

Es decir, los determinantes legales y judiciales de la salud, incluyen definiciones políticas-jurídicas-ideológicas que asumen los Estados sobre:

1. **RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD y de los DESCAs:** (nacional, subnacional y supranacional); Tratados internacionales (PIDESC, OG, OC, OIT 169, Convención de Viena sobre los tratados); Principios y estándares de derechos humanos; Reconocimiento de la jurisdicción de la Corte IDH (bloque constitucional y convencional); Códigos sustanciales y procesales y la organización del sistema de justicia y del sistema administrativo; del reconocimiento del pluralismo jurídico y sanitario.
2. **Normativa que implica CAMBIOS DE PARADIGMAS en relación a los modelos biomédicos hegemónicos:** Salud ancestral, interculturalidad, buen vivir, soberanía alimentaria, derechos de las y los pacientes, muerte digna, Modelo social de discapacidad, Salud Mental (desmanicomialización, externación), salud sexual reproductiva y no reproductiva, producción pública de medicamentos (esenciales, genéricos y biosimilares); cambio climático.

3. **Leyes que CONFIGURAN EL SISTEMA DE SALUD:** normativa sobre el sistema de salud (Modelo de Atención, Modelo de Gestión y Modelo de Financiamiento del sistema); la Rectoría y Gobernanza (Nacional y Subnacional) y los mecanismos de articulación de la política sanitaria; Regionalización y Redes de salud; Organización Sistemas de Referencia y Contrarreferencia en niveles de atención, cobertura.
4. **Normativa SECTORIAL:** Organismos de control y auditorías (interno y externos), Agencias de regulación de tecnologías; normas de calidad, seguridad y certificación hospitalaria; infraestructura organizacional, recursos críticos en salud; regulación profesional (certificaciones, acreditaciones, ética); reconocimiento de medicamentos esenciales; Determinantes de la fuerza de trabajo y reconocimiento de trabajo decente, Entornos laborales Saludables, Gestión de la fuerza de trabajo, migración laboral.
5. **Normativa que abordan PROBLEMÁTICAS ESPECÍFICAS DE SALUD** e implican acciones afirmativas de derechos y medidas adicionales para sujetos de especial protección.
6. **Normativa de salud EXTRASECTORIAL:** proveniente de otros sectores del gobierno y de otros poderes del estado como leyes de Presupuesto y políticas fiscales, normas para las compras y contrataciones del estado, procedimientos administrativos, normativa de migraciones (desplazamientos forzados, refugiados pandémicos, ambientales), educación, ciencia y tecnología (producción del conocimiento científico), trabajo, seguridad social, justicia (Mecanismos de acceso), transparencia, regulación de nuevas tecnologías,, reconocimiento de justicia ambiental y climática, justicia de género y diversidad y normativa que regula organismos (como las de seguridad social, migraciones, trabajo, educación, etc.), ciencia y tecnología, industria, y regulación de precios de tecnologías sanitarias e insumos críticos.

Por ello, se enfatiza en la necesidad de tener en cuenta para el análisis e interpretación de lo que es el derecho a la salud, tanto el contexto histórico, político y económico en el que emergen las leyes, como así también, indagar la ideología (determinantes ideológicos de la salud) que está detrás de los modelos que se proponen o implementan. Así la idea de salud impacta en la configuración de los sistemas jurídico y sanitario; en las prioridades y recursos que se establecen; en las políticas públicas que se implementan; en las formas de abordar las problemáticas;

en la definición de los sectores convocados a dar respuesta; en el tipo de respuesta; en los dispositivos comunitarios que se crean, reconocen o legitiman.²

Dado el amplio desarrollo teórico y empírico sobre los Determinantes Sociales de la Salud en el Modelo de OPS (2009)³ y la Determinación Social de la salud⁴ en el Modelo de Salud Colectiva, Medicina Social Latinoamericana o Epidemiología Crítica, no se analizan en este documento.

A continuación se presenta un esquema simplificado para visualizar los distintos determinantes que impactan en el derecho a la salud (Figura 1).

Figura 1. Matriz para comprender el derecho a la salud a partir de los determinantes legales, económicos, políticos e ideológicos. Año 2025



Propuesta elaborada por MN Echegoyemberry (2022) Matriz para definir contenido normativo del derecho a la salud. **Revisión 22/02/2025 GIZ**

Elaboración propia

² Echegoyemberry, M. N. (2021). El Derecho a la salud en el campo jurídico y sanitario. Hacia la construcción de la justicia sanitaria. *Debate Público*, 11(21), 12. Disponible: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/debatepublico/article/view/8415>

³ N de A: Para profundizar, véase: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.

Disponible:<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

⁴ N de A: Para profundizar, véase: Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(Supl 1): S13-S27.

Disponible:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002

Esta propuesta se complementa con otra matriz elaborada en el marco de este proyecto que permite comparar las distintas formas en la que los países regulan en sus constituciones el derecho a la salud a partir de considerar 12 dimensiones (Véase: .Primer prototipo: Instrumento de evaluación de las dimensiones del derecho a la salud en las constituciones políticas elaborado por MN Echegegoyemberry).

2.1.¿Por qué es importante contar con una matriz operativa para comprender el derecho a la salud?

Contar con una matriz operativa para analizar el derecho a la salud es fundamental porque permite integrar de manera sistemática todas las dimensiones, subdimensiones y dominios que influyen —de forma positiva o negativa— en su realización efectiva. Esta herramienta resulta clave para identificar y comprender la complejidad de los factores que impactan en el derecho a la salud.

En particular, una matriz operativa del derecho a la salud permite cubrir un vacío instrumental y teórico en relación a cómo pensar reformas legislativas y constitucionales que garanticen la realización del derecho a la salud, analizando de manera conjunta con otros derechos que suelen ser regulados de manera autónoma, pero que tienen impacto en el alcance y extensión del derecho a la salud. De ahí de analizarlos de manera conjunta y simultánea con el derecho a la salud pensando la arquitectura jurídica en la que se insertan los DESCAs.

En el estudio realizado en el marco de este proyecto, que compara 19 constituciones políticas de distintos países de Latinoamérica, se observó que coexisten en estos textos normativos instituciones, derechos y mecanismos de regulación que responden a diversas tradiciones jurídicas e ideologías políticas. Sin embargo, estas diferencias no siempre logran armonizarse dentro de los propios marcos constitucionales, generando tensiones y contradicciones que suelen resolverse en el ámbito jurisdiccional -nacional o internacional-.

Este fenómeno es denominado por algunos autores como “trasplantes o injertos constitucionales”, señalando que éstos se han incorporados muchas veces en constituciones hostiles a los derechos sociales⁵.

Por ello, resulta relevante contar con un instrumento que permita operacionalizar el derecho a la salud que incluya las distintas formas de determinación de la salud. Así, la falta o insuficiencia de regulación en áreas clave —como el acceso a la información, la participación ciudadana, los mecanismos de acceso a la justicia, la definición de las

⁵N de A: Este fenómeno ha sido descrito como “injertos jurídicos”, en referencia a la incorporación, mediante reformas constitucionales, de figuras o instituciones ajenas al cuerpo normativo original, por ejemplo se incluyen derechos sociales en constituciones hostiles a éstos. Para profundizar véase Gargarella, R. (2014). El nuevo constitucionalismo latinoamericano: promesas e interrogantes. Revista de Estudios Políticos, Universidad de Palermo: 165, 167-196. Disponible: <https://doi.org>

obligaciones del Estado, las patentes medicinales, o la interculturalidad y el pluralismo jurídico en el ámbito sanitario— puede restringir de manera significativa el ejercicio efectivo de este derecho.

A continuación, se presenta la propuesta de una matriz operativa del derecho a la salud, diseñada para analizar de manera integral el andamiaje jurídico-institucional. Esta matriz incorpora no solo aspectos normativos, sino también determinantes ideológicos, políticos, económicos, legales y judiciales, así como los factores estructurales que inciden en la garantía y protección del derecho a la salud que puede aplicarse a diferentes contextos.

2.2. Matriz Operativa del derecho a la salud a partir de tener en cuenta distintos determinantes

En los cuatro encuentros realizados en el marco del **“Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y derecho a la salud”** del Programa DIRAJus IV, durante el 2024, se realizaron 4 encuentros virtuales con expertas y expertos de la región⁶ en la que se presentó una matriz para analizar el derecho a la salud a partir de considerar los Determinantes Legales de la Salud (DLS) y Judiciales de la Salud (DJS), los Determinantes Económicos (DES), los Determinantes Políticos (DPS) que inciden en el procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados (PSEAC).

Se parte de la premisa que estos aspectos son necesarios analizar para comprender de manera integral la arquitectura jurídica en la cuál se inserta el derecho a la salud y

⁶**Agradecimientos y reconocimientos:** Desde el equipo de coordinación del Foro Permanente, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que, de manera generosa y desinteresada, formaron parte de este valioso proceso de debate. A las y los expertos que participaron, les brindamos nuestro reconocimiento por su compromiso con el acceso a la justicia y el derecho a la salud en América Latina.

Este proceso se enriqueció con la participación de especialistas de América Latina y el Caribe, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias contribuyendo a construir un espacio de reflexión colectiva y aprendizaje compartido. A continuación se mencionan::

Walter Alejandro Cruzatti Ojanama, Alexander Schubert, Arcaido Cedeno, Atahualpa Blanchet, Camila Gianella Malca, Claudia Brolese, Claudia Madies, Dayton Farfán Pinoargote, Diana Silva, Eduardo Quiroga, Francisco Verbic, Gabriel Medrano, Leonardo Mattos Vidal, Luciano Bottini Filho, María Marta Cozzarin, Mariela Ortiz Urquieta Matheus Falcao, Gonzalo Moyano, Catherine Pineda Eris, Noemí Alemany, Pablo Damián Colmegna, Paula Goes, Paula Rojo, Rocío Quintero, Romina Duarte, Santiago Pereyra Campos, Susana Saavedra, Vanina Picardo, Verónica Fuente Kleiner, Viviana Camacho, Karen Vargas López, Walter Flores y Paula Montero Danese, Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA). Desde el **Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática,** brindaron asistencia en el proceso: **Javier Garrido, Candelaria Churin, Amadeo Garrido y Lucía Allassia, Vanina Picardo.** Los comentarios y reflexiones de los participantes son a título personal y no representan necesariamente la opinión o posición oficial del Programa DIRAJus de la GIZ. La dirección del Programa DIRAJus IV de la GIZ se encuentra a cargo de la **Dra. Helen Ahrens,** mientras que la coordinación general del Foro Permanente sobre “Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud” fue realizada por **María Natalia Echegoyemberry.**

nos brinda la posibilidad de pensar cambios para garantizar el goce efectivo de este derecho.

