



El derecho a la salud y cobertura asistencial lograda en América Latina

Cesar Gattini¹
OCHISAP
Diciembre de 2025

RESUMEN

El derecho a la salud se refiere esencialmente al “*derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr*”. Este derecho fundamental tiene un carácter indisociable de otros derechos humanos, lo que requiere un enfoque conjunto e integral. Impone límites y obligaciones a los Estados, especialmente sobre el derecho a la atención de salud y a las condiciones consideradas determinantes sociales de la salud. Su cumplimiento es imperativo, pero resulta difícil de completar, precisar y medir en una norma universal. Puede estar limitado por falta de recursos u otros serios obstáculos, pero tales limitaciones no extinguen la obligación de seguir progresando en dicho cumplimiento. Es esencial precisar el concepto jurídico y sanitario, la legislación e iniciativas nacionales e internacionales que lo incluyen y favorecen, como la Cobertura Universal de la Salud y los Objetivos de Desarrollo Sustentable. Dado ese contexto, este artículo sintetiza el estudio de aspectos conceptuales, jurídicos y organizacionales del derecho a la salud en América Latina, apoyado por indicadores de atención de salud, situación de salud y determinantes sociales. El desarrollo global en América Latina (según Índice de Desarrollo Humano e indicadores básicos de salud) es de un nivel medio-alto de desarrollo. Existe distinto nivel asistencial y de salud entre los países, con mayor cumplimiento del derecho en aquellos con mayor desarrollo. Para un mayor progreso en los países, se requiere consolidar las legislaciones nacionales, adoptar los mecanismos necesarios para una efectiva aplicación, y procurar un suficiente y equitativo desarrollo global.

Palabras clave: Derechos a la Salud, Derechos de Atención Sanitaria, Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Legislación Sanitaria, América Latina.

Cada Estado tiene un crucial rol y responsabilidades sobre el derecho a la salud, con el resguardo del derecho de cada persona al grado máximo de salud que se pueda lograr. El ámbito de acción requerido es muy diverso, incluyendo aspectos constitucionales, legislativos, de protección y seguros sociales, políticas y programas, atención de salud, y desarrollo global. Este derecho fundamental resulta complejo de precisar, cumplir y vigilar, dada la amplitud del concepto, su carácter valórico, y las exigencias determinadas por el derecho internacional. La fijación de objetivos y metas relacionadas con el derecho, así como su vigilancia y rendición de cuentas, requiere contar con adecuada y oportuna información y conocimiento, con el apoyo de adecuadas directrices y metodologías de información y seguimiento. Para ello, se dispone de útil documentación sobre derecho, salud y desarrollo que aportan diversas entidades internacionales, incluyendo algunos reportes y estadísticas sobre América Latina. (1-3).

El derecho a la salud tiende a estar incorporado en diversas estrategias e iniciativas sobre salud y desarrollo global (4-8). El ejercicio del derecho a la salud se fortalece con un abordaje multidisciplinario, bajo la normativa internacional sobre derechos humanos e iniciativas como la Cobertura Universal de Salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (4,5). Este artículo revisa la cobertura asistencial lograda en América Latina, desde la perspectiva del derecho a la salud.

¹ Instituto de Salud Poblacional, Universidad de Chile, Santiago de Chile. Email: cesargattini@hotmail.com

DERECHO A LA SALUD

El concepto del derecho a la salud tiene distinto significado, lógica y lenguaje en las ciencias jurídicas y en salud pública, lo que trae como consecuencia distintos modos de entender ese derecho. La salud misma tiene distintas dimensiones y diversas definiciones. Destaca la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), que la define como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad*” (9). A su vez, el bienestar tiene una dimensión objetiva, entendido como el “*conjunto de las cosas necesarias para vivir bien*” (calidad de vida) y una subjetiva, definida como “*estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica*” (10). En este contexto, el derecho a la salud es el “*derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr*”, lo que no significa que sea el derecho a estar sano o al aseguramiento de un completo bienestar (2,3).

El derecho a la salud incluye derechos específicos y abarca las libertades de las personas de controlar su propia salud y su cuerpo. Es considerado un derecho humano esencial e indisoluble de otros derechos humanos, con los cuales está estrechamente vinculado, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Su condición de derecho humano de carácter social implica considerar todo el conjunto de estrategias y mecanismos que son necesarios para mejorar aquellos factores que influyen en el bienestar y en la equidad social y sanitaria (11-15).

Cada persona tiene un derecho contra el Estado para que este último le entregue un bien, le transfiera una suma de dinero o realice una determinada prestación, que permite al individuo hacer uso efectivo de su libertad. La protección estatal procura que todas las personas puedan gozar de adecuada calidad de vida, con la mejor salud posible de salud, donde el Estado realice las acciones necesarias para asegurar la mejor salud posible (1,2,15,16).

