

EL DERECHO A LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

DESDE LA PERSPECTIVA
DE ACTORES SOCIALES



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
I 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 Allassia, Candelaria Churin, Javier Garrido

Diseño/Diagramación:
Clara Ezcurra, 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**

EL DERECHO A LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

DESDE LA PERSPECTIVA
DE ACTORES SOCIALES

María Natalia Echegoyembery

ÍNDICE

ABREVIATURAS	4
PRÓLOGO	5
1. INTRODUCCIÓN	9
2. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD	14
2.1. Limitaciones de derechos en contextos sociales regresivos	15
2.1.1. Afectación de los principios de progresión y no regresión en salud	17
2.1.2. Debilitamiento de los sistemas de protección	20
2.2. Barreras económicas:	21
2.2.1. Reformas neoliberales en la accesibilidad al sistema de salud: Impactos	21
2.2.2. Prácticas de captura corporativa y distorsión de prioridades	24
2.2.3. Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud	30
2.3. Barreras administrativas y burocráticas	32
2.4. Barreras culturales y falta de pluralismo jurídico-sanitario	35
2.4.1. Disputas simbólicas en torno al derecho a la salud	39
2.4.2. Brechas tecnológicas en salud	41
3. JUDICIALIZACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD	46
3.1. La judicialización en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.	48
3.1.1. Facilitadores	48
3.1.2. Obstaculizadores	56
3.2. Judicialización del derecho a la salud en los ámbitos nacionales	59
3.2.1. Facilitadores	59
3.2.2. Obstaculizadores	60
4. CONCLUSIÓN	81
5. APÉNDICE METODOLÓGICO	85

ABREVIATURAS

CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CN	Constitución Nacional
Corte IDH	Corte Interamericana de Derechos Humanos
CUS	Cobertura Universal de Salud
ETN	Empresas Transnacionales
DESCA	Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
GIZ	Agencia Alemana de Cooperación Internacional
IA	Inteligencia Artificial
MASC	Métodos Alternativos de Solución de conflictos
NNYA	Niños, niñas y adolescentes
OC	Opinión consultiva
OEA	Organización Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBI	Producto Bruto Interno
PcD	Persona con discapacidad
PIDESC	Pacto Internacional Derechos Económicos Sociales y Culturales
TIC	Tecnología de la Información y Comunicación
UAD	Usos Alternativos del Derecho

PRÓLOGO

La pandemia de COVID-19 no sólo fue una crisis sanitaria sin precedentes, sino que también expuso y profundizó las desigualdades estructurales en América Latina. Como respuesta a esta situación, en 2020 se creó el "Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina" (Proyecto DIRAJus III de la cooperación alemana/GIZ junto con CEJA). Esta iniciativa surgió como un espacio de análisis, intercambio y difusión de información, reuniendo a una diversidad de actores, incluyendo organizaciones sociales, instituciones académicas y personas expertas. Su propósito fue comprender y abordar los desafíos estructurales que impiden el ejercicio efectivo del derecho a la salud en la región.

En la región, el derecho a la salud ha sido regulado de manera disímil, lo que ha generado desigualdades en su acceso y protección. Las comunidades en situación de vulnerabilidad, en muchos casos, no cuentan con el conocimiento necesario para ejercer este derecho de manera efectiva. A su vez, las Cortes Supremas de los países de la región desempeñan un papel clave como intérpretes del derecho a la salud en casos concretos. Sin embargo, sus criterios no siempre son consistentes con los estándares internacionales de derechos humanos, específicamente los del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, lo que genera disparidades en su aplicación.

Uno de los hallazgos fundamentales del Foro Permanente fue la necesidad de generar espacios de discusión colectiva para identificar y superar los obstáculos en el acceso a la salud. Esto requirió articular diversas disciplinas, como el derecho sanitario, el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho administrativo, con el objetivo de formular un análisis integral del problema. Además, se identificó que la influencia de esferas económicas en el derecho administrativo sanitario internacional ha condicionado la actuación de los países del Sur Global, moldeando la comprensión y aplicación del derecho a la salud. Sin embargo, aún no se han generado suficientes espacios para debatir sobre las implicancias de estos determinantes legales, económicos y políticos.

A partir de los debates y reflexiones promovidos en el Foro, en 2022 se elaboró un Documento de Trabajo sobre el Derecho a la Salud, en el que se sintetizaron los aprendizajes y perspectivas acumuladas hasta entonces. Con el fin de dar continuidad a estos esfuerzos, en 2024, en el marco del Programa DIRAJus IV de la cooperación alemana/GIZ, se llevaron a cabo nuevas instancias de discusión que permitieron profundizar el análisis y generar propuestas para fortalecer la protección del derecho a la salud. En particular, se identificaron y reunieron actores relevantes para un proceso consultivo sobre el entendimiento del derecho a la salud, con énfasis en los cuatro países pilotos del proyecto DIRAJus IV: Costa Rica, Colombia, Ecuador y México.

Durante esta fase, se buscó promover una reflexión crítica y contextualizada sobre el derecho a la salud en la región, generando lineamientos que robustecieron el debate en torno a su definición conceptual y operativa a partir de los estándares de derechos humanos establecidos específicamente por parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Para ello, se aplicó una metodología participativa que consistió en someter a consideración temas y preguntas clave a los participantes previamente definidos, con el fin de comparar la regulación del derecho a la salud en los distintos países y enriquecer el desarrollo de hipótesis. Esto permitió abordar la salud como un derecho humano fundamental, garantizado en interdependencia con otros derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA), comprendiendo cómo se expresan estos derechos en los territorios y cómo se entienden en contextos de crisis múltiples.

Para alcanzar estos objetivos, se llevaron a cabo tres instancias consultivas en formato de webinars virtuales, en los cuales se recopilaban distintas perspectivas, líneas argumentativas, tendencias comunes y estándares sobre el derecho a la salud, así como argumentos de divergencia e impacto en la jurisprudencia de los países. Estos espacios se centraron en tres temas principales: la conceptualización del derecho a la salud; los determinantes legales, económicos y políticos de este derecho; y su judicialización. Como resultado de este proceso, se elaboró un documento final que sistematiza la metodología utilizada, los resultados obtenidos y las principales conclusiones sobre los puntos de convergencia y divergencia en la comprensión del derecho a la salud en la región.

Este documento es el resultado de un proceso de diálogo estructurado entre diversos actores del ámbito académico, judicial y de gestión, así como de organizaciones de la sociedad civil y grupos vulnerabilizados. Su objetivo es servir

como una herramienta clave para la construcción de una agenda regional que permita garantizar el acceso efectivo a la salud y ampliar los mecanismos de exigibilidad de los DESCAs en la región. Para ello, resulta fundamental tender puentes entre el campo jurídico y el sanitario, promoviendo una visión integral del derecho a la salud como un derecho humano fundamental e interdependiente de otros derechos.

Invitamos a los lectores a sumarse a esta reflexión colectiva y a utilizar este documento como un insumo para la formulación de estrategias de litigio y acciones de incidencia que contribuyan a la materialización del derecho a la salud en América Latina.

Dra. Helen Ahrens
Directora del proyecto DIRAJus



INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia provocada por el COVID-19 profundizó las desigualdades sociales en América Latina, puso en evidencia los problemas de la gobernanza sanitaria global para dar respuesta a la pandemia. Además, visibilizó la debilidad preexistente de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud de la población y cumplir con los deberes de protección y de cooperación internacional.¹

Por ello, 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.

El Foro Permanente funcionó como una instancia de intercambio de aprendizajes, análisis y divulgación de información y estuvo conformado por un grupo amplio y diverso de organizaciones sociales, instituciones académicas y personas expertas con el objetivo de comprender y abordar los desafíos estructurales en la garantía del derecho a la salud.

En este escenario, se identificó la necesidad de generar espacios de discusión colectiva para abordar los múltiples obstáculos y barreras que enfrentan las personas en el ejercicio del derecho a la salud. Esto implicó la construcción de puentes entre distintos campos –sanitario, jurídico, del derecho internacional de los derechos humanos y del derecho administrativo internacional– para fomentar un análisis integral del problema.

Continuidad y producción de conocimiento

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.

¹ Echegoyemberry, M.N. (2023). Reglamento Sanitario Internacional: Implicaciones, obstáculos e desafíos pensados desde o sur global. *Administración & Ciudadanía (A&C)*, 18, (1), 9-52. Disponible: <https://egap.xunta.gal/revistas/AC/article/view/5043/8950>

Como resultado de distintos encuentros se elaboró en el año 2022 un **Documento de trabajo sobre el Derecho a la salud**² 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 cuatro encuentros con personas expertas de distintos países de Latinoamérica. A partir de estas discusiones, se elaboraron **tres documentos** claves:

1. **GIZ (2025). Lineamientos para una comprensión regional del Derecho a la Salud: Propuesta metodológica para un análisis constitucional comparado desde una perspectiva de diseño normativo.** 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.** 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 comparado 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.

Estructura del documento

² 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 se estructura en distintas secciones que permiten comprender la complejidad del tema y sus implicancias en la región.

En la primera parte, se sistematizan los principales obstáculos que dificultan el ejercicio efectivo del derecho a la salud en América Latina desde la perspectiva de actores sociales.

En la segunda parte, se analizan las problemáticas en torno a la judicialización por el derecho a la salud, se discuten los facilitadores y obstaculizadores del litigio por la salud destacando su impacto en la protección de derechos y los desafíos que plantea para la garantía de los DESCAs y la sostenibilidad de los sistemas de salud. Estos aspectos se analizan en el contexto interamericano como en los ámbitos nacionales. La información proveniente de los actores sociales, se estructura a partir de tener en cuenta **factores sociales, económicos, políticos y de gestión judicial** que influyen en el incremento de los litigios.