De esta manera, la matriz instrumental-operativa permite comprender y hacer comparable el derecho a la salud en los distintos países de la región y generar un entendimiento que estamos comparando aspectos, dimensión y dominios similares en relación a los derechos..

En cada encuentro del Foro Permanente la Coordinadora presentó el prototipo que elaboró y discutió previamente en distintos espacios académicos y sociales. A su vez, recibió retroalimentación por partes de personas expertas, miembros de organizaciones de la sociedad civil y movimiento sociales que aportaron subdimensiones a la propuesta original y se fueron consensuando de manera consecutiva, en las distintas instancias, los ítems que componen la matriz, el contenido y la estructura.

3

DETERMINANTES LEGALES
DE LA SALUD

3. DETERMINANTES LEGALES DE LA SALUD

3.1. Conceptualización

Los Determinantes legales de la salud (DLS) son aquellos elementos jurídicos-normativos, ideológicos, políticos de la superestructura que impactan y condicionan el proceso de salud/enfermedad/atención/cuidado (PSEAC) de los grupos, colectivos y comunidades y que en relación con la estructura o base material -modos y relaciones de producción- determinan tanto los procesos como los resultados en salud. Los determinantes legales de la salud impactan, de manera positiva o negativa, en el goce de los derechos consagrados y a su vez tienen capacidad performativa de nuevos derechos y ciudadanías (Echegoyemberry, 2022).

Los determinantes no operan sólo a nivel individual, sino también en la dimensión colectiva del derecho a la salud, pues condicionan incluso el propio accionar de los Estados para garantizar el derecho a la salud de su población.

A su vez, gran parte de los DLS, no provienen sólo del campo jurídico sanitario, sino también de la regulación internacional económica y administrativa, que define por mecanismos directos o indirectos, la conformación de los modelos de atención, modelos de gestión y modelos de financiamiento en salud en sus componentes: políticos, técnicos y económicos.

A pesar de la relevancia que tienen los DLS para la efectividad del derecho a la salud y para la determinación de una política sanitaria soberana -nacional o regional- por parte de los Estados, éstos suelen ser invisibilizados o poco analizados en la literatura jurídica y sanitaria Latinoamericana.

En efecto en las últimas décadas encontramos distintos estudios en el campo de la medicina social que ponen el énfasis en la discusión sobre los determinantes sociales versus determinación social de los procesos de salud enfermedad; cobertura universal de salud versus sistemas de salud universales; y más recientemente, la discusión en torno a “una salud” versus “el buen vivir”. Si bien reconocemos la importancia y el desarrollo de estas contribuciones teóricas, es importante señalar el escaso desarrollo teórico en torno a los determinantes legales de la salud que ha tenido en Latinoamérica.

3.2. Categorías analíticas. Determinantes Legales de la salud

A continuación, se desarrolla la categoría de **Determinantes Legales de la salud (DLS)**, de manera desagregada en dimensiones⁷ e indicadores, a saber:

1. Bloque constitucional;
2. Bloque convencional;
3. Paradigmas del sistema jurídico y sanitario;
4. Normativa que configura el sistema de salud
5. Normativa sectorial
6. Normativa que implica cambios de paradigmas;
7. Normativa extrasectorial;
8. Normativa que aborda problemáticas específicas de salud.

Figura 2. Prototipo 4. Determinantes legales de la salud. Propuesta desagregada, dimensiones e indicadores

DETERMINANTES LEGALES DE LA SALUD	
Dimensión	Subdimensión e indicadores
1. Bloque constitucional (*)	<p>1.1. Reconocimiento del derecho a la salud en la Constitución Nacional (CN):</p> <ul style="list-style-type: none">• Existencia de una disposición expresa que reconozca el derecho a la salud en la CN. (Sí/No)• Nivel de protección del derecho a la salud: derecho fundamental, derecho programático (Categorico) <p>1.2. Inclusión de principios y estándares internacionales en materia de derechos humanos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mención explícita de principios internacionales en la CN igualdad y no discriminación, universalidad, progresividad, no regresividad). (Sí/No)• Grado de armonización entre el derecho interno y los estándares internacionales en salud (preeminencia del derecho interno sobre internacional, derecho internacional complementario, primacía del derecho internacional sobre disposiciones nacionales). (Bajo/Medio/Alto) <p>(*) Nota: Para un análisis más exhaustivo del derecho a la salud en las constituciones políticas, puede utilizarse la herramienta denominada: "Instrumento de evaluación</p>

⁷ N de A: Las categorías propuestas en este estudio son sólo dimensiones analíticas que no pretenden abarcar la complejidad de variables y dimensiones vinculadas con el derecho a la salud. Aunque si se propone, dar cuenta de las principales variables, o aquellas que surgen con más peso en la literatura jurídica y sanitaria, en la efectividad del derecho a la salud

	de las dimensiones del derecho a la salud en las constituciones políticas (Primer prototipo, Enero 2025).
2. Bloque convencional	<p>2.1. Ratificación de tratados internacionales relevantes en salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de tratados internacionales ratificados relacionados con derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC, Protocolo de San Salvador, OIT 169, etc.)(Cuantitativo). • Jerarquía normativa de los tratados ratificados (legal, supralegal, supraconstitucional).(Categorico). <p>2.2. Reconocimiento de la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adhesión al sistema interamericano de derechos humanos. (Sí/No) • Aplicación del control de convencionalidad por parte de todos los poderes del Estado (Ejecutivo, Legislativo, Judicial). (Sí/No) <p>2.3. Implementación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI):(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ratificación del RSI (SI/NO) • Adopción de las disposiciones del RSI en la normativa nacional. (SI/NO) • Resultado de las evaluaciones sobre fortalecimiento de capacidades estatales (porcentaje asignado). <p>(*) Nota: Se encuentra discutido en la literatura si integra o no el bloque de convencionalidad</p>
3. Paradigmas del sistema jurídico y sanitario	<p>3.1. Injerencia del Estado en la planificación, regulación, control y administración de los servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Injerencia del estado (baja/media/alta) • Jerarquía de los organismos que controlan y regulan los sistemas y servicios de salud estatales (baja/media/alta) • Rol e institucionalidad del Ministerio de salud (baja/media/alta) • Existencia de desregulación del sector público (SI/NO) <p>3.2. Predominio de enfoque monista o pluralista en el sistema sanitario:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de leyes que articulen modelos de salud oficiales con saberes ancestrales e interculturales. (Sí/No) • Nivel de integración del pluralismo sanitario en la regulación nacional (Bajo/Medio/Alto) <p>3.3. Formas de organización de la justicia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organización servicios (categoricos: centralizada, descentralizada, concentrada) • Existencia de normativa que reconoce sistemas jurídicos alternativos, institucionalidad indígenas o comunitarios (Sí/No) <p>3.4. Existencia de códigos sustanciales y procesales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de códigos civiles, penales y procesales en relación con el derecho a la salud. (Última reforma: año) • Existencia de códigos sanitarios (SI/NO) <p>3.5. Regulación de la estructura jurídico-administrativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de Leyes de Ministerios (Sí/No) • Existencia de una Ley de Procedimiento Administrativo (legalidad administrativa, procesos reglados previos)(Sí/No) • Regulación específica sobre compras públicas en salud (leyes de contrataciones del Estado). (Sí/No) • Existencia de normativa sobre integridad pública y anticorrupción (Sí/No)

4. Normativa que configura el sistema de salud

4.1. Regulación de la rectoría y gobernanza del sistema de salud:

- Existencia de una ley marco del sistema de salud con enfoque universal (SI/NO)
- Existencia de sistemas universales de salud (SI/NO)
- Modelo privado atomizado (SI/NO)
- Existencia de servicios públicos sanitarios estatales (SI/NO)
- Organización administrativa de la Red de servicios Públicos (SI/NO/NA)
- Especialización de la administración hospitalaria (SI/NO)
- Nivel de fragmentación y segmentación del sistema de salud (bajo, medio, alto). (Categorico)
- Existencia de organismos de regulación y sanción (Autoridad de Aplicación) (SI/NO)
- Regulación sobre los servicios especializados intermedios (laboratorios, radiología, farmacia), y de apoyo (SI/NO)
- Regulación de la infraestructura sanitaria (SI/NO)
- Regulación sobre circuitos administrativos y operativos (SI/NO/NA)
- Sistema de información en salud (SI/NO/NA)
- Sistemas de control interno y externo (SI/NO/NA)
- Normativa sobre recursos físicos en salud (SI/NO/NA)

4.2. Modelos de gestión, atención y financiamiento en salud:

- Presencia de normativa sobre modelos de atención integral y atención primaria de la salud (APS). (Si/No)
- Existencia de regulaciones para la regionalización del sistema de salud, integración en redes de complejidad creciente y la articulación intersectorial. (Si/No)
- Existencia de articulación intersectorial institucionalizada (grados de involucramiento: compartir información, establecer un lenguaje común, colaboración, cooperación e integración de planes, programas y políticas).

5. Normativa sectorial

5.1. Organismos de control y regulación:

- Existencia de organismos de control interno y externo (SI/NO)
- Normativa que regula tecnologías sanitarias y recursos críticos en salud (SI/NO)
- Poder de policía sanitaria a cargo del estado (SI/NO)
- Inversiones y prestadores extranjeros en el sector salud (limitación/prohibición/sin regulación)
- Gestión privada dentro del sector público, concesiones, tercerizaciones (limitación/prohibición/sin regulación)
- Alianzas público-privadas (limitación/prohibición/sin regulación)
- Existencia de normas de calidad (SI/NO)

5.2. Medicamentos y cobertura de servicios de salud:

- Reconocimiento legal de la lista de medicamentos esenciales de la OMS. (SI/NO)
- Existencia de normativa que garantice una cobertura mínima obligatoria de salud. (SI/NO)
- Regulación sobre medicamentos de alto precio/alto costo (SI/NO)

5.3. Calidad, seguridad y vigilancia sanitaria:

- Existencia de normas sobre acreditación hospitalaria y certificación de calidad en servicios de salud. (SI/NO)
- Regulación específica sobre vigilancia epidemiológica y registro de enfermedades de notificación obligatoria (ENO). (SI/NO)
- Regulación sobre gestión ambiental hospitalaria, organizaciones seguras frente al cambio climático (SI/NO)

6. Normativa que implica cambios de paradigmas:

6.1. Paradigma de Salud mental

- Existencia de leyes específicas sobre salud mental con perspectiva de derechos humanos (SI/NO)

6.2. Paradigma de salud sexual y reproductiva:

- Existencia de leyes específicas sobre derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos (IVE/ILE) (SI/No)
- Regulación sobre trato humanizado en servicios de salud y parto humanizado (SI/No)

6.3. Perspectiva de discapacidad

- Existencia de leyes que incorporan el modelo social de discapacidad (SI/No)