Es necesario distinguir entre las prestaciones a las que cada Estado se obliga de acuerdo con su legislación nacional, y aquellas que el Estado contrae en relación con los tratados internacionales suscritos sobre el

derecho a la salud, especialmente en relación con la atención de salud que se necesita garantizar. En cuanto derecho prestacional, el derecho a la salud es definido como “*el derecho a acceder a una atención médica de buena calidad, sin discriminación y sin riesgo de ruina económica*” (15). Los criterios de adecuada atención son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, con necesidad de vigilancia nacional e internacional de esos criterios (2,15).

Las obligaciones de cumplimiento establecidas por el derecho internacional no siempre se pueden materializar, debido a diversos tipos de limitaciones y obstáculos, especialmente por carencia de recursos nacionales o individuales. Pero el incumplimiento no exime a los Estados de la obligación de seguir progresando en el cumplimiento del derecho a la salud, conforme a la legislación nacional y el derecho internacional (1,2,15).

El Estado también tiene la responsabilidad de materializar otros derechos sociales relacionados con condiciones que influyen en la salud de las personas, que se denominan “*determinantes sociales de la salud*” (3,12-15). La Organización Mundial de la Salud (OMS) los define como “*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*” (12).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (encargado del seguimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), destaca algunos determinantes sociales relevantes, como el acceso al agua potable; condiciones sanitarias; alimentos sanos; nutrición y vivienda adecuadas; adecuadas condiciones de trabajo y del medio ambiente; acceso a educación e información sobre temas de salud; y salud sexual y reproductiva. Desde la salud pública, las prestaciones asistenciales y sociales se consideran parte del derecho a la salud en cuanto obligación estatal; pero desde las ciencias jurídicas, tales prestaciones constituyen derechos sociales independientes del derecho a la salud (12-15).

La atención de salud es clave como derecho esencial, pero su impacto es solo minoritario respecto a otros

factores que influyen en la situación de salud de cada persona. En un estudio de causalidad de mortalidad en Canadá, en 1991, Alan Dever encontró que el 43% de la mortalidad estaría más relacionada con el estilo de vida (hábitos y comportamiento psico-cultural), el 27% con los factores hereditarios o genéticos de cada persona, el 19% con factores del medio ambiente (físico, químico, biológico y social), y sólo el 11% de la mortalidad se considera más relacionada a la organización y provisión de servicios del sistema de salud (17).

INICIATIVAS INTERNACIONALES

El derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados se encuentran incluidos en diversas iniciativas, compromisos y convenios internacionales que han surgido desde entidades como las Naciones Unidas, sus Estados Parte o de acuerdos entre países. El derecho a la salud como derecho fundamental fue formulado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 y la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 (9,11). En el 2000, las Naciones Unidas establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como el propósito de ser cumplidos en 2015 (20). Varios de esos objetivos incluían indicadores relacionados con la salud y determinantes sociales, como la pobreza, empleo, nutrición, educación, mortalidad de la niñez, salud materna y abordaje de enfermedades infecciosas relevantes pero afectas a prevención y control. Durante ese período, los países latinoamericanos lograron avances en el cumplimiento del derecho a la salud, aunque a niveles distintos según el grado de desarrollo humano alcanzado en cada país, destacando especialmente Chile y Brasil (20).

El objetivo de Salud en Todas las Políticas busca que todas las políticas nacionales tengan en debida cuenta a la salud y el bienestar. Este enfoque se refleja también en la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), que aboga por una acción conjunta entre el sistema de salud, los sectores intersectoriales y la comunidad, con el fin de alcanzar el objetivo de "salud para todos". Esta estrategia está alineada con la iniciativa de Cobertura Universal de Salud (CUS), que busca garantizar el acceso universal a servicios de salud según las necesidades, así como una protección

financiera que asegure el acceso y evite el empobrecimiento como resultado de la atención sanitaria, todo ello manteniendo una calidad efectiva en los servicios. Los sistemas de salud requieren procurar una equidad asistencial, asegurando una distribución eficiente de los recursos de acuerdo con las necesidades locales, especialmente en aquellas áreas con mayor vulnerabilidad social y sanitaria. También es necesario mejorar la cobertura asistencial en cada grupo y área, adaptando las políticas y estrategias a las realidades y necesidades locales (4-8,16,18).

Ese enfoque también está incluido en la actual Agenda 2030 sobre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cuyo Objetivo 3 formula "*Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades*". Varios de los ODS se relacionan, directa o indirectamente, con la salud y sus determinantes sociales. El Objetivo 3.8 plantea lograr cobertura sanitaria universal, protección contra los riesgos financieros y acceso a servicios de salud esenciales de calidad. (5).