En la región es fundamental lograr un entendimiento sobre el derecho a la salud, integrando las diversas perspectivas de los actores regionales. Esto incluye identificar tanto los puntos de convergencia como de divergencia en la interpretación del derecho a la salud, para que de esta manera se pueda avanzar hacia la construcción de una perspectiva regional.

Para avanzar en este propósito, durante 2024 y 2025 se llevaron a cabo diversos espacios de diálogo con actores³ de los ámbitos académico, judicial y de gestión, así como con organizaciones de la sociedad civil, activistas y personas que pertenecen

³ N de A: **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, María Candelaria Churin, Amadeo Garrido y Lucía Allasia, Teresa Araujo, 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**.

a grupos vulnerabilizados (pueblos indígenas, personas con discapacidad, racializadas, entre otras).

A través de estos encuentros, se promovió un intercambio interdisciplinario y un debate académico-institucional para identificar las principales problemáticas y desafíos en la protección del derecho a la salud en la región (Ver Apéndice Metodológico).

A partir de ello, se elaboró el presente documento que busca servir como insumo a las organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales de derechos humanos, miembros de la academia, gestores/as y servidores/as públicos/as, organismos intergubernamentales y otros actores sociales.

Finalmente, entendemos que estos aspectos discutidos en el Foro Permanente, se constituyen en un insumo fundamental para la creación de una **agenda regional** que permita abordar de manera efectiva los desafíos en la protección del derecho a la salud y ampliar los mecanismos de exigibilidad de los DESCAs en la región.



**PROBLEMÁTICAS
IDENTIFICADAS SOBRE EL
DERECHO A LA SALUD**

2. PROBLEMÁTICAS IDENTIFICADAS SOBRE EL DERECHO A LA SALUD

En este apartado presentamos **una sistematización** de las principales problemáticas debatidas por personas expertas en el **Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud** (DIRAJus IV, 2024-2025). Así, se realiza una síntesis que da cuenta del proceso de debate, reflexión, **convergencias y divergencias en la región en torno al derecho a la salud. A su vez se presentan algunas tendencias en la región** desde la perspectiva de los actores sociales.

Para su elaboración, se utilizaron fuentes primarias provenientes de los distintos foros y entrevistas individuales a las expertas y expertos (ver Apartado Metodológico).

A partir de esta información, se elaboró el presente documento que busca servir como insumo a las organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales de derechos humanos, personas de la academia, gestores/as y otros actores para generar una reflexión en torno al derecho a la salud.

Las voces recogidas permiten visualizar un panorama complejo para el derecho a la salud, marcado por el **retroceso de los derechos humanos en la región**, con impactos directos en la democracia y en el Estado de derecho.

Coincidieron las personas expertas en señalar, que la pandemia de COVID-19 no sólo agravó problemáticas preexistentes, sino que expuso la **vulnerabilidad de los sistemas de salud** frente a crisis sanitarias y develó el rol que tienen los actores económicos en la definición de las prioridades sanitarias.

En este sentido, señalaron que la pandemia fue un **punto de inflexión** (aunque no el único) a partir del que surge gran parte del retroceso de los derechos humanos en la región.

A continuación, se enuncian las principales problemáticas identificadas y una síntesis de las reflexiones de las expertas y expertos.⁴

⁴ N de A: Es necesario aclarar que la sistematización se realizó de acuerdo al método de análisis temático, de acuerdo a los temas y subtemas encontrados en todas las sesiones a partir del trabajo de desgrabación, transcripción, análisis del discurso.

2.1. Limitaciones de derechos en contextos sociales regresivos

En los distintos encuentros se presentaron las problemáticas identificadas en el “Documento de Trabajo sobre el Derecho a la Salud” elaborado en el Foro Permanente (2022)⁵ y se preguntó sobre qué aspectos -desde la perspectiva de los actores- continúan vigentes.

En el Foro (2024-2025) existió uniformidad en las narrativas en cuanto a considerar que aún persisten los problemas identificados, y que **la pandemia acarreó, como nuevo problema, la desconfianza en las instituciones sanitarias y estatales. Esto último fue vinculado, por los y las participantes, con la percepción del mal manejo o del uso de la salud pública para fines diferentes de los que implican cuidar la salud de la población (disciplinamiento, restricción del espacio cívico).**

Los relatos de los expertos evidencian un retroceso generalizado en el derecho a la salud en América Latina, profundizado durante y después de la pandemia de COVID-19, cuyos efectos e impactos negativos se extienden hasta la actualidad (ID 22 Guatemala, ID 22 Argentina, ID 16 Argentina, ID 8 Ecuador, ID 3 Ecuador, ID 31 Bolivia).

De la narrativa surge que durante la pandemia hubo restricciones a los derechos que aún continúan, como la limitación del derecho de protesta, el favorecimiento del sector privado, la persecución política y afectación de los pilares de la democracia, no sólo del derecho a la salud.

Principales problemas identificados (Foro 2021-2025)

- **Afectación institucional y restricción de derechos:** En algunos países, continúan las limitaciones a las libertades y derechos
- **Afectación del Estado de derecho y ruptura del contrato social,** continúan las restricciones variando la modalidad empleada, incluso fuera de la emergencia sanitaria.
- **Securitización de la salud pública y de la vida cotidiana:** La gestión de la salud sigue vinculada a lógicas de control social y seguridad.
- **Mercantilización de las formas de atención y cuidado:** Se profundiza la lógica de mercado en los sistemas de salud.
- **Vulneraciones de los derechos laborales:** Retrocesos en derechos de trabajadores/as de la salud e intensificación de las desigualdades de género en el ámbito laboral.
- **Débil andamiaje jurídico del derecho a la salud:** Insuficiencia de marcos normativos adecuados y brechas entre lo consagrado y la implementación.

⁵CEJA (2022). Documento de trabajo sobre Derecho a la Salud. Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina en el contexto de la pandemia del COVID-19. Informe elaborado: MN Echegoyemberry Disponible: <https://dirajus.org/es/publicaciones>

- **Insuficiencia de los mecanismos de protección judicial del derecho a la salud** (por falta de capacitación de jueces, por falta de especialización de los fueros en salud, por falta de equipos formados para responder a problemáticas en salud)
- **Deficiencia en la gobernanza sanitaria internacional para prevenir y abordar pandemias:** pérdida de confianza en el proceso y el resultado del futuro tratado de prevención de pandemias.
- **Enfoques reduccionistas y biomedicalización:** Persisten modelos monoculturales y limitados para abordar los problemas de salud.
- **Afectación desigual de grupos en situación de vulnerabilidad**
- **Falta de perspectiva de bienes públicos mundiales (BPM) y uso geopolítico de las vacunas y tecnologías sanitarias:** pérdida de los Estados de capacidad de negociación frente a ETN, procesos opacos de contratación y fijación de precios unilaterales..
- **Influencia del neoliberalismo en los sistemas de salud:** Fragmentación de servicios, privatización y mayor dependencia de actores corporativos.
- **Desabastecimiento y captura corporativa:** Escasez de medicamentos esenciales y consolidación de prácticas que favorecen monopolios.
- **Desfinanciamiento del sistema público:** Avance de la privatización y tercerización y precarización de los servicios de salud.
- **Acentuación de problemas estructurales preexistentes del sistema de salud:** falta de recursos médicos, infraestructura, mayor demanda de servicios de salud.

Pandemia y post pandemia. Agravamiento de problemáticas

La pandemia de COVID-19 agravó problemas estructurales preexistentes en los sistemas de salud, debilitó la confianza en la gestión pública de la salud y priorizó intereses económicos sobre el derecho a la salud.

La pandemia y post pandemia han reforzado la urgencia de repensar los sistemas de salud con un enfoque de equidad, derechos humanos y justicia sanitaria.

2.1.1. Afectación de los principios de progresión y no regresión en salud

En el Foro se identificaron múltiples problemáticas generadas o intensificadas por la pandemia de COVID-19, que afectan diversas dimensiones de los sistemas de salud y los derechos humanos.

Estas problemáticas se agrupan en tres grandes ejes: 1. debilitamiento de las capacidades estatales (**desfinanciamiento del sistema público de salud, la consolidación de modelos de privatización y tercerización de los sistemas de salud**); 2. limitaciones de la arquitectura jurídica internacional; y 3. refiere a la posición de la ciudadanía en relación al derecho a la salud (retroceso en la movilización y exigibilidad ciudadana).

A continuación, se desarrollan estos aspectos, que comprometen el acceso universal a la salud y vulneran los principios de progresividad y no regresión.

- En el plano nacional, un experto de Ecuador señala que **la pandemia expuso y agravó las debilidades estructurales del sistema de salud, reflejadas en la disminución del presupuesto público, la subejecución y reasignación de partidas**, particularmente en Atención Primaria de Salud (APS). (ID 8 Ecuador).

En el mismo sentido, coincide otro experto al señalar que a pesar de la reforma constitucional de 2008, que consagra el derecho a la salud y **el principio de no regresión, los presupuestos destinados al sector han disminuido**, lo que contribuye a la precarización del sistema (ID 3 Ecuador).