6.4. Paradigma de los derechos de pacientes

- Existencia de una Ley de protección de los Derechos de los Pacientes (SI/No)
- Derecho a la información sanitaria y derecho a decidir y consentimientos informados (SI/No)
- Derecho a rechazar tratamientos médicos (SI/No)
- Regulación sobre muerte digna (SI/No)
- Legislación que garantice el derecho a comprender y el uso de lenguaje simple y accesible (SI/No)
- Libre elección del profesional (SI/NO)

6.5. Innovación tecnológica en salud:

- Regulación sobre telemedicina, receta digital y el uso de tecnologías de la información en salud (SI/NO)
- Regulación de IA con enfoque de derechos humanos (SI/NO)
- Existencia de Agencias de evaluación y regulación de tecnologías (SI/NO)

6.6. Producción pública de medicamentos, genéricos y biosimilares

- Existe normativa que promueve la producción pública de medicamentos genéricos y biosimilares para promover su accesibilidad, disponibilidad y calidad. (SI/NO)
- Existencia de normativa que indique la prescripción de medicamentos por su nombre genérico
- Existencia de Agencias Estatales de Investigación, Innovación y Desarrollo tecnológico
- Existencia de Agencias u organismos de evaluación de tecnologías sanitarias
- Existencia de regulación de insumos críticos y recursos estratégicos en salud (SI/NO)

6.7. Paradigma de interculturalidad y salud ancestral:

- Reconocimiento legal de la salud ancestral y la interculturalidad en políticas públicas (bajo/medio/alto)(categórico)

6.8. Paradigma de diversidad e inclusión (despatologización)

- Reconocimiento de identidades LGTBIQ+ y al acceso a tratamientos médicos (SI/NO)
- Reconocimiento del derecho a la salud y derechos interrelacionados para LGTBIQ+

6.9. Paradigma de farmacia social

- Existencia de regulación sobre farmacia social o comunitaria (SI/NO/NA)

7. Normativa intersectorial

7.1. Normas con alto impacto en salud (intersectorial sobre derechos interrelacionados con la salud)

- Existencia de una Ley de Presupuesto Estatal con asignación específica de partidas para el sector salud (SI/No)
- Legislación sobre migración que garantice el acceso a la salud para personas migrantes en igualdad de condiciones (SI/No)
- Normativa que garantice los derechos interrelacionados con el derecho a la salud (educación, trabajo, vivienda y seguridad social) con perspectiva de derechos humanos a nivel constitucional (SI/No)

7.2. Transparencia, acceso a la información:

- Existencia de leyes que establecen la obligación de publicar la información

	<p>estatal sanitaria y de acceso a la información pública sanitaria (Sí/No)</p> <p>7.3. Normativa sobre justicia ambiental y climática</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normativa sobre justicia climática en salud (reducción huella hídrica, reducción huella carbono, contaminantes)(SI/NO) • Normativa sobre Compras públicas sostenibles en salud (Sí/No)
<p>8. Normativa que aborda problemáticas específicas de salud</p>	<p>8.1. Legislación para sujetos de especial protección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normativa general que contemple acciones afirmativas para grupos en situación de vulnerabilidad (pueblos indígenas, mujeres, personas con discapacidad, migrantes, personas privadas de libertad, niños, niñas y adolescentes)(Sí/No) <p>8.2. Existencia de leyes específicas según patología o condición garantizando diagnóstico, asistencia y tratamientos en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de leyes sobre el cuidado integral de la salud de las personas con Enfermedades Poco Frecuentes (Sí/No) • Existencia de leyes sobre Protección Integral de personas con discapacidad (Sí/No) • Existencia de Ley de Protección de la dignidad de las personas en situación terminal o de agonía • Personas con VIH/SIDA (Sí/No) • Diabetes.(SI/NO) • Ley de detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Celíaca (Sí/No) • Ley de prevención, control y tratamiento de Trastornos de la alimentación • Pesquisa Neonatal(Sí/No) • Salud Mental(Sí/No) • Reproducción Médicamente Asistida (Sí/No) • Leyes de abordajes integrales e interdisciplinario de personas que presentan: Trastornos del Espectro autista (TEA), trastorno de Déficit de atención (TDA), Trastorno Generalizado del desarrollo (TGD), específicas del aprendizaje. • Uso Medicinal de la Planta de Cannabis y sus Derivados (Sí/No) • Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (Ley Justina)(Sí/No) • Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación (Sí/No) • Hepatitis Virales, Tuberculosis e Infecciones de Transmisión Sexual (Sí/No) • Enfermedades crónicas no transmisibles • Existencia de ley garantiza el acceso a los procedimientos y técnicas de reproducción médicamente asistida • Ley de protección y acceso a tratamiento integral de consumo problemático • Leyes de protección, diagnóstico y provisión de medicamentos para personas con epilepsia • Leyes que establecen cobertura integral para Cardiopatía congénita • Leyes que establecen Cobertura integral para personas con hipoacusia. • Normativa sobre resistencia antimicrobiana (RAM) • Enfermedades desatendidas y de transmisión por mosquitos (ETM) • Leyes de inocuidad alimentarias y de etiquetado de alimentos <p>8.2. Medidas compensatorias adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de políticas públicas con enfoque diferencial y de interseccionalidad en salud (Sí/No) • Existencia de política focalizada en grupos vulnerables (SI/NO) • Disposiciones para contextos de emergencia (pandemia, estados excepción constitucional)

Elaboración propia



DETERMINANTE ECONÓMICOS
DE LA SALUD

4. DETERMINANTE ECONÓMICOS DE LA SALUD

4.1. Conceptualización

Consideramos relevante introducir el concepto de determinantes económicos de la salud o determinantes comerciales de la salud, ya que entendemos que los cambios que operen en éstos tienen impacto en la estructura ideológica-política.

En la literatura, los determinantes comerciales son conceptualizados como: “los sistemas, prácticas, y caminos a través de los cuales los actores comerciales, en general empresas transnacionales, conducen a la salud o a la inequidad en salud”.⁸ En este sentido, distintos autores mencionan que los determinantes comerciales pueden generar daños a la salud y afectar la equidad.⁹

A los fines de este estudio se utilizará la denominación de determinantes económicos, en el entendimiento que es un término más amplio que determinantes comerciales.

En esta perspectiva, entendemos que los **Determinantes económicos de la salud (DES)** tienen que incluir tanto a los **actores comerciales, como a los actores intergubernamentales y gubernamentales** de los distintos poderes del estado, como así también: colegios profesionales, organizaciones de la sociedad civil, que pueden actuar afectando negativamente el bien común, la salud pública y el interés público por privilegiar sectores privados de la economía nacional o internacional, aspecto que puede suceder (o no) a través de distintos mecanismos como la captura corporativa.¹⁰ Abarca la arquitectura jurídica nacional e internacional comercial que configura y delimita las prácticas del sector privado y gubernamental

Los determinantes económicos de la salud son aquellos factores estructurales, institucionales y comerciales que impactan en la organización, financiamiento y

⁸ Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, et al. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*; published online March 23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
Disponible:[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00013-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00013-2/abstract)

⁹ Jennifer Lacy-Nichols, Sulakshana Nandi, Melissa Mialon, Jim McCambridge, Kelley Lee, Alexandra Jones, Anna B Gilmore, Sandro Galea, Cassandra de Lacy-Vawdon, Camila Maranhã Paes de Carvalho, Fran Baum, Rob Moodie. *The Lancet*, Determinantes Comercial de la salud: direcciones futuras (Serie 3). Publicado on line 23/03/2023. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00012-0) Disponible:
https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/series/commercial-determinants-health/defining-conceptualising_spanish-1698064132923.pdf

¹⁰ N de A: Royo-Bordonada (2019) analiza distintas prácticas a través de las cuales opera la captura corporativa en salud, en particular menciona 4 modalidades de captura corporativa: material (asociada a corrupción), social (medios de información), intelectual (científica y académica) y cultural. Para profundizar, véase: Royo-Bordonada, M A. (2019). Captura corporativa de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, (45), 25-41. Recuperado en 10 de febrero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100004&Ing=es&lng=es.

acceso a los sistemas de salud, así como en la equidad en salud de las poblaciones. Estos determinantes incluyen tanto decisiones de política económica nacional e internacional como la influencia de actores privados e intergubernamentales en la regulación del mercado de la salud. Comprenden dimensiones como el sistema de comercio internacional, la regulación de la propiedad intelectual en medicamentos, el financiamiento del sector salud, la política fiscal, la privatización de servicios esenciales y la regulación del mercado sanitario. Además, abarcan el impacto de modelos económicos neoliberales en la función del Estado, la flexibilización laboral en el sector salud y la influencia de corporaciones transnacionales a través de mecanismos como la captura corporativa.

El análisis de estos determinantes permite comprender cómo la economía configura las condiciones de acceso a la salud, afectando la disponibilidad de medicamentos, la estructura del gasto público, el desarrollo de tecnologías sanitarias y la equidad en la prestación de servicios, con efectos directos sobre la salud pública y el bienestar social.

A continuación, se presentan las categorías analíticas para analizar los determinantes económicos.

4.2. Categorías Analíticas Determinantes Económicos

Figura 5. Determinantes económicos de la salud.