LEGISLACIÓN RELACIONADA CON EL DERECHO A LA SALUD

Las constituciones políticas no solo señalan la distribución del poder entre distintos órganos estatales, con el reconocimiento y garantía de los derechos fundamentales, sino que también establecen un orden de valores y aportan un espacio de deliberación para la interacción de distintas visiones políticas. El espacio que otorga cada constitución a los órganos legislativos es muy importante y se requiere prescribir de modo preciso, la forma en que los derechos sociales deben concretizarse (2,3,14,16)

El cumplimiento del derecho a la salud requiere la existencia de un adecuado marco jurídico y normativo, con medidas administrativas, financieras, educativas y sociales. Incluye la adopción de medidas de protección social y subsidios a los sectores pobres y vulnerables, inspirados en el principio de la justicia social, para abordar problemas de inequidad (desigualdad injusta y evitable). El nivel económico de un país y su modelo político y económico prevalente son cruciales respecto al uso del recurso financiero global disponible, incluyendo los recursos públicos que se pudieran

destinar al sistema de salud y al progreso de los determinantes sociales de la salud (2,3,21-24)

En línea con el derecho internacional, cada Estado requiere adecuar su ordenamiento jurídico a las normas relacionadas con el derecho a la salud de toda la población, y adoptar los mecanismos para asegurar su cumplimiento, al menos en lo referido a los contenidos básicos mínimos. El Estado tiene la potestad para exigir que se cumplan todos los principios, preceptos y reglas establecidos en relación con el derecho a la salud, ya sea por parte del Estado o de la sociedad civil. Pero eso no significa que la totalidad de los recursos o acciones deban ser de origen estatal, pues los Estados pueden recurrir a entidades no estatales (sector privado, con y sin fines de lucro), a las redes de seguridad social y a otros mecanismos para poder garantizar el debido acceso a los servicios de salud (2,3,14-16).

La protección social en salud requiere contar con adecuados seguros de salud, capacidad de financiamiento, aporte fiscal según necesidad, y un efectivo y equitativo sistema asistencial. En la jurisprudencia constitucional de los distintos países, es importante tener en cuenta la estructura de los derechos sociales y vigilar su cumplimiento (16,18,19).

En general, la legislación de los países de América Latina es coherente con las declaraciones y normas e internacionales sobre el derecho. Entidades como la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la OMS y el Banco Mundial aportan útil asesoría y vigilancia a los países de América Latina para procurar mejorar la organización, calidad, cobertura y equidad de los sistemas de salud (4-8).

La mejoría de los sistemas de salud y el cumplimiento del derecho basado en la legislación nacional puede enfrentar diversas limitaciones y desafíos. El acceso a la atención de salud puede estar limitado por problemas de cobertura de prestación social y seguros, recursos del sistema (especialmente en países de menor desarrollo), acceso económico a la atención de salud y la calidad de los servicios de salud. Todo ello puede repercutir en inequidad asistencial y de salud al interior de los países, limitando el derecho a la salud (4-6,21-24).

CUMPLIMIENTO DEL DERECHO A LA SALUD

Las medidas tendientes a concretar el derecho a la salud deben ser deliberadas, concretas y orientadas al cumplimiento de las obligaciones internacionales, bajo la responsabilidad del Estado e independiente del régimen de gobierno o sistema económico imperante. Pero siempre surge la pregunta sobre qué grado de cumplimiento es suficiente para poder asegurar la materialización de este derecho y cumplir con el requerimiento internacional, cuyos criterios han sido planteados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1,3,13-15).

La estructura y el desempeño del sistema de salud depende en gran medida del contexto político, económico y social en el cual se ubica. La atención de salud busca responder a muy diversas necesidades sanitarias y otorga especial prioridad a los grupos con mayor vulnerabilidad social y sanitaria. (6,8,18).

El requisito esencial para lograr la cobertura universal de salud es la organización de servicios de salud de calidad. Para una adecuada atención de salud de calidad, los servicios de salud requieren contar con debida organización, recursos (personal, financiamiento, equipo, medicamentos), gestión y desempeño, y condiciones que permitan asegurar el acceso geográfico, económico y cultural de todas las personas, con aceptabilidad y disponibilidad continua en el tiempo. Los derechos humanos pueden proporcionar criterios y orientaciones para el desarrollo de los sistemas de salud (1,8,13-15).

Dado el aporte de útil documentación sobre salud y desarrollo, que tiene implicancias para el derecho a la salud en América Latina, se ha revisado la documentación de diversas entidades como las Naciones Unidas (especialmente OMS, la Comisión de Determinantes Sociales y Culturales, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y el Banco Mundial. Algunas de esas fuentes tienen una extensa base de datos, con indicadores cuantitativos y cualitativos, que sirven para conocer las situaciones nacionales relacionadas con el derecho a la salud (**Cuadro 1**) (4-8,27-29).