En este contexto, uno de los expertos advierte problemas adicionales. Uno de ellos es **que gran parte de los recursos públicos se destinan a financiar servicios privados⁶**, y que, además, **estos sectores muestran escaso interés en desarrollar estrategias de APS**, a pesar de su bajo costo y alto impacto, ya que carecen de incentivos económicos suficientes para promover acciones de prevención y promoción de la salud (ID 8 Ecuador).

En lugar de ofrecer una atención integral, **estos actores priorizan paquetes de prestaciones fragmentadas, que resultan insuficientes y más costosas**. Esta

⁶N de A: Al igual que lo mencionado en relación a Ecuador, se encuentra en la literatura en relación a Brasil. Para profundizar, véase: Costa, D. C. A. R., Moreira, J. P. D. L., Cardoso, A. M., Mattos, L. V., Andrietta, L. S., & Bahia, L. (2022). Crisis económica y disparidades en el gasto, oferta y uso de los servicios de salud públicos y privados en Brasil en el período 2011-2019. *Cadernos de Saúde Pública*, 38, e00262221. Disponible: <https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n10/e00262221/>

Estas/os autores encontraron que mientras el gasto al sector público se estancaba en Brasil, y se reducía el gasto per cápita y el acceso a los servicios públicos de salud, por el contrario los seguros médicos mantuvieron sus clientes, aumentaron los ingresos, las ganancias y la producción asistencial. El desempeño de las empresas se atribuye a que mantuvieron los subsidios públicos en el sector privado y a las estrategias empresariales financiarizadas, lo que favoreció la expansión de los servicios privados ampliando la brecha de servicios.

lógica mercantilista profundiza la segmentación y fragmentación del sistema de salud, generando barreras adicionales para el acceso universal (ID 8 Ecuador).

El avance del neoliberalismo es señalado como una de las principales causas de este retroceso, con actores económicos que imponen una agenda sanitaria orientada a la **mercantilización y financiarización de la salud**, en desmedro de sistemas únicos y universales (ID 31 Bolivia).

Estos modelos, **lejos de ser costo-efectivos, deterioran los indicadores básicos de salud y perpetúan las inequidades estructurales**. Además, los grupos de poder insertos en las estructuras estatales —como asambleas legislativas o ministerios— logran obtener beneficios para el sector privado, incluso a costa del marco normativo vigente (ID 3 Ecuador).

Otro problema identificado, en relación a los sistemas de salud, es que estos resultaron insuficientes para responder a la pandemia y garantizar los derechos, no sólo en latinoamérica sino también en países del Norte global, al igual que la coordinación y el sistemas de alertas tempranas (ID 14 Brasil).

En el Foro se señala que, durante la pandemia, algunos países tuvieron situaciones **de desabastecimiento de medicamentos oncológicos y antirretrovirales**, situación que en opinión de la experta, se prolonga hasta la actualidad (ID 9 México)

- **En el plano internacional, la pandemia también reveló las limitaciones de la arquitectura jurídica global** para una respuesta oportuna para abordar la crisis sanitaria. Aunque se aprobaron leyes que permitían intervenir sobre bienes privados o flexibilizar las patentes en casos de emergencia sanitaria —como en Brasil—, estos mecanismos fueron subutilizados o directamente ignorados, dejando pasar oportunidades claves para fortalecer la salud pública (ID 14 Brasil).

La esperanza de que la crisis impulsara transformaciones estructurales se diluyó ante la resiliencia de las lógicas mercantiles y la falta de voluntad política para reformar los sistemas de gobernanza global (ID 14 Brasil). Incluso las negociaciones para un tratado de prevención de pandemias rápidamente fueron absorbidas por debates que priorizan los derechos económicos sobre la salud de las personas (ID 2 Regional; ID 9 México; ID 8 Ecuador; ID 16 Argentina).

En la misma perspectiva, se observó un retroceso hacia el dogma de la soberanía estatal, donde la salud pasó a ser vista como una cuestión de seguridad interna, limitando la cooperación internacional y restringiendo aún más la capacidad de respuesta global (ID 1 Costa Rica).

En cuanto a los derechos subjetivos, uno de los expertos percibe que la pandemia deterioró la percepción ciudadana sobre sus propios derechos y su capacidad de incidencia. Lejos de impulsar una mayor presión social para fortalecer los sistemas de salud, las medidas restrictivas —como confinamientos sin acceso a atención médica ni garantías básicas— profundizaron la desmovilización y erosionaron la confianza en las instituciones (ID 2 Regional).

Desde la perspectiva del experto las medidas restrictivas, como los confinamientos sin acceso a atención médica ni garantías básicas, **profundizaron esta sensación de impotencia y contribuyeron a la desmovilización social**(ID 2 Regional).

Además, uno de los expertos señala que la pandemia dejó la sensación de que no se aprendió nada, ya que los problemas estructurales no solo persisten, sino que se han profundizado (ID 8 Ecuador). Esta percepción de impotencia o desesperanza dificulta la reconstrucción de una ciudadanía activa que exija sus derechos y participe en la construcción de políticas públicas de salud.

Afectación del principio de progresión y no regresión

El Foro Permanente destaca **un preocupante retroceso de los derechos humanos en América Latina, que no solo afecta el derecho a la salud, sino que impacta el Estado de derecho y la democracia.**

Se identifican varias causas: **una agenda sanitaria marcada por la mercantilización de la salud en desmedro de sistemas únicos universales;** disminución del presupuesto en el sistema público de salud y su consecuente fragmentación a partir de la tercerización de servicios, y prácticas de captura corporativa. El Foro resalta una crisis en el **financiamiento de los sistemas de salud, con recortes presupuestarios, subejecución y desfinanciamiento de la atención primaria,** además del desvío de recursos públicos hacia el sector privado.

La pandemia, generó en la ciudadanía desmovilización y desconfianza en las instituciones del estado.

Se advirtió también sobre una crisis en la percepción ciudadana respecto a la democracia y la exigibilidad de derechos. En este contexto regresivo, se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias para frenar la pérdida de derechos conquistados.

Es importante señalar que los factores estructurales mencionados por los actores sociales que participaron en el Foro Permanente presentan divergencias con los

identificados por la OPS (Eijkemans, Solar y Lanzagorta, 2020) en el informe de FLACSO (2021, p. 19).⁷

2.1.2. Debilitamiento de los sistemas de protección

En el grupo de trabajo se identificó como principal problema **el grave retroceso en materia de derechos humanos en la región, y en consecuencia, el debilitamiento de los sistemas de protección que impactan no sólo en el derecho a la salud, sino en todos los derechos fundamentales, poniendo en jaque el sistema y debilitando su funcionamiento** (ID 32 Guatemala, ID 27 Uruguay, ID 8 Ecuador, ID 2 Regional, ID 3 Ecuador, ID 14 Brasil; ID 31 Bolivia).

Un aspecto que fue señalado como especialmente preocupante **es que este retroceso ocurre incluso bajo gobiernos democráticos**, donde los propios mecanismos legales se utilizan para reprimir y perseguir a activistas y opositores a través de prácticas como el lawfare y otras formas de represión sofisticadas que garantizan impunidad a los actores involucrados (ID 32 Guatemala).

Según uno de los expertos, **ya no se trata solo de violencia física estatal, sino de estrategias más refinadas** que silencian a las voces críticas utilizando el aparato jurídico (ID 32 Guatemala).

Además, se mencionó que los Estados **no están cumpliendo con las obligaciones derivadas de los instrumentos internacionales ratificados** ni con sus propias constituciones, lo que convierte a la discusión sobre el derecho a la salud en un debate que no puede limitarse únicamente a lo normativo (ID 32 Guatemala).

La regresión se observa incluso en gobiernos que se autodenominan garantistas o progresistas, porque **sus políticas sanitarias están condicionadas por actores económicos y por la arquitectura jurídica internacional, que reduce la capacidad de negociación de los Estados frente a las corporaciones transnacionales** (ID 16 Argentina).

Algunos participantes señalaron que **la pandemia actuó como un punto de inflexión**: si bien al principio parecía una oportunidad para fortalecer los sistemas de salud, rápidamente derivó en una profundización de las desigualdades preexistentes y de las inequidades en el acceso a los servicios (ID 16 Argentina, ID 3 Ecuador, ID 8 Ecuador, ID 2 Regional).

En este contexto, **las reformas neoliberales** aplicadas a sectores clave como salud, educación y trabajo, impulsadas por actores económicos intergubernamentales,

⁷N de A: Para confrontar información, véase: FLACSO (2021). La pandemia por COVID 19: el derecho a la salud en tensión. Un estudio cualitativo exploratorio en Chile, Colombia, Costa Rica y México. Disponible: https://www.flacso.org/sites/default/files/2022-03/la_pandemia_por_covid19.pdf

debilitaron aún más los sistemas de protección social y los servicios públicos esenciales (ID 16 Argentina).

Otro factor señalado es **la exacerbación de la impunidad**, que no solo afecta los derechos económicos, sociales, culturales, además de los civiles y políticos, sino que también frena las acciones destinadas a detener o revertir este retroceso (ID 32 Guatemala).

Esta situación se agrava por la disminución de la percepción ciudadana sobre la importancia de la democracia y el Estado de derecho. Un experto advirtió que las personas están priorizando otras necesidades inmediatas, lo que debilita los conceptos fundamentales de la vida democrática (ID 27 Uruguay).

A esto se suma **la percepción de la ciudadanía sobre la falta de mecanismos efectivos para reclamar ante las violaciones de derechos humanos**, lo que profundiza la sensación de desprotección y erosiona la confianza en las instituciones (ID 32 Guatemala).