DETERMINANTES ECONÓMICOS DE LA SALUD	
Sistema Económico	
Dimensión	Subdimensión e indicadores
1. Internacionales Sistema de comercio internacional	1.1. Ratificación de Tratados de Libre comercio (TLC) <ul style="list-style-type: none"> Número de TLC ratificados con cláusulas que impacten en salud
	1.2. Firma de tratados bilaterales comerciales <ul style="list-style-type: none"> Número de tratados bilaterales comerciales vigentes
	1.3. Integración en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) <ul style="list-style-type: none"> Estado de membresía o participación en OCDE (SI/NO)
	1.4. Reconocimiento de la Organización Mundial del Comercio (OMC) <ul style="list-style-type: none"> Aceptación de jurisdicción en la OMC (SI/NO)
	1.5. Acuerdos de integración regional (MERCOSUR) <ul style="list-style-type: none"> País integrante del Mercosur (SI/NO)
	1.6. Nivel de endeudamiento estatal y servicios de la deuda pública <ul style="list-style-type: none"> Niveles de endeudamiento estatal (crédito público -pasivo estatal- en relación al PIB) Monto de obligaciones monetarias del Estado internas o externas Porcentaje de deuda pública vinculada al sector salud
	1.7. Uniformidad normativa para recibir financiamiento internacional <ul style="list-style-type: none"> Existencia de regulación normativa que favorece la recepción de financiamiento internacional

<p>2. Regulación de la propiedad intelectual y comercio de medicamentos</p>	<p>2.1.Regulación de los Acuerdos Comerciales vinculados con la propiedad intelectual y el comercio (ADPIC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ratificación de los ADPIC • Existencia de normativa nacional que incorpora las disposiciones del ADPIC (SI/NO) <p>2.2.Reconocimiento de la de la Declaración de DOHA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de uso de flexibilidades de los ADPIC (licencias obligatorias compulsivas y voluntarias)(Cantidad) • Existencia de legislación específica sobre patentes de medicamentos y tecnologías sanitarias <p>2.3.Inversiones extranjeras en el sector salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de inversiones extranjeras en salud respecto del total de inversiones
<p>Transformación del rol del estado y políticas neoliberales</p>	<p>2.4.Imposición de desregulación del sector salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de normativa que reduce el rol del estado en la regulación, control del sector salud (SI/NO) <p>2.5.Achicamiento del rol del estado en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción del gasto público en salud como porcentaje del PIB (SI/NO/NA) • Gasto per cápita <p>2.6.Separación de la funciones de provisión, gestión y financiamiento estatal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de marcos legales que separan funciones estatales <p>2.7.Transferencia del sector público a otros sectores y poderes internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de transferencia de jurisdicción nacional a tribunales arbitrales o jurisdiccionales extranjeros <p>2.8.Privatización de servicios esenciales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Números de servicios de salud privatizados en la última década <p>2.9.Financiarización de la salud promoción de coberturas de salud a través de aseguramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de población cubierta por seguros de salud financiados por el estado • Porcentaje de población cubierta por seguros de salud privados
<p>3. Política de ajuste estructural y flexibilización laboral</p>	<p>3.1.Implementación de medidas de ajuste estructural y desregulación de los sectores de la economía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de sectores y organismos de salud • Eliminación de partidas presupuestarias, reasignaciones presupuestarias, de financiamientos de programas o políticas. <p>3.2.Reconversión de funciones estatales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descentralización y delegación a nivel subnacional de funciones del estado federal sin asignación presupuestaria <p>3.3.Flexibilidad y desregulación laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de relaciones de trabajo fuera del marco de contrato de trabajo y de empleo público • Cantidad de personas con empleo formal estatal en el sector salud (línea temporal)
<p>4. Beneficios fiscales e incentivos económicos para el sector privado</p>	<p>4.1.Beneficios impositivos y exenciones impositivas en el sector salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Número de leyes, resoluciones, disposiciones que otorgan beneficios fiscales a empresas de salud • Porcentaje de exenciones fiscales otorgadas al sector salud respecto al total de exenciones <p>4.2.Promoción de medidas de articulación público-privado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de política de colaboración público-privada • Flexibilización en normas vinculadas a compras y contrataciones estatales y licitaciones para favorecer la articulación público-privada

<p>5. Determinantes económicos nacionales de la salud</p>	<p>5.1.Tercerización de funciones estatales y servicios privados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de funciones estatales tercerizadas en relación a la totalidad de funciones • Cantidad de servicios tercerizados y concesionados en hospitales públicos (servicios tercerizados de: alimentación, seguridad, estudios especiales, gestión de residuos patogénicos, gestión residuos comunes) <p>5.2.Promoción de coberturas de salud a través de aseguramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de medidas de transferencia compulsiva de aportes de seguridad social al sector privado
<p>6. Regulación de la propiedad y control del mercado</p>	<p>6.1.Regulación y límites a la propiedad privada (función social)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y utilización de normativa que establezca límites a la propiedad privada teniendo en cuenta la función social de la propiedad (SI/NO) <p>6.2.Regulación y control de monopolios y prácticas monopólicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de leyes de defensa de la competencia y antimonopólicas • Acciones judiciales, administrativas y sanciones aplicadas a prácticas monopólicas <p>6.3.Regulación y control del mercado y sector privado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de marco regulatorio para el control del sector privado en salud (entidades de medicina privada, seguros) • Autoridad de control y aplicación de la normativa con facultad sancionatoria • Procedimientos para la ciudadanía pueda reclamar frente al sector privado
<p>7. Dimensión fiscal y financiamiento en salud</p>	<p>7.1.Regulación constitucional del gasto en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de disposiciones constitucionales que garanticen el financiamiento en salud • Existencia de normativa sobre porcentaje mínimo que se debe destinar al sector salud <p>7.2.Política fiscal: Mecanismos y fuentes de financiamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje del gasto en salud financiado por impuestos directos e indirectos • Porcentaje total de impuestos destinados a salud • Existencia de etiquetado de género en el presupuesto. • Existencia de normativa que prohíba la reasignación presupuestaria en materia de salud • Existencia de regulación sobre la ejecución presupuestaria y subejecuciones. • Existencia de reformas fiscales e impositivas • Existencia normativa sobre prevención del lavado de activos • Normativa sobre transparencia en exenciones impositivas <p>7.3.Formulación del Presupuesto Público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de ley de presupuesto • Porcentaje de participación del gasto en salud en relación a la totalidad del gasto público • Porcentaje del gasto destinado a cada nivel de atención (Primer, Segundo y tercer nivel APS) • Cantidad de nuevas funciones estatales • Cantidad de empresas estatales privatizadas <p>7.3.Equidad en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de gasto de bolsillo respecto del gasto total de salud • Existencia de leyes sobre Enfermedades Pocos Frecuentes y/o gastos catastróficos <p>7.4.Participación social en el financiamiento en salud y en la determinación de prioridades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mecanismos y formatos de participación social en la formulación del presupuesto

<p>8. Regulación de precios y abastecimiento en salud</p>	<p>8.1.Política de fijación de precios (máximos,minimos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de normativa para el control de precio de medicamentos, insumos, y tecnología sanitaria • Mecanismos de compra centralizada para control del precio en salud • Compras públicas regionales para control de precio • Cantidad de productos, insumos y medicamentos en salud con precio regulado <p>8.2.Regulación del desabastecimiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de leyes de desabastecimiento para asegurar la existencia de insumos y medicamentos críticos • Cantidad de medicamentos, insumos con desabastecimientos en el país • Existencia de leyes que establecen la paridad importación y exportación de productos medicinales
<p>9. Regulación y control tecnología sanitarias</p>	<p>9.1.Regulación sobre incorporación y aprobación de tecnologías sanitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de procedimientos regulatorios para la aprobación de tecnologías de salud • Existencia de Agencia de control y regulación de tecnologías • Existencia de organismo de evaluación de tecnologías sanitarias <p>9.2.Producción pública de medicamentos y tecnología sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de productos elaborados en el país de los medicamentos esenciales • Cantidad de productos medicinales elaborados en el país de alto costo • Cantidad de productos medicinales elaborados en el país vinculados a enfermedades huérfanas o desatendidas
<p>10. Regulación sobre tecnologías emergentes e Inteligencia artificial en salud</p>	<p>10.1.Regulación de tecnología emergente y nuevas tecnologías vinculada con la IA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de normativa específica para IA aplicada en salud • Existencia de normativas que exijan transparencia algorítmica, sobre seguridad, disponibilidad, aplicabilidad, soberanía de datos) • Existencia de normativa de protección de datos en sistemas de salud basados en IA • Existencia de normativa para prevenir sesgos en procesos automatizados de decisión utilizando IA

5

DETERMINANTES POLÍTICOS
DE LA SALUD

5. DETERMINANTES POLÍTICOS DE LA SALUD

En esta sección se presenta una aproximación conceptual basada en los principales componentes de los **determinantes políticos de la salud**, sin perjuicio de incorporar nuevos elementos a partir de procesos de validación de contenido con expertas/os.

Los **determinantes políticos de la salud** son el conjunto de factores relacionados con **la organización, estructura y dinámica del sistema político que influyen en la formulación, implementación y efectividad** de los derechos civiles y políticos, las políticas de salud, el derecho a la salud y los DESCAs.

Estos determinantes incluyen el tipo de sistema político y de gobierno, la división de poderes y los mecanismos de control democrático, así como el reconocimiento y ejercicio de los derechos civiles y políticos en el ámbito de la salud.

Entre los principales elementos que configuran los determinantes políticos de la salud se encuentran:

- **Estructura del sistema político:** La naturaleza del sistema de gobierno (parlamentario, presidencialista, mixto) y la forma de organización del Estado (unitario o federal) impactan en la distribución de competencias y en la capacidad de respuesta de los gobiernos ante los desafíos sanitarios.
- **División de poderes y control democrático:** La existencia de mecanismos institucionales como la separación de poderes, los frenos y contrapesos, la emisión de decretos de necesidad y urgencia, y el uso de vetos presidenciales puede incidir en la estabilidad y transparencia de las políticas de salud.
- **Estados de excepción y facultades extraordinarias:** La regulación del uso de poderes extraordinarios en situaciones de emergencia sanitaria define el alcance y los límites de la intervención estatal en la salud pública, estableciendo criterios de proporcionalidad, temporalidad y no discrecionalidad.
- **Derechos civiles y políticos en salud:** El reconocimiento del derecho a la protesta, la libertad de expresión y la participación política en salud son fundamentales para garantizar la incidencia de la sociedad civil en la toma de decisiones y la implementación de políticas sanitarias inclusivas.
- **Participación ciudadana en la salud:** La existencia de mecanismos institucionalizados de participación ciudadana, la promulgación de leyes y reglamentos específicos y el nivel de involucramiento de organizaciones

sociales en la formulación de políticas sanitarias son indicadores clave de la democratización de la salud.

En conjunto, estos factores determinan la capacidad de los Estados para garantizar el derecho a la salud de manera efectiva, eficiente, eficaz y por sobre todo equitativa, influyendo en la gobernanza sanitaria (local, nacional, regional e internacional), la asignación de recursos y la priorización de intervenciones en función de las necesidades de la población.

Hasta aquí se presentaron distintas propuestas para comenzar a pensar el derecho a la salud de manera integrada con los factores que lo determinan y condicionan las posibilidades de realización. Aún son propuestas preliminares y prototipos sujetos a procesos de consensos más amplios.