Cuadro 1. Integración, principales fuentes de ingreso en los sistemas de salud y gasto en salud de los países de América Latina, 2022

País	Grado de segmentación	Principales fuentes de ingresos	Gasto como % del PIB		Gasto de bolsillo (% Gasto Corr.)	Índice de Cobertura *
			Público	Privado		
Argentina	Avanzado Semi integrado	Contributivo y recursos fiscales	6,1	3,4	22,4	79
Bolivia	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	5,9	2,2	22,7	65
Brasil	Unificado - Integrado	Recursos fiscales	4,5	5,4	22,7	80
Chile	Avanzado Semi integrado	Contributivo y recursos fiscales	5,2	4,1	30,3	82
Colombia	Avanzado Semi integrado	Contributivo y recursos fiscales	6,5	2,5	13,7	80
Costa Rica	Integrado	Contributivo y recursos fiscales	5,3	2,3	20,7	81
Cuba	Integrado	Recursos fiscales	12,6	1,2	8,4	83
Ecuador	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	5,3	3,0	30,6	77
El Salvador	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	6,4	3,3	26,7	78
Guatemala	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	2,3	4,4	61,0	59
Haití	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	0,4	1,8	43,5	54
Honduras	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	2,4	5,3	51,7	64
México	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	3,0	3,0	41,4	75
Nicaragua	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	6,1	3,1	30,8	70
Panamá	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	5,4	4,2	37,3	78
Paraguay	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	4,5	3,5	35,9	72
Perú	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	4,0	2,1	27,2	71
Puerto Rico	Avanzado Semi integrado	Contributivo y recursos fiscales	---	---	---	---
Rep. Dominicana	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	3,3	1,6	23,6	77
Uruguay	Avanzado Semi integrado	Contributivo y recursos fiscales	6,9	2,4	15,4	82
Venezuela	Segmentado	Contributivo y recursos fiscales	1,4	2,7	28,1	75

Fuente: Banco Mundial y OPS/OMS (25); OMS y Banco Mundial (26); OPS/OMS PLISA (28)

Nota: Gasto de bolsillo en salud como % del gasto corriente en salud

* Índice de Cobertura de los servicios de salud esenciales (Indicador 3.8.1 de Cobertura Universal de Salud)

La mayoría de los sistemas de salud son mixtos, con participación de sectores públicos y privados, con distinto grado de integración. La mayoría de los países tiene sistemas de salud segmentados, con otros semi integrados mientras que Brasil, Costa Rica, Cuba y Venezuela cuentan con sistemas integrados.

En la mayoría de los países coexisten seguros de salud de modalidad contributiva y el aporte fiscal, con diverso gasto público y privado (% del Producto Ingreso Bruto), y con distinto gasto de bolsillo en salud. Ese tipo de gasto llega a ser importante en algunos países, superando el 40% del gasto corriente en salud en seis países (en Guatemala alcanza a 61,0%) mientras que en Cuba solo alcanza al 8,4%.

El Índice de Cobertura de los servicios de salud esenciales (Indicador 3.8.1) se utiliza en la vigilancia la cobertura asistencial en los países. En 2022, indicaba un rango que fluctuaba entre 83 en Cuba y solo 54 en Haití (25-28).

Los sistemas de salud en América Latina tienden a tener recursos limitados, con fragmentación, segmentación e inequidad. Ello limita el derecho a una adecuada atención de salud, especialmente en los grupos de mayor vulnerabilidad social y de salud, e impide mayor efectividad y equidad. Los gobiernos tienden a plantear alternativas de fortalecimiento y reformas, pero en general eso finalmente no se logra, por limitaciones políticas, económicas o de factibilidad. (8,21,25, 27,28). En 2022, América Latina registraba una población de 645 millones de habitantes distribuidos en 21 países de distinto nivel socioeconómico y desarrollo humano.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) de América Latina alcanzaba a 0,760, equivalente a un país de alto desarrollo. Pero existe notoria variación en países, destacando por un lado el muy bajo desarrollo de Haití (IDH de 0,552) y por otro lado Puerto Rico y Chile, que superan el IDH de 0,850 (**Cuadro 2**) (30-33).

Cuadro 2. Indicadores básicos de salud y desarrollo en países de América Latina, según nivel de Índice de Desarrollo Humano, 2022