Los relatos recogidos reflejan que la crisis de derechos humanos en la región va más allá de la salud y revela un entramado complejo de retrocesos democráticos, capturas corporativas y desconfianza ciudadana, que requiere de respuestas integrales y urgentes para fortalecer la protección de los derechos y reconstruir la legitimidad de las democracias contemporáneas.

Las afirmaciones de expertos coinciden con lo observado en el Foro Permanente de Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud (2021-2022) donde analiza las limitaciones de derechos operadas durante la pandemia, en particular para el derecho a la protesta social⁸, para el acceso a la justicia (DIRAJus, 2021⁹; ACIJ, 2021)¹⁰ y para el derecho a la salud¹¹.

2.2. Barreras económicas:

2.2.1. Reformas neoliberales en la accesibilidad al sistema de salud: Impactos

En el Foro se analizaron los efectos de las reformas neoliberales en los sistemas de salud de América Latina, poniendo en evidencia cómo estas políticas **han**

⁸ Para profundizar véase: Protesta Social y democracia. Grupo de trabajo N2 Disponible: https://dirajus.org/media/pages/publicaciones/documento-de-trabajo-protesta-social-y-democracia/0272e87126-1655502135/b.-documento-protesta-social_final.pdf

⁹ DIRAJus: Disponible: <https://dirajus.org/es/publicaciones>

¹⁰ ACIJ (2021). Disponible: <https://acij.org.ar/reporte-acceso-a-la-justicia-en-latinoamerica-durante-la-pandemia-de-covid-19/>

¹¹ DIRAJus. Derecho a la Salud. Disponible en: https://dirajus.org/media/pages/publicaciones/saludi/87f64fcea8-1655502308/c.-documento-derecho-a-la-salud_final.pdf

profundizado la desigualdad social y la fragmentación de los servicios sanitarios: estos aspectos han restringido la accesibilidad, oportunidad y asequibilidad al sistema de salud y tornan ilusorio el derecho a la salud.

El ingreso del neoliberalismo en las políticas de salud —acentuado en los años 70 y 80— **desvirtuó el enfoque integral de la atención primaria de la salud (APS)** propuesto en Alma-Ata (1978)¹².

La salud dejó de ser concebida como un derecho humano universal para convertirse en un servicio segmentado, **donde los Estados asumieron un rol subsidiario, limitándose a financiar seguros focalizados para poblaciones vulnerables.** La especialista menciona como ejemplo el caso de Argentina, donde esta lógica se consolidó con las reformas de los años 90, dando lugar a un sistema fragmentado, con múltiples subsistemas que complejizan el acceso efectivo a los servicios (ID 20 Argentina).

Dicha fragmentación, plantea una medicina para pobres y extremadamente pobres, y no el derecho universal de accesibilidad a los tres niveles de atención.

La tendencia de la Cobertura Universal de Salud es un sistema focalizado: sólo atención primaria como paquete para poblaciones vulnerables, con aseguramiento. Pero discutir esto en política sanitaria implica entender que el derecho que estamos defendiendo es universal, sin restricciones ni barreras económicas para la ciudadanía (ID 20 Argentina).

La Cobertura Universal de Salud (CUS) propone la creación de seguros estratificados para distintos grupos sociales, combinando fondos diversos con la promesa de lograr cobertura para toda la población. Sin embargo, la evidencia demuestra que este esquema ha fracasado en todos los países donde se implementó, sin mejorar los indicadores de salud ni alcanzar los objetivos de equidad y eficiencia.

La focalización de servicios, lejos de ser una solución, ha reforzado las inequidades, dejando desprotegidas a las poblaciones con mayor vulnerabilidad estructural (ID 14 Brasil, ID 16 Argentina, ID 22 Argentina).

Este modelo no sólo fragmenta la atención, sino que también redefine el rol del Estado, que deja de ser un prestador directo para convertirse en un mero financiador de seguros. **Esto erosiona la responsabilidad pública de garantizar el derecho a la salud,** transfiriendo a las personas la carga de navegar entre subsistemas descoordinados, con prestaciones limitadas según su capacidad de pago o su situación socioeconómica. En Argentina, esta dinámica se traduce en un sistema ineficiente, donde la superposición de competencias jurisdiccionales y la burocracia imponen barreras adicionales al acceso (ID 20 Argentina).

¹²N de A: OPS señala que la APS es una estrategia apropiada para preservar la salud y es más costo/efectiva que otras estrategias.. Para profundizar, véase: Atención Primaria de la Salud (APS). Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

En esta misma línea, las personas especialistas coincidieron en que los modelos promovidos por organismos internacionales, como la Cobertura Universal de Salud (CUS) impulsada por OPS/OMS, **han demostrado ser ineficaces para garantizar el acceso equitativo y universal a la salud, perpetuando las brechas existentes** (ID 16 Argentina, ID 20 Argentina, ID 14 Brasil, ID 3 Ecuador, ID 8 Ecuador, ID 22 Argentina).

En este sentido, señala que en Argentina no había un problema de financiamiento del sector salud, pues existe una alta participación del presupuesto de salud en el Producto Bruto Interno (PBI), aunque dada la alta fragmentación, resulta ineficiente. Las múltiples jurisdicciones y la superposición de subsistemas crean un entramado burocrático que restringe el acceso. Discutir estas políticas es esencial para luego construir un marco jurídico que asegure efectivamente el derecho a la salud (ID 20 Argentina).

Frente a este panorama, las y los especialistas subrayan la necesidad de replantear los sistemas de salud desde una perspectiva de derechos humanos, orientada a la integración y la equidad. **Esto implica abandonar los modelos focalizados y avanzar hacia la construcción de redes integradas de servicios que aseguren la continuidad de cuidados en todos los niveles de atención, sin barreras económicas ni administrativas** (ID 20 Argentina, ID 14 Brasil).

Uno de los expertos menciona en relación a este tópico que **superar la fragmentación y las inequidades estructurales exige no solo cuestionar los modelos promovidos a nivel internacional, sino también diseñar políticas públicas que articulen lo normativo con lo operativo, garantizando que el derecho a la salud se materialice en la práctica y no quede reducido a una declaración formal** (ID 14 Brasil).

Así se enfatizó, que todavía hay espacio internacional para discutir alternativas que realmente garanticen el derecho a la salud, porque esto no es sólo un tema jurídico: es necesario reorientar las políticas y los sistemas de salud para que el derecho se concrete, de lo contrario, sólo se perpetúan las desigualdades más profundas de nuestras sociedades (ID 14 Brasil).

Impactos de reformas neoliberales en el sector salud

- De los discursos de las personas especialistas surgen **críticas en general a las denominadas reformas neoliberales** y en particular, **a los modelos promovidos por OPS/OMS de Cobertura universal de salud (CUS).**

- **El avance del neoliberalismo es señalado como una causa estructural del deterioro del derecho a la salud, promoviendo la privatización y mercantilización del sector**, lo que agrava la fragmentación del sistema sanitario y dificulta el acceso equitativo a los servicios.
- El análisis de lo expresado en el Foro permanente revela que el retroceso en los derechos humanos no es solo una consecuencia de la pandemia, sino el resultado de un entramado complejo de factores estructurales vinculados con el neoliberalismo, que implica **un debilitamiento del rol del Estado, y de la confianza ciudadana en las instituciones democráticas**, que promueve la captura corporativa y la manipulación de los sistemas legales para perpetuar la impunidad.

La Cobertura Universal logra hegemonía en los organismos intergubernamentales, mencionan como ejemplo de esto cómo este modelo logró pasar inadvertido como principio en la nueva discusión del tratado de preparación, prevención y respuesta ante pandemia (IND 13 (ID 16 Argentina).

Se puede destacar que la literatura no es pacífica en relación a los impactos de la Cobertura Universal de Salud, existen actores intergubernamentales que defienden y promueven el modelo de CUS^{13 14 15} y otros actores que en línea con lo mencionado en el Foro (2021-2025) han investigado los impactos negativos de la CUS en sistemas de salud concretos.^{16 17 18}

2.2.2. Prácticas de captura corporativa y distorsión de prioridades

¹³ OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de Salud. El camino hacia la cobertura universal. Disponible:

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44373/9789243564029_spa.pdf

¹⁴ OMS. (2015). Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable. Disponible:

<https://philarchive.org/archive/NORFDC>

¹⁵ Secretaría de Salud. Political Declaration on Universal Health Coverage. Sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress. Documentation provided by the Ministry of Health of Mexico at the International Forum on Universal Health Coverage. Mexico City, April 2, 2012.

¹⁶ Mario Hernandez analiza la aplicación de la CUS en Colombia y señala los límites de la propuesta luego de 20 años de implementarse en ese país. Para profundizar, véase: Hernandez, M (2019) ENSAIO • Saúde debate 43 (spe5) 19 Jun 2020 Dic 2019 (<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>) Disponible: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/29-43/es/>

¹⁷ Crespi, G. (2022). Cobertura Universal de Salud: ¿anomalía histórica o profundización de un modelo? . *Cátedra Paralela*, (20), 197–220. <https://doi.org/10.35305/cp.vi20.335>

¹⁸ Laurell Asa, C (2014). ¿Cobertura universal en salud en América Latina? *Revista Medicina Social*, 9(1), 60-61. Recuperado de: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/viewFile/826/1608>

Durante los encuentros del Foro Permanente, se mencionaron distintas modalidades que constituyen prácticas de captura corporativa (material, social, intelectual y cultural).¹⁹

Así, se señaló que **los actores económicos tienen un fuerte impacto en la definición de la agenda sanitaria** y han condicionado la capacidad estatal para garantizar el derecho a la salud, aspectos que se constituyen en barreras económicas para el ejercicio del derecho a la salud por parte de la ciudadanía (ID 14 Brasil; ID 9 México; ID 8 Ecuador).