5.1. Categorías analíticas. Determinantes políticos de la Salud

Figura 6. Determinantes políticos de la salud

Tipo de sistema político	<p>Formas y tipo de gobierno</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema político (parlamentario, presidencialista, mixto) • Formas de gobierno (unitario, federal)
	<p>División de poderes y mecanismos de control democrático</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento constitucional de la división de poderes • Existencia de sistemas de frenos y contrapesos institucionales • Cantidad de decretos de necesidad y urgencias emitidos por el PE en periodo presidencial • Frecuencia de vetos presidenciales a iniciativas legislativas • Existencia de procedimientos para la emisión de decretos y leyes
	<p>Estados de excepción constitucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulación del uso de facultades extraordinarias y estados de excepción • Existencia de límites legales a las facultades extraordinarias del Estado (proporcionalidad, temporalidad, no discrecionalidad, motivación y justificación)
Derechos civiles y políticos	<p>Reconocimiento de los derechos civiles y políticos a nivel constitucional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento legal del derecho a la protesta y libertad de expresión (Sí/ No) • Existencia de restricciones al derecho a la protesta en contextos de emergencia sanitaria (Sí / No) • Protección especial a defensoras/es de derechos humanos (SI/NO/NA)
	<p>Reconocimiento del derecho a la participación política en salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de mecanismos de participación ciudadana en la formulación de



MODELOS IDEOLÓGICOS Y
SIMBÓLICOS DE LA SALUD

6. MODELOS IDEOLÓGICOS Y SIMBÓLICOS DE LA SALUD

Los **modelos ideológicos o simbólicos condicionan, determinan e impactan en el derecho a la salud, estos son componentes no explícitos en los sistemas y servicios de salud y comúnmente se invisibilizan en la letra constitucional y normativa** a pesar de tener gran impacto en la configuración de los derechos humanos en general y en particular el derecho a la salud.

En este informe consideramos los modelos ideológicos y simbólicos del derecho a la salud como un conjunto de valores, creencias, percepciones, conductas y representaciones sociales que influyen, condicionan en cómo se define, comprende y garantizan los derechos en diferentes contextos. Estos aspectos son fundamentales en el campo de la salud ya que son los que pueden generar verdaderos cambios culturales o de paradigma. Son elementos que están presentes en los decisores de políticas públicas como en la misma ciudadanía.

Concepciones acerca del **rol del Estado y el papel del mercado en la salud** reflejan **visiones ideológicas, políticas y económicas** divergentes sobre las formas de garantizar el derecho a la salud.

En este sentido, encontramos que la **idea de salud y el modelo de atención** predominante están atravesados por representaciones culturales que oscilan entre enfoques biomédicos centrados en la enfermedad y perspectivas provenientes de los modelos de salud colectiva, la epidemiología crítica y medicina social Latinoamericana, que consideran la determinación social de los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidado, situando los problemas de salud en los modos de producción capitalistas y en los modelos de mal desarrollo ambiental y social.¹¹

Los componentes ideológicos de la salud son complejos y dificultan la posibilidad de desarrollar indicadores precisos que permitan abarcar las múltiples formas en las que se expresan en el campo de la salud, sumado a que no son estáticos y están sujetos a interpretaciones diversas según contextos históricos, políticos y culturales de cada país, aunque pueden encontrarse patrones o tendencias regionales.

¹¹ Para profundizar, véase: Breilh, J (2023).Epidemiología crítica y la salud de los pueblos.Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simon Bolivar, Ecuador.Disponible:<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>

Medir la idea de “salud” o el “rol de estado”¹² implica traducir nociones abstractas y normativas en variables observables, lo cual es un desafío metodológico complejo que requiere considerar tanto dimensiones cuantitativas como cualitativas que no serán abordadas en este estudio.

Los modelos que se adopten tienen consecuencias no sólo relacionadas con el derecho a la salud y los derechos sociales sino con el sistema jurídico y de gobierno, y por lo tanto, con alto impacto en todos los demás derechos, incluso en la forma de concebir la democracia. Las diferencias a estas preguntas son contundentes entre los *modelos igualitaristas* y los *modelos libertarios*.¹³

En este sentido, sólo se quiere dejar planteados algunos elementos epistemológicos, simbólicos o lingüísticos que resulta fundamental diferenciar entre modelos conceptuales que, aunque puedan parecer convergentes en ciertos aspectos, responden a marcos ideológicos distintos.

Pero incluso, dentro de modelos ideológicos que pueden llegar a considerarse igualitaristas también se encuentran amplias diferencias. Así, por ejemplo, la noción de “Una Salud”¹⁴ promovida por la OMS plantea un enfoque integral que busca equilibrar y optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas. Sin embargo, esta perspectiva mantiene un anclaje en paradigmas de la medicina científica, individualista y de la gestión sanitaria internacional, donde la salud continúa siendo tratada como un objeto de intervención técnica, aunque con una mirada ampliada hacia factores ambientales (ecosistemas) y animales.

En contraste, el “Buen Vivir”, arraigado en las cosmovisiones de los pueblos indígenas de América Latina, concibe la salud como una relación de reciprocidad y armonía entre el individuo, la comunidad y la naturaleza. Este enfoque no solo trasciende la idea biomédica de salud, sino que también cuestiona los modelos de desarrollo capitalistas, extractivistas y consumistas, proponiendo un vínculo inseparable entre salud, territorio, cultura y modos de vida sostenibles. Además, implica el reconocimiento de saberes ancestrales que suelen ser subalternizados o invisibilizados por la medicina monocultural hegemónica.

¹²N de A: Donabedian (1973) señala que desde 1970 se reflejan tensiones entre dos tendencias que conviven e implican dos formas diametralmente opuestas de entender el estado y los derechos, una, la de los libertarios y otra, la de los partidarios del igualitarismo.

Para profundizar, véase: Donabedian, A (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements Health Care*. Cambridge: Harvard University Press, 1-27.

¹³Donabedian, A (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirementsfor Health Care*. Cambridge: Harvard University Press, 1-27.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud Una sola salud. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

Estas diferencias evidencian que la salud no puede ser entendida ni medida de forma homogénea, ya que está atravesada por luchas simbólicas, disputas epistemológicas y tensiones entre paradigmas que condicionan tanto el diseño de políticas públicas como la garantía efectiva de derechos.

A continuación se presentan sólo algunos conceptos o términos en disputa entre diferentes perspectivas teóricas:

Figura 7. Conceptos en disputa

Conceptos de la medicina social Latinoamericana o salud colectiva	Noción intergubernamental (OMS/OPS)
<ul style="list-style-type: none"> Proceso de Salud enfermedad/atención/cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> Salud como estado y no como proceso
<ul style="list-style-type: none"> Determinación social de los procesos de salud enfermedad atención cuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Determinantes sociales
<ul style="list-style-type: none"> Buen vivir Ecocentrismo Animales como sujetos de derecho, seres sintientes Derechos de la naturaleza 	<ul style="list-style-type: none"> Una salud Antropocentrismo Salud animal o zoonótica Ecosistemas biológicos
<ul style="list-style-type: none"> Modelo social de atención 	<ul style="list-style-type: none"> Modelo biopsicosocial Modelo Médico Hegemónico
<ul style="list-style-type: none"> Sistema universales de salud Sistemas únicos de salud Sistemas integrados de salud 	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura universal de salud (implica financiarización de la salud)
<ul style="list-style-type: none"> Fuerza laboral en salud¹⁵ 	<ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos en salud

Elaboración propia

A los fines de profundizar puede verse el desarrollo teórico crítico de Jaime Breilh (2023: 153) donde presenta la discusión en torno al contraste entre dos paradigmas: determinación social y determinantes sociales. Este autor compara (sujeto, objeto, praxis y gestión).¹⁶

¹⁵ Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud colectiva*, 1, 9-32.

¹⁶ Para profundizar, véase: Breilh, J (2023). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana. Universidad Andina Simon Bolivar, Ecuador. Disponible: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>



A MODO DE CONCLUSIÓN

7. A MODO DE CONCLUSIÓN

Este documento representa un esfuerzo significativo por comprender el derecho a la salud desde una perspectiva integral, abordando sus múltiples determinantes y proporcionando herramientas metodológicas para su análisis y comparación.

Contar con una matriz operativa para analizar el derecho a la salud es fundamental porque permite integrar de manera sistemática todas las dimensiones, subdimensiones y dominios que influyen —de forma positiva o negativa— en su realización efectiva. Esta herramienta resulta clave para identificar y comprender la complejidad de los factores que impactan en el derecho a la salud.

En particular, una matriz operativa del derecho a la salud permite cubrir un vacío instrumental y teórico en relación a cómo pensar reformas legislativas y constitucionales que garanticen la realización del derecho a la salud, analizando de manera conjunta con otros derechos que suelen ser regulados de manera autónoma, pero que tienen impacto en el alcance y extensión del derecho a la salud. De ahí de analizarlos de manera conjunta y simultánea con el derecho a la salud pensando la arquitectura jurídica en la que se insertan los DESCAs.

A lo largo de sus secciones, se ha destacado la importancia de un enfoque multidimensional que articule lo jurídico, lo económico, lo político y lo ideológico, con el objetivo de fortalecer la protección y garantía del derecho a la salud y de los DESCAs.

En este sentido, la construcción de una Matriz Operativa del Derecho a la Salud aporta un modelo analítico que permite estructurar y visualizar la complejidad de los factores que influyen en su efectividad.

Asimismo, el análisis de los Determinantes Legales de la Salud proporciona una herramienta metodológica innovadora para evaluar cómo los marcos constitucionales de distintos países incorporan y garantizan este derecho, estableciendo un punto de referencia comparativo para futuras reformas y políticas públicas.

La inclusión de los determinantes económicos, políticos, ideológicos y simbólicos en el estudio del derecho a la salud permite comprender cómo las decisiones económicas, la gobernanza -nacional y regional- y las representaciones sociales

impactan en la garantía y goce del derecho a la salud y las posibilidades de cambio. Este enfoque metodológico permite comparar sistemas jurídicos y los problemas de diseño normativo que impactan en la salud.

Aún las herramientas requieren de un proceso de validación de contenido con actores relevantes en la materia, por lo tanto son perfectibles.

Desde una perspectiva más amplia, este documento se inscribe en la continuidad de los debates surgidos en el Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina (DIRAJus III y IV), consolidando un espacio de reflexión colectiva sobre los desafíos normativos y políticos que enfrenta la región.

La serie de documentos elaborados en este marco —incluyendo el análisis constitucional comparado y la mirada desde los actores sociales— refuerzan la importancia de seguir profundizando en estos temas, con el objetivo de construir una agenda regional que garantice el derecho a la salud en contextos de crisis y transformación.

En definitiva, este trabajo no solo ofrece una herramienta metodológica, sino que también constituye un insumo valioso para la investigación, la incidencia política y la formulación de políticas públicas. Su contribución radica en la posibilidad de orientar futuras estrategias para la protección y promoción del derecho a la salud en América Latina, promoviendo enfoques integrados basados en la equidad, la justicia social y el respeto a los derechos humanos.