Indicador	Rango de Índice de Desarrollo Humano							Total
	<0,600	0,601-0,650	0,651-0,700	0,701-0,750	0,751-0,800	0,801-0,850	>0,850	
Países (n)	1	2	4	1	7	4	2	21
Población total (en millones)	11,5	28,3	53,3	6,8	464,2	58,3	22,8	645,2
Proporción de población regional (%)	1,8	4,4	8,3	1,0	72,0	9,0	3,5	100,0
Índice de Desarrollo Humano	0,552	0,627	0,692	0,731	0,766	0,842	0,863	0,760
Producto interno bruto per cápita (miles de USD)	3,2	10,9	6,6	16,3	20,3	29,5	33,6	19,7
Gasto de salud per cápita (miles de USD)	0,08	0,43	0,31	0,86	1,17	1,85	2,44	1,15
Razón de camas hospitalarias (1 000 habs)	0,7	0,4	1,1	1,0	1,5	3,0	2,1	1,6
Densidad de Médicos/as (10 000 habs)	2,4	9,9	14,0	32,4	24,3	36,5	28,6	23,8
Cobertura de inmunización en menores de 1 año (%), BCG	77,0	83,3	84,2	67,0	90,0	83,6	99,0	88,5
Cobertura de inmunización en menores de 1 año (%), DPT3-vc	73,0	79,9	69,1	57,0	80,7	85,4	96,0	80,3
Demanda satisfecha de planificación familiar, método moderno (%)	49,8	73,8	77,7	82,4	85,2	82,0	84,4	83,1
Proporción de partos atendidos en establecimientos de salud (%)	67,3	71,0	97,2	98,1	97,2	99,3	99,5	97,8
Tasa de mortalidad infantil (1 000 nv)	44,0	17,0	18,5	15,0	11,9	8,3	5,4	12,7
Razón de mortalidad materna (100 000 nv)	350,4	86,7	243,8	71,1	68,4	41,7	17,8	84,5
Tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles (100 000 hbs)	218,1	117,6	99,7	74,1	67,2	85,1	29,5	75,2
Esperanza de vida al nacer (en años)	63,7	69,4	70,2	70,5	74,1	76,3	79,6	73,8
Prevalencia de la pobreza (%) con ingresos inferiores a USD 6,85 diarios	- - -	18,3	19,4	19,9	25,2	11,1	4,7	22,3
Prevalencia de la pobreza (%) con ingresos inferiores a USD 2,15 diarios	29,2	10,7	2,9	1,3	3,0	0,6	0,4	23,8
Tasa de desempleo (%)	14,7	4,5	4,8	6,8	7,5	7,4	7,1	88,5
Escolaridad promedio (años)	5,6	6,3	9,1	8,9	8,8	10,8	11,1	9,1
Prevalencia de la subalimentación (%)	50,4	15,5	17,8	4,5	4,3	3,4	- - -	6,8
Índice de Gini (%)	41,1	48,3	43,3	45,1	48,4	42,0	43,0	83,1

Fuente: Elaborado en base a Base de Datos del Banco Mundial, OPS/OMS (PLISA) y PNUD para el IDH (21,28-31).

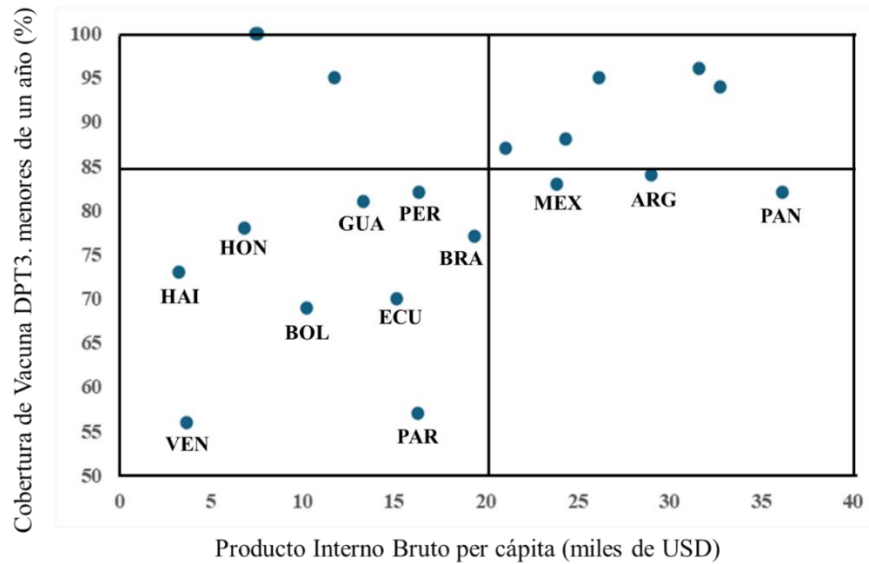
El gasto de salud per cápita en América Latina es de 1,15 mil dólares. Los países con mayor IDH gastan 2,44 mil dólares per cápita, pero en Haití solo alcanza a 0,08 mil dólares, con importantes limitaciones de cobertura de atención de salud y de condiciones de los determinantes sociales. También destaca el caso de Cuba, que teniendo solo 3,8 mil dólares per cápita de Producto Interno Bruto (PIB), destina 2,48 mil dólares per cápita para gasto en salud (30-33).

La disponibilidad de médicos y camas hospitalarias por mil habitantes se usan como indicadores de recursos asistenciales, con gran variación entre los países, pues en los países de mayor desarrollo existe tres veces la disponibilidad de camas que aquellos con menor desarrollo. La disponibilidad de médicos

por 10 mil habitantes a nivel regional alcanza a 23,8 médicos por 10 mil habitantes, pero el rango fluctúa entre 45,1 y 3,2 médicos por 10 mil habitantes en Uruguay y Haití, respectivamente (30-33).