A pesar de que varios países reconocen este derecho a nivel constitucional, los determinantes económicos internacionales —a menudo invisibilizados— terminan **desvirtuando la normativa y subordinando las decisiones estatales a intereses privados y en contra del bien común** (ID 16 Argentina; ID 8 Ecuador). Un ejemplo claro es lo ocurrido durante la pandemia, cuando Ecuador prioriza el pago de la deuda externa por sobre la inversión en salud (ID 8 Ecuador).

En los debates, se identificó que **las corporaciones transnacionales (ETN), la industria farmacéutica y los laboratorios adoptan prácticas monopólicas** que restringen el acceso equitativo y oportuno a la salud para amplios sectores de la población.

Una de las expertas advierte sobre una tendencia regional hacia **la financiarización de los sistemas sanitarios**, promovida por estos actores a través de mecanismos de captura corporativa²⁰ (ID 9 México). Esta tendencia se profundizó durante la pandemia de COVID-19, y se evidenció en el acceso desigual a vacunas, insumos críticos y tecnologías. Además el monopolio de grandes laboratorios, que concentran la mayor parte del mercado global, han limitado fuertemente el acceso al derecho a la salud (ID 9 México).

Otra modalidad descrita por una de las expertas es la de que **los actores privados se insertan en los espacios multilaterales de discusión con más recursos que las organizaciones de la sociedad civil, ejemplificando la experta con el procesos de discusión del** Reglamento Sanitario Internacional y el tratado de prevención de

¹⁹ N de A: 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&lng=es&tlng=es. Este autor 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.

²⁰ N de A: Este autor aporta una definición de captura corporativa, a la vez que caracterizan y desarrollan distintas estrategias a través de la cual se expresa este fenómeno y las formas en la que se materializa en la salud pública. Así refieren a “La captura corporativa es el proceso intencionado por el cual las decisiones políticas responden a un interés particular, privado, en detrimento del interés público. El resultado es una regulación injusta o la ausencia de regulación cuando esta es necesaria para la protección del bien común”.

Para profundizar, véase: Royo-Bordonada, M. A. (2019). Captura corporativa de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, (45), 25-41. Recuperado en 06 de febrero de 2025, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000100004&lng=es&tlng=es. (p. 26).

pandemias), incidiendo en la regulación global para priorizar sus intereses económicos y proteger las patentes por encima de las necesidades de salud pública (ID 9 México).

En esta misma línea, otra de las expertas del Foro enfatizó que la **financiarización de la salud no es solo una tendencia regional, aunque América Latina enfrenta una presión significativa, sino que resulta parte de una tendencia mundial** que afecta los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA). Cita como ejemplo la reforma hospitalaria en Alemania, que prioriza la especialización y conduce al cierre de hospitales más pequeños, afectando el acceso cercano a los servicios de salud (ID 13 Alemania).

Otra de las expertas señaló como ejemplo que al menos veinte laboratorios concentran el 60 % de las ventas globales de medicamentos, perpetuando un acceso desigual a la salud en los países de ingresos bajos y medios. Además, **subrayó que es fundamental indagar quiénes son los inversionistas detrás de estas corporaciones y en qué otras industrias invierten, para entender el alcance de su poder y cómo esto afecta las decisiones sanitarias globales** (ID 9 México).

Durante la pandemia, estas corporaciones incrementaron sus ganancias de forma desproporcionada, lo que contribuyó a la inflación y encareció la vida cotidiana. Las empresas actuaron con opacidad, imponiendo cláusulas de confidencialidad, compras anticipadas y mecanismos de autorización exprés, que redujeron **la capacidad de los Estados para negociar de manera transparente** (ID 9 México).

Se señala además que **los actores económicos limitan la capacidad de negociación de los países**, así logran la imposición de mecanismos bilaterales de negociación, alianzas público-privadas, con pérdida de autonomía y soberanía sanitaria para los Estados (ID 16 Argentina)

Otra de las expertas resaltó que la falta de regulación internacional permite que las ETN **dicten las reglas del juego, y abogó por crear marcos jurídicos que responsabilicen a estas empresas por violaciones a los derechos humanos**, incluyendo la trazabilidad de las cadenas de producción y los beneficios obtenidos a costa de la salud de las poblaciones (ID 22 Brasil).

A su vez, otra experta identifica una serie de prácticas empresariales que se han acentuado durante la pandemia y que continúan utilizándose en la negociación de medicamentos. En efecto, **señala que los actores económicos han limitado la capacidad de negociación de los países, y de otras salidas más diplomáticas**

como lo vimos con el mecanismo COVAX²¹. La mayoría de las contrataciones de vacunas, que se dieron a nivel global, ocurrieron de manera bilateral entre los países con los laboratorios y no a través de mecanismos multilaterales o regionales de negociación. En este sentido, se menciona además que: las empresas han actuado con opacidad, falta de transparencia, imponiendo la confidencialidad de los acuerdos en particular sobre los precios-Además dichas empresas **han exigido compras anticipadas y mecanismos estatales de autorizaciones express** (ID 9 México).

Sobre este aspectos se mencionaron algunos aspectos positivos como que facilitó el acceso rápido a vacunas y se generan más incentivos para la innovación que acelera la creación de nuevas tecnologías. Sin embargo fueron más **los efectos considerados negativos de la compra anticipada** y de los mecanismos de aprobación exprés:

- Inequidad en el acceso y desigualdades regionales, el acaparamiento de dosis por parte de países con mayores recursos, dejó a regiones de menores ingresos con acceso tardío y limitado a las vacunas.
- Opacidad en los contratos: Las negociaciones bilaterales se realizaron bajo cláusulas de confidencialidad, impidiendo conocer los precios reales, los criterios de asignación o las condiciones impuestas por los laboratorios.
- Concentración de poder corporativo, imposición de términos como exoneraciones de responsabilidad y riesgos sanitarios: aumentan la posibilidad de efectos adversos graves.
- La flexibilización regulatoria si bien puede agilizar la respuesta sanitaria frente a una crisis sanitaria de alcance global pero también puede aparejar la falta o insuficiencia de controles para evitar daños

En esta misma línea, una experta señaló la importancia de analizar los determinantes económicos y la necesidad de contar con **marcos regulatorios internacionales y nacionales para el control de las empresas transnacionales** que afectan la autonomía y soberanía sanitaria y con alto impacto para la ciudadanía (ID 16 Argentina).

²¹ N de A. EL COVAX es un mecanismos de colaboración impulsado por OMS, Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), la Alianza Gavi para las Vacunas (Gavi) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), para lograr un acceso equitativo mundial a las vacunas contra la COVID-19. Para profundizar véase: Disponible:<https://www.who.int/es/initiatives/act-accelerator/covax>

Otra participante del foro menciona que resulta necesario “abrir la caja negra” de las empresas del sector salud, para saber cómo funcionan y analizar las prácticas empresariales que limitan el acceso a salud (ID 9 México).

Este panorama plantea la necesidad de profundizar el estudio de **los determinantes económicos de la salud para comprender y abordar las desigualdades** en el acceso a la salud y construir una nueva narrativa basada en los derechos humanos.

A su vez, otra de las expertas expresó **la importancia de reconocer la responsabilidad de las empresas transnacionales y colocar el debate de los derechos humanos en un marco geopolítico más amplio**. La captura corporativa del sistema de salud exige mecanismos jurídicos que responsabilicen a estas empresas por violaciones de derechos humanos, asegurando un equilibrio entre intereses comerciales y derechos fundamentales (ID 22 Brasil).

En efecto, la experta expresa que es necesario insertar el debate del derecho a la salud **dentro del marco geopolítico en donde estas empresas transnacionales son las mismas que controlan gran parte del mercado de la salud** (ID 9 México)

Una de las especialistas propuso pensar en **mecanismos para que se vincule estas empresas con la obligación de cumplir los derechos humanos**, que se piense en mecanismos jurídicos, por ejemplo en mecanismos de responsabilización directa en casos de violación de derechos humanos, responsabilidad sobre la cadena de producción y pensar en un derecho, que traiga respuesta a todos estos retos (ID 22 Brasil).

Otra de las formas en las que se expresan las prácticas de capturas corporativas se encuentra vinculada con **la generación de narrativas que ponen en el centro la defensa de la propiedad intelectual**, las cuales invisibilizan las transferencias de recursos públicos operados en ciencia y tecnología en favor de privados (ID 9 México).

La misma experta menciona que **la innovación privada se realiza a costa del estado y luego, se asegura las ganancias por medio de patentes medicinales** (protección por 20 años de explotación del invento), sin conocer los costos reales de innovación y producción, con impacto en la garantía del derecho a la salud (ID 9 México).

Se menciona como ejemplo que, en la reciente discusión del tratado de prevención, preparación y respuesta ante pandemia, uno de los artículos más discutidos es el vinculado a la protección de la propiedad intelectual (ID 9 México).

Hasta aquí los relatos de las y los **actores sociales sugieren la necesidad de investigar las prácticas monopólicas del complejo fármaco-industria y sobre la financiarización de los sistemas de salud y el rol de los actores privados**, corriendo el velo de la impunidad (ID 9 México).