APÉNDICE METODOLÓGICO

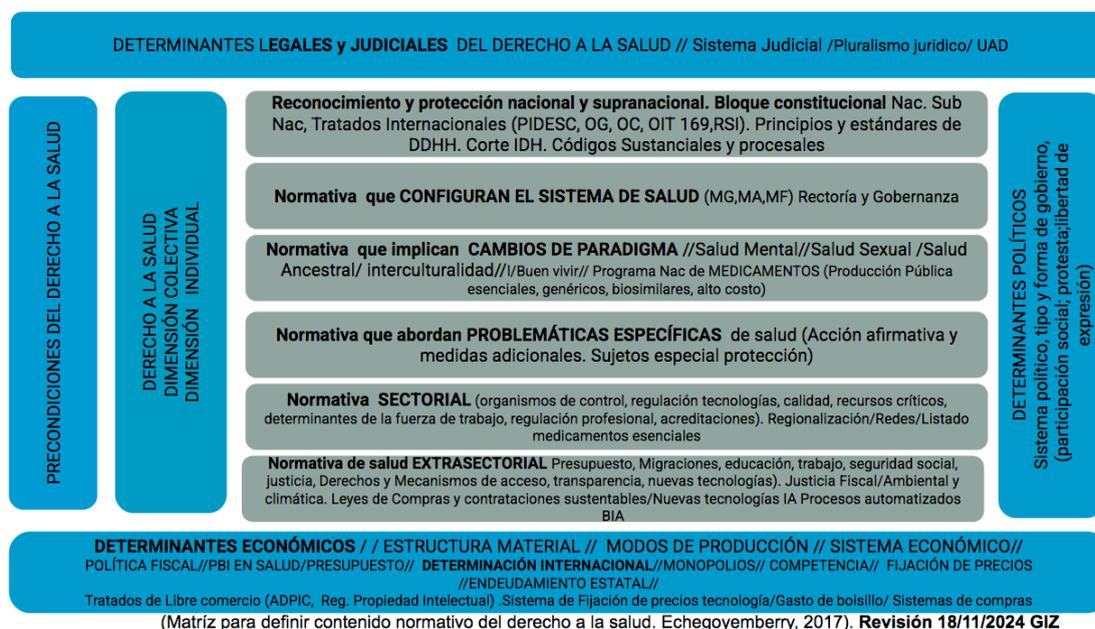
8. APÉNDICE METODOLÓGICO

8.1. Prototipos. Distintas versiones

En las distintas instancias de diálogo se presentó una propuesta metodológica denominada “**Matriz Operativa para definir el contenido normativo del Derecho a la Salud a partir de los determinantes legales, económicos y políticos**”, elaborada por la coordinadora del Foro Permanente Maria Natalia Echegoyemberry.

Con esta herramienta se quiere realizar una contribución metodológica con la finalidad de aportar insumos para lograr una caracterización conceptual y operativa del derecho a la salud, incrementando la comparabilidad de este derecho.

Figura 8. Prototipo 4. Matriz para analizar integralmente el derecho a la salud a partir de incluir determinantes legales, judiciales, económicos y políticos de los procesos de S/E/A/C.



Elaboración propia

Figura 9. Prototipo 1. 18/11/2024

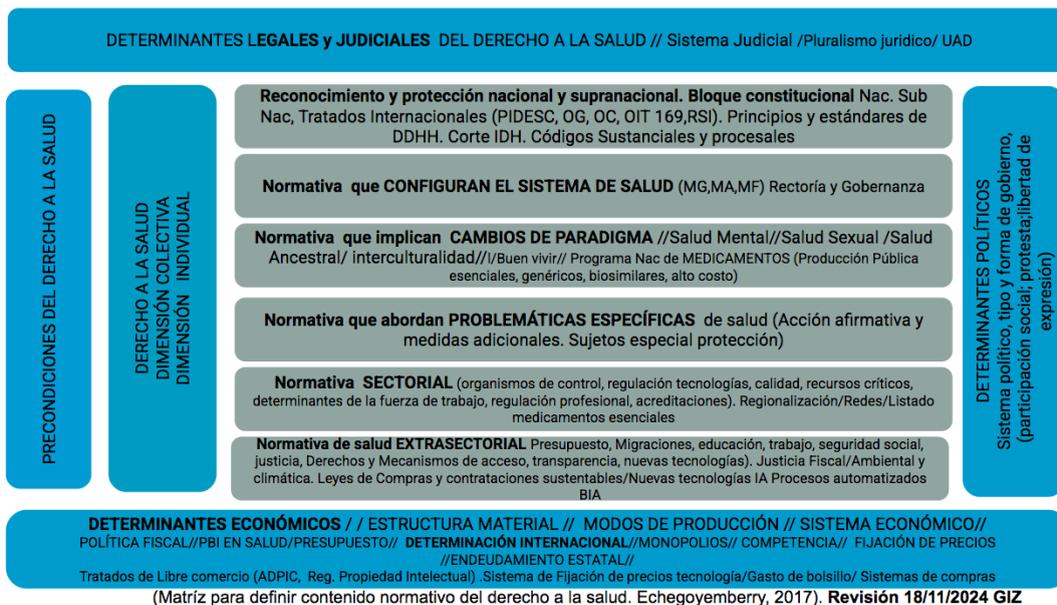


Figura 10. Prototipo 2.

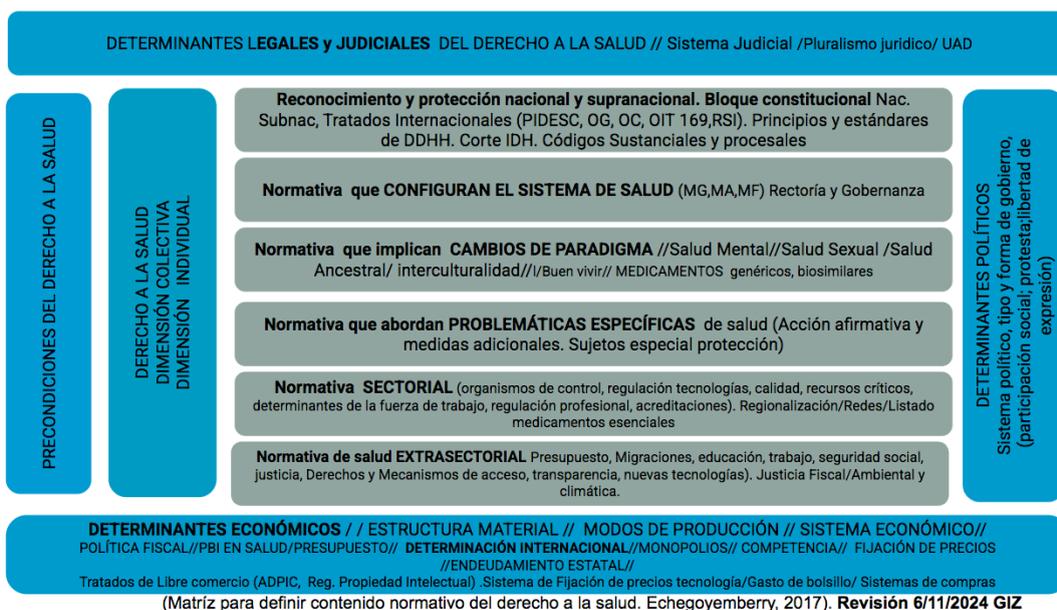


Figura 11. Prototipo 3. 29/10/2024. Presentado en abril en la Asamblea Mundial de la Salud del Movimiento por la salud de los pueblos (Abril 2024)



Figura 12. Matriz presentada en Congreso de CLACSO, México 2022¹⁷.



¹⁷Estudios de caso, CLACSO, Taller Regional México: Disponible: <https://www.youtube.com/watch?v=Cm7Vt04Bldk>

8.2. Instrumento de evaluación de las dimensiones del derecho a la salud en las constituciones políticas de los países.

Para profundizar en el análisis del **bloque constitucional**, se puede utilizar una herramienta que se denomina: **“Instrumento para evaluar las dimensiones del derecho a la salud en las constituciones políticas”**¹⁸ (Figura 4). Este instrumento sirve para comparar a nivel constitucional la forma en la que se regula el derecho a la salud a partir de las 12 dimensiones.

La matriz operativa del derecho a la salud se construyó a partir de la lectura y análisis de la regulación constitucional de 19 países de latinoamérica y definiciones conceptuales de autores relevantes en la materia, para luego proceder a la **construcción teórica de indicadores según criterios específicos para cada variable**.¹⁹ A partir de ello, se creó **una propuesta de indicadores y formas de obtener puntajes relativos para cada variable y totales por país**.

Figura 3. Variables del derecho a la salud para relevamiento normativo. Año 2024.

1. Alcance y reconocimiento del derecho a la salud. Derechos interrelacionados
2. Rol de Estado y alcance de las obligaciones estatales
3. Principios y estándares de derechos humanos
4. Mecanismos de protección nacional
5. Mecanismos de protección supranacional
6. Grupos en situación de vulnerabilidad
7. Interculturalidad y pluralismo jurídico
8. Información sanitaria y participación social
9. Características del sistema de salud
10. Coordinación y articulación jurisdiccional
11. Mecanismos y fuentes de financiamiento
12. Limitaciones a la propiedad. Función social Regulación de monopolios.

¹⁸ N de A: En relación a la herramienta aún se requiere de un proceso de validación de contenido para determinar la validez y confiabilidad de la información.

¹⁹N de A. Las variables representan aspectos, características o atributos que se desea estudiar de la unidad de análisis (UA), que en este caso se utilizaron las constituciones políticas de los países seleccionados.

Fuente: Elaboración propia en base a relevamiento normativo

Este instrumento está sujeto a validación de contenido (juicio de expertos) para analizar la validez y confiabilidad.

Se puede mencionar que se construyó un **índice sumatorio** para trabajar con todos los indicadores construidos en torno a la regulación constitucional del derecho a la salud. Se ponderó el peso diferencial de algunos indicadores utilizados en la medición.

En efecto, **se suman los puntajes asignados a cada uno de los indicadores y se obtiene un puntaje para cada una de las unidades de análisis (UA)**, en este caso las constituciones políticas de los estados seleccionados.

Es importante señalar, que la comparación no se formula con el ideal normativo o teórico, sino con un **parámetro empírico existente, es decir las variables se construyeron** a partir de tener en cuenta que al menos un país de la región lo incorporó en su constitución.

Para la definición de **las variables utilizadas se determinaron las características y dimensiones que explican a las variables, luego, se definieron los ítems a medir**²⁰. Adicionalmente, se recurrió a un conjunto de definiciones que abordan el tema del derecho a la salud y lo caracterizan.

Para la construcción de indicadores se tomaron decisiones metodológicas que implican categorizaciones que no siempre se presentan tan precisas en las constituciones analizadas. Lo cual requiere en muchos casos de explicitar el criterio de corte. Adicionalmente, **se realizaron ajustes al instrumento**, se aplicó el instrumento para el relevamiento normativo y para sistematizar comparativamente la información.

Se procedió **a realizar distintas instancias de consultas con actores clave** en la temática. En una etapa posterior, es necesario verificar la validez de expertas/os²¹ del instrumento para establecer la confiabilidad (si mide lo que busca medir).