Doce de los países tienen una cobertura de vacuna contra la Difteria, B. Pertussis y Tétanos (DPT3) en menores de un año (%) que es inferior a 85%, destacando la baja cobertura en Venezuela y Paraguay. Por otro lado, México y Argentina tienen entre 80% y 85% de cobertura, destacando que son grandes países federales con distinta cobertura sanitaria entre sus distintas áreas y Estados. Haití tiene muy escasa disponibilidad de recursos, pero reporta una cobertura de 73,0%, lo que no parece ser un registro correcto (**Figura 1**) (30,33).

Figura 1. Cobertura de vacuna DPT3 en menores de un año (%) según Índice de Desarrollo Humano en países de América Latina, 2022.



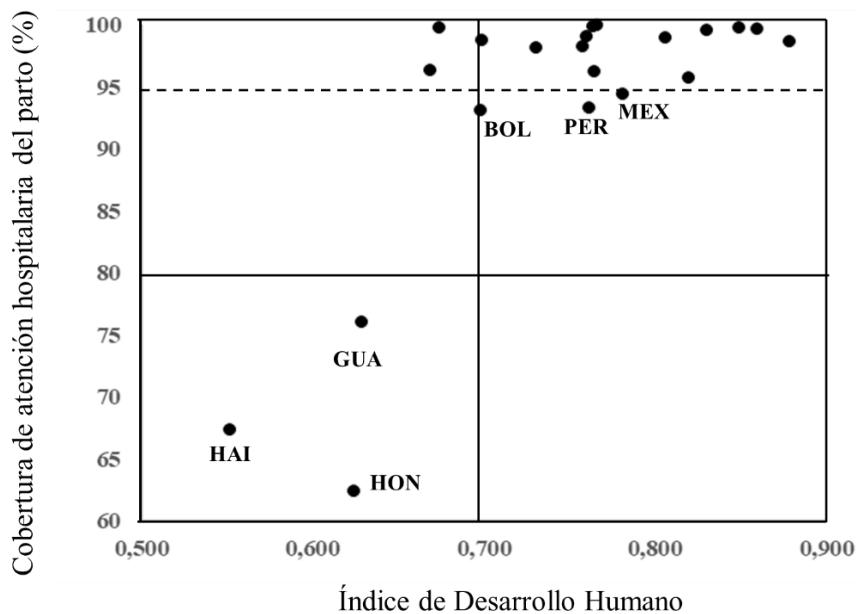
Fuente: OPS/OPS PLISA, Base de Datos Banco Mundial

Nota: Se indica países con cobertura de vacuna DPT3 en menores de un año (%) inferior a 85%. Puerto Rico no reporta cobertura.

La mayoría de los países de América Latina ha logrado una cobertura de atención hospitalaria del parto superior al 95%, aunque se mantiene un déficit

más notorio en Haití, Guatemala y Honduras, que son países de menor nivel de desarrollo humano (**Figura 2**) (30,33).

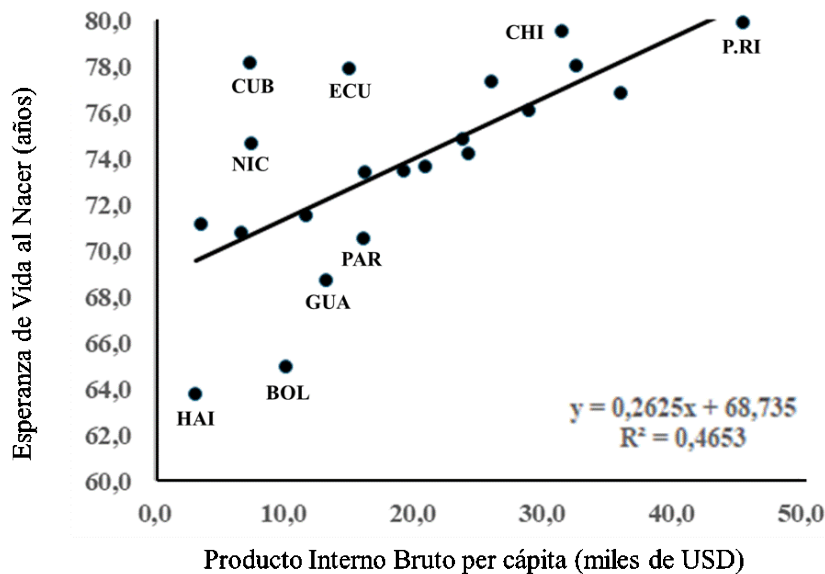
Figura 2. Cobertura de atención hospitalaria del parto (%) según Índice de Desarrollo Humano en países de América Latina, 2022.