Influencia de actores económicos en la agenda sanitaria y en la capacidad estatal de garantizar derechos

Los actores económicos inciden significativamente en la agenda sanitaria y en la capacidad estatal para garantizar el derecho a la salud. Aun en países con reconocimiento constitucional amplio de este derecho, los determinantes económicos internacionales imponen restricciones.

El control del mercado por corporaciones transnacionales y la financiarización de la salud han agravado desigualdades, como ocurrió con el acceso desigual a vacunas y tratamientos durante la pandemia de COVID-19.

Este fenómeno no es exclusivo de América Latina, sino que es una tendencia global que afecta el acceso equitativo a los servicios de salud.

Los actores económicos también han reducido la capacidad de negociación de los Estados mediante contratos bilaterales opacos, alianzas público-privadas y la imposición de cláusulas de confidencialidad.

En este contexto, se mencionó que es necesario fortalecer marcos regulatorios nacionales e internacionales que controlen el accionar de las empresas transnacionales y promuevan un acceso equitativo a la salud basado en derechos humanos y producir conocimiento sobre el rol de la ETN en los derechos.

Las narrativas sobre propiedad intelectual e innovación impactan en el derecho a la salud al privilegiar la protección de patentes como motor del desarrollo, invisibilizando el papel clave de la inversión pública en ciencia y tecnología.

En el Foro, se argumentó que la innovación privada se apoya en recursos estatales, pero sus beneficios quedan concentrados en el sector privado.

Se identificaron distintas prácticas que protegen el interés del sector privado de salud en perjuicio del bien común como:

- 1. Patentes y barreras a los medicamentos, prohibición de producción pública nacional y de medicamentos genéricos o biosimilares,** manteniendo precios elevados e inaccesibles para poblaciones vulnerables.
- 2. Acuerdos comerciales restrictivos:** Presionan para incluir cláusulas de propiedad intelectual más estrictas en tratados internacionales bilaterales, dificultando que los países adopten medidas de flexibilización previstas en acuerdos como los ADPIC (Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual

relacionados con el Comercio) y negociar precios de medicamentos por países y no por regiones.

3. **Control sobre la producción y distribución:** monopolizan la cadena de producción (oxígeno, diálisis) y comercialización de insumos médicos, producen desabastecimiento intencional, priorizan mercados más rentables
4. **Lobbies y captura regulatoria:** Influyen en políticas de salud pública y en los sistemas regulatorios para favorecer sus intereses
5. **Desigualdad en la investigación y desarrollo:** Invierten en fármacos orientados a enfermedades prevalentes en países de altos ingresos, dejando de lado enfermedades desatendidas o endémicas en regiones del sur global como el chagas, dengue y otras prevalentes
6. **Marketing y desinformación:** Implementan estrategias de marketing que priorizan la venta de medicamentos de marca sobre alternativas más económicas y efectivas, distorsionando la toma de decisiones clínica

2.2.3. Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud

Los discursos recogidos en relación a los sistemas y servicios de salud en la región evidencian dos problemas centrales. Por un lado, la **fragmentación²² y segmentación²³ de los sistemas de salud han profundizado las desigualdades territoriales y sociales**, especialmente para poblaciones indígenas, campesinas y grupos en situación de vulnerabilidad. Por otro lado, **persiste una profunda desconfianza en los sistemas normativos ya que a pesar de contar con principios consagrados y marcos jurídicos robustos**, estos no se materializan en la práctica para garantizar los derechos de las poblaciones más vulnerables.

Algunos discursos enfatizan **que el problema de fragmentación afecta la calidad de la atención que reciben las personas, provoca una diferenciación en el acceso a servicios, prestaciones, tratamientos, y genera desigualdades e**

²² N de A: Tobar (2012) analiza el sistema sanitario argentino y desde este estudio determina que las principales enfermedades del sistema de salud radican en su fragmentación y segmentación. Para profundizar, véase: Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. *Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*, 1-19.

²³ N de A: Según OPS la fragmentación de los servicios de salud impacta negativamente en su desempeño y en la eficacia general del sistema, genera dificultades de acceso, baja calidad técnica, uso ineficiente de recursos y menor satisfacción de los usuarios. En respuesta a este problema, la OPS/OMS impulsó la iniciativa de Sistemas Integrados de Servicios de Salud en el marco de la renovación de la Atención Primaria en Salud (APS) en las Américas, con el objetivo de promover la prestación de cuidados integrales y cumplir compromisos internacionales. Para profundizar, véase: <https://www.paho.org/es/temas/redes-integradas-servicios-salud>

inequidades regionales y territoriales (ID 14 Brasil, ID 16 Argentina, ID 20 Argentina, ID 18 Bolivia, ID 8 Ecuador, ID 7 Argentina).

En igual sentido, otra experta menciona que los sistemas de salud fragmentados, segmentados no articulan y brindan las mismas prestaciones a todas las personas, lo que **resulta inequitativo** en términos del derecho a la salud (ID 26 Argentina, ID 20 Argentina).

En este mismo sentido, otra participante expresa que la **fragmentación impacta en los sistemas de salud, ya que al haber tantos sistemas de salud como jurisdicciones en un mismo país**, la posibilidades de asistencia varía significativamente de una provincia a la otra y dentro de un mismo territorio, esta fragmentación y segmentación se expresa en el plano jurídico normativo y evidencia la falta de redes coordinadas de atención, regionalización²⁴ (ID 16 Argentina).

A esta situación que resulta estructural de fragmentación se le suma el grave retroceso en términos de derechos humanos que se da en relación a los pueblos indígenas. Una de las expertas ejemplifica con la situación que se da en Argentina, donde se ve afectado no sólo el derecho a la salud sino todos los demás derechos interrelacionados (vivienda, educación, alimentación, etc). Además destaca que esto sucede a pesar de la existencia de un marco normativo robusto y una clara determinación de obligaciones estatales asumidas en el Convenio OIT 169 (ID 26 Argentina).

En este sentido la misma experta expresa que “el sistema jurídico (en Argentina) está basado siguiendo una serie de principios que son: la universalidad, la gratuidad, la solidaridad y la progresividad. **Estos principios, no se materializan en las comunidades originarias, donde hay barreras que obstaculizan el acceso a derechos, como el derecho al acceso al territorio, al respeto de sus propias identidades étnica-cultural, el respeto y el reconocimiento de las prácticas ancestrales**”. (ID 26 Argentina)

En relación a Bolivia, una de las expertas, menciona que existe una falta de voluntad política para hacer cumplir la legislación protectora existente en relación a los pueblos indígenas, en particular cuando está relacionada con la actividad de las cooperativas mineras (ID 18 Bolivia).

²⁴ N de A: En este mismo sentido, Testa (1986) señala que la fragmentación y segmentación expresan inequidades en salud. Este autor pone el foco en los mecanismos de financiamiento del sector de salud y la APS. En relación a esto, plantea las dificultades que existen al momento de determinar si una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a poder acceder a toda la red asistencial. En tal sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia —declaración formal vigente en todos los países del continente— es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena sub sectorialmente al sector. Para profundizar, véase: Testa Mario, (1986). Atención, ¿primaria o primitiva de la salud? Disponible:https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/testa_mario_atencion_primaria_o_primitiva_de_salud.pdf

Algunos discursos sugieren que a pesar de los avances normativos y las reformas constitucionales que han ampliado los derechos en las últimas décadas en los países de la región, **aún persisten importantes limitaciones en su regulación y, sobre todo, en su implementación efectiva** (ID 8 Ecuador, ID 26 Argentina).

Problemas de fragmentación y segmentación de los sistemas

- La fragmentación de los sistemas de salud profundiza desigualdades en el acceso a la salud en los diferentes segmentos socio-económicos, afectando especialmente a los grupos más vulnerabilizados, como las poblaciones rurales e indígenas. La concentración de servicios en grandes ciudades y la falta de un sistema integrado limitan la equidad en la atención.
- A pesar de avances normativos, persisten brechas en la implementación del derecho a la salud, afectando especialmente a grupos en situación de vulnerabilidad.
- Un aspecto crítico expresado en los discursos es la desconfianza en el poder de las normas para configurar derechos. Se infiere de las distintas narrativas desconfianza en el derecho para establecer formas justas de distribución y organización social y un descreimiento en el rol del Estado.
- Los relatos recogidos destacan que, aunque América Latina ha logrado avances normativos significativos, persisten importantes desafíos en su implementación. La fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, combinadas con la falta de cumplimiento efectivo de las normas, no sólo incrementan las desigualdades, sino que erosionan la confianza de la ciudadanía en el sistema normativo como herramienta de garantía de derechos.

2.3. Barreras administrativas y burocráticas

Se mencionó en el foro particularmente las barreras que se generan a partir de establecer un doble sistema de protección que distingue entre quienes trabajan y quienes no, esto se agrava en países que tienen altas tasas de desempleo e informalidad.

El encuadre del derecho a la salud como derecho fundamental dentro de la seguridad social puede ser un facilitador para garantizar derechos por su interrelación con los derechos sociales y laborales, pero también un obstaculizador.