En esta propuesta se analizan algunos derechos como el derecho a la información sanitaria, a la participación social, a la propiedad privada, al acceso a la justicia ya que

²⁰La medición tiene por función establecer una correspondencia entre el "mundo real" y el "mundo conceptual" (Bostwick y Kyte, 2005 en Hernández Sampieri, A; Fernández Collado, C, Baptista Lucio, P. McGraw Hill España, 2014, Edición: 6ª, España. pág. 199. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=3114744>)

²¹ Grado en que un instrumento realmente mide la variable de interés, de acuerdo con expertos en el tema (Sampieri, et al., 2013, p. 204).

tienen la capacidad de ampliar o restringir el alcance del derecho a la salud y por ello, se propone un análisis constitucional conjunto a pesar de estar regulados como derechos autónomos en las constituciones políticas.

Se espera que la propuesta contribuya a responder algunas de las preguntas clave sobre la regulación del derecho a la salud en la región, además de **identificar temáticas y tendencias que demanden mayor atención**.

A su vez resulta relevante referir que la herramienta **permite describir, analizar y comparar sólo a nivel diseño constitucional y no hay una valoración sobre implementación del derecho a la salud en los países analizados, ni como el derecho a la salud es interpretado a nivel judicial**.

Figura 4. Instrumento de evaluación de las dimensiones del derecho a la salud en las constituciones políticas de los países de Latinoamérica. Año 2024. Propuesta de índice sumatorio

DERECHO A LA SALUD	
Variable	Operacionalización
1. Alcance y reconocimiento del derecho a la salud	<p>5. Reconocimiento del derecho a la salud de manera explícita y completa a nivel constitucional (como derecho fundamental, como bien social, como parte de los DESCAs.)(Valor 5).</p> <p>4. Reconocimiento del derecho a la salud por conexidad con otros derechos: Protección del derecho a la salud por aplicación de criterios de conexidad con otros derechos (vida, integridad, dignidad humana) y/o realiza una regulación explícita de otros derechos interrelacionados vinculados con los determinantes sociales de la salud (Valor 4).</p> <p>3. Reconocimiento del derecho a la salud de manera incompleta, e insuficiente, sólo derecho programático²² y/o de contenido prestacional (Valor 3).</p> <p>2. Reconocimiento sólo en su dimensión colectiva, y/o regula la dimensión salud pública, y/o salud ocupacional y/o vinculado con el derecho del consumidor y/o remite a leyes de menor jerarquía para la aplicación (Valor 2).</p> <p>1. La regulación constitucional permite el reconocimiento del derecho a la salud por vía judicial y/o tiene sólo criterio de reconocerlo sólo para nacionales o sólo para un grupo vulnerable (Valor 1).</p> <p>0. No contiene normas sobre derecho a la salud (Valor 0).</p>
2. Rol de Estado y alcance de las obligaciones del Estado	<p>5. Define claramente las obligaciones a cargo del Estado en relación al derecho a la salud y estas obligaciones son inmediatas y/o inderogables.</p> <p>4. Define las obligaciones a cargo del Estado en relación al derecho a la salud y estas obligaciones son progresivas y/o programáticas del derecho a la salud.</p> <p>3. No define obligaciones, deberes de garantía a cargo del estado específicos del derecho a la salud y/o solo otorga funciones mínimas de supervisión, control y vigilancia y/o las obligaciones surgen de la protección de otros derechos.</p> <p>2. Define deberes de cuidado compartidos y/o concurrentes entre la ciudadanía y</p>

²² La implementación depende de la disponibilidad de recursos

	<p>el estado.</p> <p>1. Refiere a la creación de una ley donde se establecerán las obligaciones y/o fija parámetros mínimos.</p> <p>0. No contiene normas al respecto o no define obligaciones, deberes de garantía a cargo del estado vinculado con la salud de la población.</p>
<p>3.Principios y estándares de derechos humanos</p>	<p>5. Hace una mención explícita y amplia de la aplicación de los estándares de derechos humanos y menciona varios (más de 4) de los atributos o estándares aplicables que surgen de instrumentos internacionales (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, progresividad, accesibilidad física, no discriminación, aceptabilidad de servicios, calidad, seguridad), principios de interdependencia, indivisibilidad, progresividad de los DESC y/o utiliza principios que establece una protección más amplia que los estándares internacionales.</p> <p>4. Hace mención explícita pero incompleta de los estándares de derechos humanos aplicables al derecho a la salud (menos de 3).</p> <p>3. Remite explícitamente a los tratados internacionales de derechos humanos y a los principios aplicables vinculados con la salud y/o con los DESC.</p> <p>2. Establece otros principios aplicables al derecho a la salud que difiere de los estándares internacionales (por ejemplo continuidad del cuidado) .</p> <p>1. No hace mención a los estándares de derechos humanos aplicables a la salud ni a otros principios, pero se infiere de los objetivos, fundamentos o preámbulos constitucionales o en principios generales del sistema democrático.</p> <p>0. No establece otros principios aplicables al derecho a la salud, ni a otros derechos fundamentales y/o no contiene normas al respecto.</p>
<p>4.Mecanismos de protección nacional</p>	<p>5. Hace referencia explícita y completa al reconocimiento de mecanismos de protección frente a la vulneración del derecho a la salud como mecanismos judiciales (hábeas corpus, amparo, hábeas data, medidas cautelares) y/o, administrativos, alternativos y/o comunitarios, incluido el examen de inconstitucionalidad y/o de convencionalidad y/o incluye la regulación sobre amparos por afectación a intereses colectivos o difusos.</p> <p>4.Hace referencia a mecanismos rápidos y expeditos específicos de protección que rigen en materia de salud, incluye acciones de tutela, medidas cautelares y/o amparo pero establece la remisión a una ley que los reglamente.</p> <p>3.Hace referencia explícita a mecanismos de protección pero de manera genérica.</p> <p>2.No hace referencia a mecanismos de protección pero remite a tratados internacionales que regulan mecanismos de acceso.</p> <p>1.No hace referencia a mecanismos de protección generales o específicos y/o no contiene normas al respecto.</p> <p>0. No contiene normas al respecto.</p>
<p>5.Mecanismos de protección supranacional</p>	<p>5.Reconocimiento explícito de tratados internacionales de derechos humanos en la constitución, otorga status constitucional a tratados de derechos humanos y/o establece mecanismos para la incorporación de nuevos tratados, y/o les otorga jerarquía constitucional, prevalencia y/o supremacía sobre el derecho interno si tiene protección más amplia y en caso de conflicto, se aplican los tratados y/o menciona los tratados como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1.1., 2., 29) y Pacto Internacional Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) y/o el Protocolo adicional de San Salvador y/o establecen control de convencionalidad amplio.</p> <p>4.No tiene mención explícita a la aplicabilidad de la CADH ni del PIDESC pero se reconoce y acepta la jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) y los criterios de interpretación compatibles y/o establecen control de convencionalidad difuso obliga y/o establece que todas las autoridades a interpretar las normas conforme al principio "pro homine".</p> <p>3. Tiene mecanismo de control de convencionalidad explícito y fija como baremo de convencionalidad a la normativa internacional, fuentes y jurisprudencia de la Corte IDH y/o contiene disposiciones sobre que las</p>

	<p>normas internas se interpretan de manera compatible con los tratados internacionales de derechos humanos ratificados por el país.</p> <p>2. Establece sólo obligación explícita de respeto y cumplimiento de derechos humanos y/o no tiene mecanismos de control de convencionalidad explícito pero reconoce la aplicación "ex officio" del control de convencionalidad de las normas internas con las normas convencionales y/o no ratificó uno de los instrumentos internacionales (Protocolo de San Salvador) y/o establece la aplicación directa y preferente en el orden interno de los tratados de derechos humanos.</p> <p>1. No reconoce ningún tipo de mecanismos de protección supranacional para la ciudadanía ni injerencia internacional.</p> <p>0. No contiene normas al respecto.</p>
<p>6. Grupos en situación de vulnerabilidad</p>	<p>5. Mención explícita y amplia de sujetos de especial protección y enuncia la obligación a cargo del estado de realizar medidas afirmativas concordantes con el derecho internacional y/o establece atención prioritaria o preferente para estos grupos y/o establece obligaciones de brindar atención especializada (menciona más de 3 grupos y/o sujetos o situaciones de protección).</p> <p>4. Tiene mención explícita a sujetos de especial protección pero sin enunciar medidas afirmativas para estos grupos o sujetos y/o remite a convenciones o tratados internacionales vinculados a grupos en situación de vulnerabilidad y/o contiene obligaciones de adecuar la legislación interna a las convenciones internacionales suscriptas.</p> <p>3. Hace referencia de manera incompleta (menos de 3) y/o genérica a grupos en situación de vulnerabilidad y/o hace referencia explícita a situaciones que requieren protección (como maternidad), y/o ámbitos (laborales y/o educativos) y/o refiere a contextos (penitenciarios o cárceles) y/o consumo problemático</p> <p>2. Brinda protección sólo frente a la indigencia o situación de pobreza o sin recursos económicos y/o brinda protección especial y atención a grupos vulnerables pero sin mención explícita de sujetos de protección y/o sin medidas afirmativas que se vinculen con el derecho a la salud.</p> <p>1. No tiene ningún tipo de regulación sobre grupos en situación de vulnerabilidad y/o sólo se rige por el principio de igualdad y no discriminación.</p> <p>0. No tiene ningún tipo de regulación sobre contextos o actividades sujetas a protección y/o no contiene normas al respecto.</p>
<p>7. Interculturalidad y pluralismo jurídico</p>	<p>5. Hace referencia explícita a otros paradigmas o cosmovisiones ancestrales, saberes rurales o indígenas y menciona la interculturalidad en el marco de protección de los saberes ancestrales y/o asegura la medicina tradicional indígena y/o regula explícitamente el paradigma del buen vivir de los pueblos indígenas y/o explícitamente reconoce y protege la diversidad étnica y/o menciona la promoción de un sistema de salud con enfoque intercultural y/o reconoce las cosmovisiones indígenas y promueve su coexistencia con la biomedicina.</p> <p>4. Hace referencia explícita a la interculturalidad de conformidad a los tratados internacionales de derechos humanos y/o reconoce el pluralismo cultural estatal y/o reconoce el pluralismo sanitario y/o menciona derechos indígenas y/o promueve políticas públicas que incorporen el enfoque intercultural en la salud.</p> <p>3. No menciona explícitamente la interculturalidad y/o lo hace de manera subsidiaria y/o complementaria a los saberes técnicos o medicina oficial y/o regula alguna figura como agentes o facilitadores sanitarios interculturales y/o promueve el respeto por prácticas y saberes ancestrales incluyendo el respeto a su cultura y tradiciones.</p> <p>2. No hace referencia a interculturalidad pero reconoce algún tipo de derecho de los pueblos indígenas (preexistencia de los pueblos indígenas, a sus territorios, etc) y/o solamente menciona el respeto a su cultura, tradiciones, lengua.</p> <p>1. No hace ningún tipo de referencia a la interculturalidad, ni reconoce medicinas tradicionales indígenas, o derechos de los pueblos indígenas</p> <p>0. Prohíbe medicinas tradicionales indígenas y prácticas interculturales</p>