Fuente: OPS/OPS PLISA, Base de Datos Banco Mundial

Nota: Se indica países con cobertura de atención hospitalaria del parto inferior a 95%

Figura 3. Años de Esperanza de Vida al Nacer según Producto Interno Bruto per cápita en países de América Latina, 2022



Fuente: OPS/OPS PLISA, Base de Datos Banco Mundial

Nota: En la figura se indica países más alejados de línea de tendencia y los que tienen mayor EVN

El nivel económico de un país, sintetizado entre otros aspectos por el PIB per cápita, tiene alta relación con el nivel de salud, reflejado por la Esperanza de Vida al Nacer (Figura 3). En los extremos de valores de desarrollo en América Latina se encuentran Puerto Rico y Haití, pues mientras el primero tiene un PIB per cápita de 45,6 mil dólares y es un Estado de los Estados Unidos de América, Haití solo cuenta con un PIB per cápita de 3,2 mil dólares. También destaca que Cuba y Venezuela solo registran un PIB per cápita de solo 7,5 y 3,7 mil dólares respectivamente. A pesar del bajo nivel de PIB per cápita en Cuba, ese país registra altos niveles relacionados con la atención de salud y el nivel de salud (30-33).

El desarrollo económico de un país no solo contribuye a un mejor sistema de salud, sino que, a mejorar las condiciones de los determinantes de salud, produciendo en conjunto un mejor nivel de salud. Ello se refleja la Esperanza de Vida al Nacer (EVN), que aumenta en los países con mayor producto interno bruto per cápita (**Figura 3**). De un modo extremo, Haití y Bolivia tienen una EVN menor a 65 años. Mientras que Puerto Rico y Chile están en torno a los 80 años. Cuba destaca por lograr

un EVN de 78 años, a pesar de su limitado nivel económico (30).

El derecho a la salud en América Latina, al igual que en otras regiones del mundo, puede ser favorecido en la medida que se logre paulatinamente la Cobertura Universal de Salud (18,19) y el progreso respecto a los Determinantes Sociales de la Salud (34), lo cual OMS monitorea y plantea una serie de recomendaciones de acción.

CONCLUSIONES

El concepto del derecho en salud es amplio y complejo, determinado por diversas perspectivas disciplinarias, convenciones y acuerdos internacionales sobre salud y derechos humanos. Esa complejidad, junto a lo valórico del concepto, dificulta una mayor precisión y vigilancia de su eventual grado de cumplimiento en los países. Se cuenta con útiles reportes, directrices e indicadores sobre salud y desarrollo que son aportados por organismos internacionales como las Naciones Unidas, los que sirven para comprender mejor, aplicar y vigilar el cumplimiento del derecho a la salud en América Latina. Es importante medir la

magnitud del problema, analizarlo y proponer intervenciones factibles y efectivas.

En general, la legislación sobre el derecho a la salud en los países de la región es coherente con el derecho internacional. La mayoría de los países de América Latina ha logrado una relativa alta cobertura de la atención de salud, al menos respecto a los servicios asistenciales esenciales (según el Índice de Cobertura de ODS, indicador 3.8.1) y mejores condiciones de los determinantes sociales de la salud, como ingresos, pobreza y educación. La mejor organización y cobertura de los sistemas de salud, y nivel de salud en los países de mayor desarrollo, refleja que el cumplimiento del derecho a la salud aumenta con el desarrollo global. Aún queda pendiente poder lograr una cobertura universal, con equidad social y sanitaria, lo que favorecería directamente al mayor cumplimiento del derecho a la salud en América Latina.

Para continuar progresando en el cumplimiento del derecho a la salud, es crucial continuar con un progreso global en cada país, que sea sustentable y equitativo. Ello facilitaría poder contar con un contexto favorable para el desarrollo del sistema de salud, el cual requeriría de procesos de adecuación, fortalecimiento y reformas, según necesidad

Se requiere que la fijación de objetivos y metas de salud, desarrollo global y derecho a la salud (temas estrechamente vinculados) puedan ser realistas y factibles de lograr. Ello permitiría favorecer un paulatino y efectivo progreso del derecho a la salud, en todos los países.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud, Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, No. 1. Ginebra, Suiza, 2002. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42592/9243545698_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
2. Vásquez J. Derecho a la salud. Revista IIDH. 40 Edición especial sobre Derechos económicos, sociales y culturales. Julio-Diciembre 2004 pág. 265-289. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2005. San José Costa Rica. Disponible en: <https://dspace.iidh-jurisprudencia.ac.cr/server/api/core/bitstreams/301a3bc4-0ad2-4b34-a292-dc0acd77282b/content>
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud Folleto informativo N.º 31. Ginebra, 2008. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
4. Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud. Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe. Evidencia de países seleccionados. Tania Dmytraczenko y Gisele Almeida (Ed.). Direcciones en Desarrollo. Washington, DC: Banco Mundial. 2017. doi: 10.1596/978-1-4648-1177-7. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/6b8b50b8-6c13-531a-89c0-e11be84d9a04/content>
5. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. CEPAL, 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
6. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.o Consejo Directivo. 66.A Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. CD53/5, Rev. 2. 2 de octubre del 2014, Washington, D.C., EUA. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
7. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OECD), Grupo Banco Mundial. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Disponible en: https://www.oecd.org/es/publications/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es.html