Se evidencia a partir de los relatos que si bien los países van ampliando el régimen de cobertura a través de seguridad social, simultáneamente se va estableciendo un doble sistema de cobertura (régimen contributivo y no contributivo) y por lo tanto,

una diferenciación entre trabajadores/as y no trabajadores/as. Se ha señalado que esta diferenciación afecta la equidad pues no garantiza a todas las personas los mismos derechos en particular a los migrantes o residentes transitorios en un país. En efecto, expresa una de las expertas que “la existencia de regímenes de seguridad social puede resultar también un problema para las personas migrantes o para los grupos en situación de vulnerabilidad como las personas con discapacidad, personas mayores, LGTBIQ+, mujeres que no llegan a tener trabajos formales. La fragmentación y segmentación territorial y normativa junto con la existencia del subsector privado, subsector de seguridad social y subsector público afecta la equidad al no poder tener todos los mismos derechos” (ID 10 Argentina)

Así, algunas personas tendrán que lidiar con una serie de barreras administrativas del propio sistema de seguridad social (ID 25 Colombia). Así, se mencionó la necesidad de ser trabajador formal, o estar dentro de algún régimen especial, tener documentos que acrediten identidad, poseer residencia, autorización y documentación correspondiente para trabajar, en caso de ser migrante. De esta manera, queda **un abanico de personas y situaciones que no están comprendidas en la cobertura a través de la seguridad social lo cual pone en tensión el principio de universalidad del derecho a la salud y de no discriminación.**

Desde un enfoque de género este aspecto es más problemático aún ya que son las mujeres y disidencias quienes tienen trabajos informales, precarizados, y mayores dificultades para acceder, sostener y mantener un trabajo formal y por lo tanto mayores dificultades para acceder a la protección de la seguridad social.²⁵

Algunas/os participantes retoman lo sucedido durante la pandemia donde se incrementó la informalidad laboral lo cual tuvo impacto en el acceso a sistemas de salud contributivos. Este hecho ha provocado que trabajadores/as informales carezcan de cobertura suficiente, lo que aumentó su dependencia de sistemas públicos de salud, frecuentemente desfinanciados, fragmentados y segmentados.

Esta distinción y la existencia de dos sistemas de salud diferenciados ha incrementado a su vez la judicialización (ID 26 Argentina). Particularmente, en el caso de Colombia se señala la importancia del rol de la Corte Constitucional para ampliar las prestaciones e igualarlas en los dos sistemas (contributivo y no contributivo).

En la misma línea una de las expertas, expresó: que una las características importantes del derecho a la salud en Colombia es que la normativa establece la universalidad, entonces el objetivo es cubrir a todos los habitantes que están en

²⁵ Para profundizar, véase: Echegoyemberry, N. (2018). Grietas en la ciudadanía: Interseccionalidad de género, ambiente, territorios, y derechos humanos. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 3(2), 23-41. <https://doi.org/10.29112/ruae.v3.n2.2>

Colombia. Colombia tiene dos sistemas de salud, uno contributivo y otro no contributivo, entonces la idea es que las personas que tengan medios económicos aportan sistema contributivo y las otras pues puedan acceder a sistemas de salud por medio de subsidios que presta el estado, inicialmente las prestaciones de estos dos sistemas eran distintos, obviamente el sistema contributivo era mejor pero por la Jurisprudencia de la Corte Constitucional se cambió y se estableció la obligatoriedad que todas las personas accedieran a los mismos recursos y a los mismos como servicios de salud, entonces en principio todas las personas de los dos sistemas pueden acceder a las mismas prestaciones (ID 25 Colombia).

Se menciona que los migrantes no tienen garantizado el derecho a la salud en paridad con los nacionales. Se evidencia a partir del relato que esta situación se agravó a partir de desplazamientos forzados de personas por razones climáticas, sociales o políticas, incluso en países que adoptan principios de universalidad y han ratificado tratados internacionales de derechos humanos como Colombia.

En efecto, se señalan ejemplos donde a partir de la presencia masiva de migrantes en un país, han cambiado incluso los criterios de la Corte Constitucional en materia de acceso inmediato a los servicios de salud para todas las personas, volviéndose más restrictivos en la aplicación de principios y obligaciones, haciendo que el derecho a la salud sea codependiente de la obligación de regularización migratoria. A las/os migrantes no regularizadas/os, sólo de manera excepcional, se les garantiza el acceso a los servicios de emergencia (ID 25 Colombia).

Otro aspecto mencionado es que el requisito de regularización migratoria afecta el derecho a la salud, ya que tiene muchas barreras burocráticas y administrativas.

Así señala la experta que en el caso de Colombia, la Corte Constitucional menciona que las personas migrantes tienen la obligación de regularizar su situación y que si se regularizan entonces pueden inscribirse al sistema de salud. En relación a esto ha dicho “que el derecho a la salud está como codependiente de ese deber de regularizar su situación y yo creo que en parte esa decisión es porque hay como mecanismos para que se puedan regularizar. Esos mecanismos ya no están vigentes entonces todos los nuevos migrantes que puedan llegar con la crisis actual de Venezuela, entrarían como en situación de irregularidad a Colombia pero la corte ha sido sistemática, en decir, que se debe cumplir con el deber de regularización. Si la corte ha considerado que claramente son situaciones difíciles, son personas que vienen en situación de vulnerabilidad que es difícil regularizarse a pesar exista la normativa, pero aún así ha mantenido que tienen que regularizarse. Como excepción pueden acceder a servicios de emergencia” (ID 25 Colombia).

En este sentido la experta formula un análisis crítico a la jurisprudencia de la Corte Constitucional ya que “cuando se trata de migrantes ha establecido como una

escisión que claramente no es legítima, está basada en la nacionalidad y es una carga desproporcionada que estas personas se regularicen sin considerar el contexto y como derecho quedan condicionado a este deber” (ID 25 Colombia).

Tal como fue señalado, la Corte Constitucional, en este caso Colombiana, para armonizar las obligaciones internacionales hacia los migrantes, en casos concretos, aún cuando no estén regularizados, ha incluido dentro de “servicios de emergencia” la cobertura de enfermedades catastróficas, los tratamientos para salud mental o consumos problemáticos, entre otros. De esta manera se “fuerza” la interpretación y alcance del término “servicios de emergencias” para habilitar el reconocimiento del derecho a la salud, aún cuando no cumpla con el criterio de regularización migratoria; no logrando esta situación equipararse con los derechos de los nacionales.

Barreras burocráticas o administrativas que limitan el derecho a la salud

El derecho a la salud, vinculado a la seguridad social, puede facilitar el acceso a derechos, pero también generar desigualdades. La diferenciación entre regímenes contributivos y no contributivos excluye a migrantes, trabajadoras informales y otros grupos vulnerabilizados. Durante la pandemia, la informalidad laboral acentuó estas brechas.

- **Criterios más restrictivos:** La Corte Constitucional ha endurecido los criterios para el acceso a la salud de migrantes, condicionando a la regularización migratoria.
- **Acceso limitado a emergencias:** Las personas migrantes no regularizadas sólo acceden a servicios de emergencia de manera excepcional.
- **Barreras burocráticas:** La regularización migratoria implica trámites complejos que dificultan la inscripción al sistema de salud.
- **Crisis migratoria venezolana:** La eliminación de mecanismos de regularización agrava la situación de los nuevos migrantes, que quedan en situación de irregularidad sin acceso pleno a la salud.
- **Análisis crítico de la jurisprudencia:** La Corte establece una distinción basada en la nacionalidad, generando una carga desproporcionada para las personas migrantes.
- **Interpretación ampliada de “emergencias”:** Para armonizar obligaciones internacionales, la Corte ha extendido la noción de “servicios de emergencia” para incluir enfermedades catastróficas, salud mental y consumos problemáticos, sin equiparar completamente los derechos de nacionales y migrantes.

2.4. Barreras culturales y falta de pluralismo jurídico-sanitario

En los discursos recogidos, las especialistas reflexionan sobre las barreras culturales que limitan el derecho a la salud, señalando la preeminencia de patrones monoculturales y del modelo médico hegemónico. Estos enfoques reducen la salud

a su dimensión prestacional, invisibilizando visiones integrales e interculturales que vinculan la salud con la tierra, los territorios y los derechos colectivos (ID 31 Bolivia, ID 26 Argentina).

En este sentido, una de las expertas menciona que la carencia de un paradigma holístico en el plano normativo que incluya salud, cambio climático, derechos interrelacionados y territorios opera como uno de los limitantes en la garantía del derecho a la salud. Otro aspecto mencionado por las participantes es la necesidad de vincular la salud con la armonía con la madre tierra, el acceso a recursos esenciales como tierra, educación y medicina tradicional, y la defensa de los derechos colectivos (ID 31 Bolivia).

En efecto, la experta expresa que el mundo de la medicina está dentro de patrones de pensamiento que son monoculturales (ID 31 Bolivia) y por lo tanto, no hay lugar para otro tipo de saberes.

En a misma línea otra de las expertas señala que **“la preeminencia del modelo médico hegemónico subalterniza prácticas ancestrales de los pueblos indígenas, esto limita el alcance del derecho a la salud y la idea misma de qué es la salud**, y no incluye la salud de la madre tierra y el territorio” (ID 26 Argentina).

Las especialistas coinciden en que la ausencia de un paradigma normativo que articule salud, cambio climático, derechos interrelacionados y territorio constituye un obstáculo estructural para garantizar el derecho a la salud.

En este sentido, señalan **la importancia de reconocer la salud como un concepto amplio e interdependiente de la armonía con la naturaleza y el acceso a recursos esenciales:** tierra, agua, educación y medicina tradicional (ID 26 Argentina; ID 31 Bolivia). Asimismo, una de las expertas enfatiza que Bolivia, es un ejemplo de cómo integrar saberes ancestrales al sistema de salud (ID 31 Bolivia).