<p>8. Información sanitaria y participación social</p>	<p>5. Regula de manera explícita algún aspecto de la participación ciudadana en sus propios procesos de salud, como el consentimiento informado, e incluye al menos un elemento sobre el acceso a la información sanitaria y/o reconoce la participación social como parte integral del derecho a la salud y/o establece la responsabilidad del Estado de garantizar información sanitaria accesible y/o promover programas o políticas que faciliten la información y la participación en salud y/o permiten a la ciudadanía participar en la gestión del sistema de salud y/o dispone mecanismos de consulta popular y/o establece que la participación ciudadana es un principio rector del sistema de salud.</p> <p>4.Regulación General sobre Información y Transparencia: No regula de forma específica sobre la participación en decisiones sanitarias, pero incluye disposiciones generales sobre el acceso a la información pública. Además, puede establecer mecanismos de transparencia que, aunque no sean exclusivos del ámbito de la salud, resultan aplicables de forma indirecta.</p> <p>3.Participación Vinculada a Desarrollo Comunitario: Limita la regulación a aspectos relacionados con la participación comunitaria en el desarrollo local o la educación para el consumo, sin incluir normas específicas sobre la participación en procesos de salud o en la definición de prioridades sanitarias. Tampoco aborda explícitamente el acceso a información sanitaria específica.</p> <p>2.Se limita a una referencia general sobre la participación ciudadana, considerándola un deber colectivo, pero no desarrolla mecanismos específicos de participación ni regula el acceso a la información sanitaria.</p> <p>1.Ausencia de regulación o restricciones: No establece disposiciones específicas sobre la participación ciudadana en salud ni sobre el acceso a la información sanitaria. En algunos casos, puede incluir restricciones explícitas o implícitas a la participación y/o limitar el acceso a la información sanitaria.</p> <p>0. No contiene normas al respecto.</p>
<p>9.Características del sistema de salud</p>	<p>5.Define características que asume el sistema de salud en concordancia con los estándares de derechos humanos con criterios amplios para todas las personas (regula sobre la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, gratuidad, calidad, universalidad) y/o agrega otros estándares (equidad, solidaridad, esencialidad de los servicios, interculturalidad).</p> <p>4.Define sólo algunos lineamientos mínimos del sistema de salud referidos al modelo de atención, modelo de gestión, o modelo de financiamiento para garantizar el derecho a la salud y/o define sólo la universalidad del sistema y/o regula sólo sobre las características que debe tener el sistema de seguridad social y los principios que lo rigen.</p> <p>3 Define las características de los servicios sanitarios que debe garantizar el Estado y/o define aspectos relevantes del personal de salud y/o solo establece un atributo del sistema de salud y/o establece la responsabilidad del estado de garantizar servicios básicos y/o priorizar la atención a cierta población y/o define los servicios sanitarios como derecho social o bien social.</p> <p>2. Establece los lineamientos que debe tener una ley de regulación del sistema de salud y/o deja librado al establecimiento de políticas para definir las características del sistema de salud.</p> <p>1. Define características que asume el sistema de salud pero difiere con los estándares y/o de derechos humanos incorpora otros como por ejemplo esenciales, interculturales, etc.</p> <p>0.No contiene normas al respecto, no menciona características del sistema de salud, ni fija lineamientos para una ley posterior, ni refiere a una ley posterior del sistema.</p>
<p>10.Coordinación y articulación jurisdiccional</p>	<p>5. Existe mención expresa sobre formas de coordinación y articulación interjurisdiccional, intergubernamental, subnacional y/o intersectorial del derecho a la salud (integración, coordinación, compartir información) y/o establece el rol del ministerio de salud como órgano rector de la política sanitaria.</p> <p>4. Existe regulación pero incompleta sobre formas de coordinación y articulación interjurisdiccional y/o intergubernamental y/o subnacional.</p> <p>3. Existe sólo regulación en relación a compartir o colaborar en proveer</p>

	<p>información entre jurisdicciones, organismos y/o esferas subnacionales.</p> <p>2. No menciona ningún tipo de mecanismos de coordinación y articulación pero requiere de legislación secundaria para el establecimiento.</p> <p>1. No menciona ningún tipo de mecanismos de coordinación y articulación en materia sanitaria, ni definen roles en relación a la política sanitaria.</p> <p>0. No contiene normas al respecto.</p>
<p>11.Mecanismo y fuentes de financiamiento</p>	<p>5. Regulación Completa y Detallada: El texto constitucional hace una referencia explícita, específica y completa a los mecanismos o fuentes de financiamiento a cargo del Estado. Incluye disposiciones claras sobre mínimos legales obligatorios a destinar al sector salud, prohíbe la privatización o concesión de recursos y servicios públicos de salud, y garantiza el principio de progresividad y no regresión fiscal. También establece la prohibición de desviar los fondos de salud hacia otros fines y explicita principios que rigen la asignación y distribución del gasto en salud.</p> <p>4. Obligación Estatal Genérica Establece la obligación y responsabilidad del Estado de destinar recursos financieros al sector salud, pero de manera genérica, sin especificar fuentes o mecanismos concretos. Puede incluir límites a la reasignación presupuestaria e incorporar fuentes de financiamiento ambientalmente sostenibles, coherentes con una política sanitaria.</p> <p>3. Regulación Incompleta o Condicionada: Hace referencia parcial a mecanismos y fuentes de financiamiento, con detalles sujetos a una ley posterior. Puede incluir prohibiciones de descentralizar competencias sin la asignación correspondiente de recursos, pero no desarrolla completamente cómo se implementará el financiamiento.</p> <p>2. Lineamientos Generales para el Gasto en Salud: Define lineamientos básicos que deben regir la provisión del gasto en salud, sin especificar mecanismos, fuentes concretas, o formas de distribución de los recursos.</p> <p>1. No establece disposiciones específicas sobre el gasto en salud. Puede mencionar fuentes de financiamiento que no son ambientalmente sostenibles o adecuadas. La responsabilidad estatal está definida de manera general, aplicando lineamientos básicos de gasto público que dependen de una legislación secundaria y no son específicos para el sistema de salud.</p> <p>0. Menciona la responsabilidad de pago de servicios a cargo del individuo y/o no contiene normas al respecto.</p>
<p>12.Limitaciones a la propiedad. Regulación de monopolios. Función social</p>	<p>5. Regulación Completa: El derecho a la propiedad está explícitamente sujeto a limitaciones vinculadas con el cumplimiento de su función social para garantizar la salud, el bienestar, o el interés público. Prohíbe prácticas monopólicas desleales, anticompetitivas, o especulación sobre bienes básicos. Incluye restricciones explícitas a la privatización de recursos estratégicos esenciales para el desarrollo social o la salud.</p> <p>4. Regulación Delegada y Principios Generales: El texto constitucional remite a la creación de normas secundarias para regular la función social de la propiedad. Reconoce la defensa de la competencia, pero no incluye una prohibición explícita de monopolios. Contiene criterios interpretativos generales relacionados con la justicia social, fiscal o económica, pero sin desarrollar mecanismos específicos.</p> <p>3. Referencia a Tratados de Derechos Humanos y Comercio Justo: Remite a tratados internacionales de derechos humanos para establecer limitaciones al derecho a la propiedad, promoviendo el interés colectivo. Incluye la prohibición de firmar tratados comerciales que resulten desfavorables para la soberanía económica, los derechos sociales, o la salud pública y/o establece prohibiciones de captura corporativa, limitaciones a la empresas transnacionales en salud.</p> <p>2. No regula sobre limitaciones de la propiedad (en la constitución, no remite a tratados, no a la creación de normas de menor jerarquía).</p> <p>1. La propiedad privada no está sujeta a ningún tipo de limitación.</p> <p>0. Prohíbe cualquier tipo de limitación a la propiedad privada y/o no contiene normas al respecto.</p>

Fuente: Elaboración propia

El documento se puede copiar, descargar o imprimir para uso propio siempre que se reconozca adecuadamente la fuente y autoría.

Esta publicación se cita como: **GIZ (2025). "Determinantes legales de la salud: Propuesta metodológica para el análisis comparado del derecho a la salud. Elaborado por: María Natalia Echegegoyemberry"**

Cláusula de exención de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus autores/as y no representan necesariamente la opinión y/o posición oficial del Programa DIRAJus IV de la Agencia de Cooperación Alemana (GIZ), ni puntos de vista oficiales.

Agradecimientos y reconocimientos: Desde el equipo de coordinación del Foro Permanente, queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que, de manera generosa y desinteresada, formaron parte de este valioso proceso de debate. A las y los expertos que participaron, les brindamos nuestro reconocimiento por su compromiso con el acceso a la justicia y el derecho a la salud en América Latina.

Este proceso se enriqueció con la participación de especialistas de América Latina y el Caribe, quienes compartieron sus conocimientos y experiencias contribuyendo a construir un espacio de reflexión colectiva y aprendizaje compartido. A continuación se mencionan::

Walter Alejandro Cruzatti Ojanama, Alexander Schubert, Arcaido Cedeno, Atahualpa Blanchet, Camila Gianella Malca, Claudia Brolese, Claudia Madies, Dayton Farfán Pinoargote, Diana Silva, Eduardo Quiroga, Francisco Verbic, Gabriel Medrano, Leonardo Mattos Vidal, Luciano Bottini Filho, María Marta Cozzarin, Mariela Ortiz Urquieta Matheus Falcao, Gonzalo Moyano, Catherine Pineda Eris, Noemí Alemany, Pablo Damián Colmegna, Paula Goes, Paula Rojo, Rocío Quintero, Romina Duarte, Santiago Pereyra Campos, Susana Saavedra, Vanina Picardo, Verónica Fuente Kleiner, Viviana Camacho, Karen Vargas López, Walter Flores y Paula Montero Danese, Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA). Desde el **Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática,** brindaron asistencia en el proceso: **Javier Garrido, Candelaria Churin, Amadeo Garrido y Lucía Allassia y Vanina Picardo.**

Los comentarios y reflexiones de los participantes son a título personal y no representan necesariamente la opinión o posición oficial del Programa DIRAJus de la GIZ.

La dirección del Programa DIRAJus IV de la GIZ se encuentra a cargo de la **Dra. Helen Ahrens,** mientras que la coordinación general del Foro Permanente sobre "Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud" fue realizada por **María Natalia Echegegoyemberry.**