8. World Health Organization and World Bank. Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva, 2023. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080379>
9. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, 1946. Disponible en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
10. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Acceso 13 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://dle.rae.es/bienestar>
11. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/spn.pdf>
12. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. Progresos respecto del informe mundial sobre los determinantes sociales de la equidad en la salud. Informe del Director General. Consejo Ejecutivo EB154/21. 18 de diciembre de 2023. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_21-sp.pdf
13. Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR. Observación General 14. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
14. Naciones Unidas. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Folleto informativo N.º 33. Ginebra, 2009. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FS33_sp.pdf
15. Foitzick, M., The Access to Healthcare Services as a Human Rights under International Law and Its Applications in Latin American Countries: Case Studies from Argentina, Chile, Costa Rica, and Brazil. Indiana University PhD Thesis, 2016
16. OIT. Reunión Regional Tripartita sobre el futuro de la protección social en América Latina Santiago, Chile, 12 al 14 de diciembre de 2007. Documento 4. Campaña Mundial sobre Seguridad Social y Cobertura para Todos Departamento de Seguridad Social. Oficina Internacional del Trabajo. Disponible en: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_secsec_7453.pdf
17. Dever A. Epidemiología y Administración de Servicios de salud. Rockville Maryland: Aspen Publishers;1991.
18. World Health Organization. Organizing health care services to ensure universal health coverage. Geneva, July 2023. Available at: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-organizing-health-care-services.pdf?sfvrsn=9c76e3c6_3&download=true
19. Titelman D., Cetrángolo O, Acosta OL. La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. The Lancet, 16 de octubre, 2014. Traducido al español con permiso. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61780-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61780-3/abstract)
20. Organización Panamericana de la Salud. Informe final sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud en la Región de las Américas. Washington D.C.: OPS, 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34114>
21. Giedion U., Villar M. y Ávila A. Sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del Sector Privado 2010. Fundación MAPFRE. Instituto de Ciencias del Seguro. Madrid, 2010. Disponible en: <https://app.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
22. Parra Vera O. El derecho a la salud. En la Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Serie DESC. Defensoría del Pueblo. Colombia. 2003. Disponible en:

<https://repositorio.defensoria.gov.co/items/08e9de79-7844-43ab-9606-55ee0ef5d92d/full>

23. Lugo M.E. El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México, 2015. Disponible en:
http://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/lib_DerSaludMexico.pdf
24. Sánchez-Belmont M. Estudio comparativo de los sistemas de salud en América Latina. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). Documentos de Trabajo Año 2, Núm. 4, 2022. Disponible en:
<https://ciss-bienestar.org/2022/03/30/estudio-comparativo-de-los-sistemas-de-salud-en-america-latina/>
25. Florián J. Sistemas de Salud en Latinoamérica durante el período 2020 al 2023. Revista de Climatología. Edición Especial Ciencias Sociales, Vol. 24 (2024): 1374-1381 ISSN 1578-8768. Disponible en:
<https://rclimatol.eu/2024/03/08/sistemas-de-salud-en-latinoamerica-durante-el-periodo-2020-al-2023/>
26. Bancalari A., Berlinski S., Buitrago G., García MF., Dolores de la Mata D., Vera-Hernández M. Sistemas de salud e Inequidades en Salud en América Latina. CAF Working Paper #2023/9
20 de diciembre de 2023. Disponible en:
<https://scioteca.caf.com/handle/123456789/2188>
27. Naciones Unidas. Indicadores de derechos humanos: Guía para la medición y la aplicación. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. 2012. Disponible en:
<https://www.ohchr.org/es/publications/policy-and-methodological-publications/human-rights-indicators-guide-measurement-and>
28. ACNUDH-México. Construcción de Indicadores en Derechos Humanos. Experiencias Regionales. 2013. Disponible en:
<https://www.ohchr.org/es/publications/policy-and-methodological-publications/human-rights-indicators-guide-measurement-and>
29. Naciones Unidas. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Organización Mundial de la Salud. 2008. Informe sobre los indicadores para promover y vigilar el ejercicio de los derechos humanos. Disponible en:
<https://www.refworld.org/es/ref/infortem/idh/2008/es/68563>
30. Organización Panamericana de la Salud. Plataforma de Información en Salud para las Américas (PLISA). Acceso el 15 de enero de 2024. Disponible en:
<https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos>
31. Banco Mundial. World Bank Open Data. Acceso el 30 de enero de 2024. Disponible en:
<https://databank.worldbank.org/home.aspx>
32. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). CEPALSTATS. Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. Acceso el 15 de noviembre de 2024. Disponible en:
<https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/dashboard.html?theme=1&lang=es>
33. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). HDI Dataset 2021/2022. Acceso 15 de noviembre de 2024. Disponible en:
<https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>