Así, expresa la experta que nuestra salud tiene que ver con **salud de la madre tierra, necesitamos posicionar esto con fuerza, si la madre tierra está sana nosotros vamos a estar sanos**. Menciona la experta que Bolivia es el único país de las Américas que cuenta con una ley nacional que reconoce a los sabios y sabias de nuestro territorio, guías espirituales, parteros y parteras, médicos tradicionales y naturistas; son reconocidos desde el estado (ID 31 Bolivia).

En consonancia, se señala que el Movimiento por la salud de los pueblos (MSP) elaboraron la Carta de Bangladesh del año 2000²⁶ que escriben activistas luchadores por la salud, en defensa del agua, de la tierra, del territorio, defensores de la amazonía, defensores de los derechos de los pueblos. Justamente porque la

²⁶MSP. (2000). Declaración de Bangladesh del año 2000
<https://phmovement.org/wp-content/uploads/2020/06/phm-pch-spanish.pdf>

salud no puede estar aislada de todo esto, al contrario, luchar por el derecho a la salud es luchar por la vida digna de nuestros pueblos (ID 31 Bolivia).

En el Foro se observó un consenso sobre la escasa incorporación de la interculturalidad en los sistemas de salud de América Latina, donde predomina un modelo biomédico y biotecnológico que restringe la integración de saberes diversos. Esta visión oficial del derecho a la salud también se refleja en los sistemas jurídicos, limitando la incorporación de enfoques alternativos, salvo excepciones como las constituciones de Ecuador y Bolivia que reconocen el paradigma del “buen vivir” (ID 16 Argentina; ID 22 Argentina). Esta es una crítica compartida por diferentes voces de la región que estuvieron presentes en el Foro.

En el Foro existió consenso sobre la importancia de entender el derecho a la salud de manera amplia, abarcando la democracia, la educación, el acceso a información y la participación social, y destaca la interdependencia con otros derechos fundamentales. En este marco, se señala que el Sistema Interamericano de Derechos Humanos juega un rol destacado para establecer estándares preventivos para los Estados (ID 23 Brasil; ID 16 Argentina; ID 31 Bolivia; ID 22 Argentina).

En consonancia, se menciona que el **Sistema Interamericano no sólo sirve para casos concretos, a través de la aplicación de estándares de derechos humanos, sino que sus resoluciones pueden ser guías preventivas para evitar violaciones de derechos** y reconoce esta experta que el Sistema Interamericano tiene una visión holística de los derechos integrando la noción de salud con ambiente y cambio climático (ID 23 Brasil; ID 1 Costa Rica).

Asimismo, otros expertos, coinciden en la **importancia de un enfoque sistémico que permita abordar la salud desde una perspectiva integral, incluyendo factores ambientales y climáticos como determinantes clave para una vida digna** (ID 31 y 32 Argentina). Otro experto, señaló, de manera concordante sobre la importancia del **enfoque sistémico para analizar el derecho a la salud** (ID 27 Uruguay).

Reforzando la idea otra experta señaló **que gran parte de las normativas apuntan siempre a la calidad, la eficacia y la seguridad de todos los productos, pero ninguna tiene esta perspectiva ambiental** que es tan importante y desde este lugar se puede hacer grandes aportes al derecho a la salud (ID 24 Argentina).

En este mismo sentido, varias voces resaltaron que la salud no puede desligarse de la protección ambiental y climática. Mencionaron casos paradigmáticos, como La Oroya²⁷ en Perú o la causa “Mendoza” en Argentina, donde las violaciones al derecho a un ambiente sano derivaron en graves problemas de salud pública, estos

²⁷Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/comunidad_la_oraya.pdf

casos van en línea con la Opinión Consultiva N° 23²⁸ de la Corte Interamericana (ID 21 y 24 Argentina).

Así señala uno de los expertos, que para hablar de un ambiente sano y saludable, tenemos que necesariamente hablar del derecho a la salud. En la región hay zonas de alto conflicto ambiental que requieren medidas estatales urgentes. Sin embargo, menciona como **el desfinanciamiento de los entes de control, la desregulación, el negacionismo climático y decisiones judiciales desprotegen a las comunidades** afectadas (ID 21 Argentina).

En este sentido, las y los expertos argentinos ejemplifican y coinciden en señalar los problemas que acarrea el cierre abrupto de la causa “Mendoza” por parte de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) sin que se haya verificado el cumplimiento de los objetivos del fallo (ID 11 Argentina; ID 21 Argentina; ID 24 Argentina; ID 16 Argentina).

En la causa “Mendoza” señalan que está **muy clara la vinculación entre ambiente y salud y la necesidad de entender que los casos ambientales no son solamente “casos verdes” puramente**, sino que son casos de derechos humanos y necesitamos **hablar de salud y contextos ambientales**, sobre todo en territorios con poblaciones tan vulnerabilizadas como la que tenemos en en nuestros países (ID 11 Argentina).

Otra de las especialistas, sostiene la importancia del enfoque integral e integrado que propone el modelo de “una salud”^{29 30}, que se encuentra plasmado en el borrador del tratado de prevención, preparación y respuesta ante pandemias. Incluyendo en el análisis de la salud, la salud animal y la salud del ecosistema (ID 7 Argentina).

En efecto, se señala que **es necesario repensar el derecho a la salud desde una perspectiva integral y sistémica**. Una experta destaca el modelo de “Una Salud”, que vincula la salud humana, animal y ecosistémica, como una herramienta valiosa para abordar los riesgos sanitarios y la respuesta ante pandemias, sin caer en enfoques de securitización (ID 7 Argentina).

Mientras que otras voces impulsan la recuperación de los saberes ancestrales, basados en la salud de la madre tierra, el buen vivir y la triple interrelación con la naturaleza y la comunidad (ID 16 Argentina, ID 26 Argentina, ID 31 Bolivia).

²⁸ Opinión Consultiva 23. Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_23_esp.pdf

²⁹ N de A: El modelo promovido por OPS/OMS de “una salud” difiere del modelo de “buen vivir” o salud de la madre tierra, que refieren desde los pueblos indígenas andinos, los movimientos de medicina social Latinoamericana, o salud colectiva. La principal crítica radica en que el modelo de “una salud” si bien integra la dimensión animal, humana y del ambiente, no formula ningún cuestionamiento al modelo de producción capitalista y extractivista que genera enfermedad y afecta la biodiversidad y genera “mal desarrollo”.

³⁰OMS. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

Existe consenso en el Foro en **relación a la importancia de pensar un enfoque integral, pero mientras una de las expertas propone el paradigma de “Una salud”** (promovido por organismos intergubernamentales como OPS/OMS) **otras proponen el paradigma del “buen vivir”** propio de los pueblos indígenas y tribales de raigambre latinoamericano. Estos paradigmas tienen implicancias en la noción misma de salud y por lo tanto, en la forma de regulación de éstos.

Finalmente, se resalta **el rol del Sistema Interamericano de Derechos Humanos para establecer estándares preventivos, integrales y orientar a los Estados** en la construcción de políticas públicas más amplias y protectoras de la salud como un derecho interdependiente (ID 23 Brasil).

Preeminencia de patrones monoculturales y falta de pluralismo jurídico y sanitario

El derecho y la salud se estructuran bajo patrones monoculturales. La falta de un enfoque normativo integral limita la garantía del derecho a la salud.

Expertos critican **la preeminencia del modelo biomédico y abogan por la integración de saberes ancestrales y una visión más holística** que incluya la defensa de la tierra y los derechos colectivos.

También se destaca la necesidad de abordar la salud desde una perspectiva ambiental e interdependiente.

Algunos expertos señalan la importancia del enfoque de **“Una salud”** mientras que otros consideran que es importante plasmar el enfoque del **“buen vivir”** propio del desarrollo teórico latinoamericano. En ambos casos la diferencia no es sólo de terminología utilizada, sino que esos conceptos plasman cosmovisiones y paradigmas diferentes.

2.4.1. Disputas simbólicas en torno al derecho a la salud

Una de las especialistas analiza el derecho a la salud como un campo de disputa permanente dentro del sistema capitalista, destacando que no está plenamente consolidado ni en el plano jurídico ni en las políticas sanitarias. Esta disputa se configura en torno a dos visiones opuestas: por un lado, la salud como un derecho fundamental, indisolublemente ligado a condiciones sociales dignas (territorio, vivienda, agua, alimentación y trabajo); y por otro, la salud como una mercancía, promovida por las grandes corporaciones transnacionales a través de la patentización de medicamentos y la comercialización del conocimiento (ID 22 Brasil).

En este sentido, la experta advierte que **el reconocimiento legal del derecho a la salud no es suficiente sin una lucha social constante que garantice su aplicación efectiva**. “Tener el derecho consagrado en la Constitución es importante,

pero la verdadera garantía surge del proceso histórico de movilización y resistencia social” (ID 22 Brasil).

Esta afirmación encuentra eco en otras voces del Foro, que resaltan la importancia de que **las comunidades se perciban como titulares de derechos y exijan su cumplimiento no solo a través de la vía judicial, sino también mediante la lucha colectiva y la movilización social** (ID 16 Argentina; ID 2 Regional; ID 22 Brasil).

Asimismo, se señala **la necesidad de establecer mecanismos jurídicos que responsabilicen a las empresas transnacionales en casos de violaciones a los derechos humanos**, abogando por regulaciones más estrictas que aseguren su cumplimiento (ID 22 Brasil). **Esta tensión estructural evidencia que el derecho a la salud sigue siendo un derecho en disputa, reflejando el choque entre un enfoque integral y comunitario basado en los determinantes sociales de la salud, frente a la lógica extractivista y mercantilista promovida** por empresas transnacionales.

La especialista también reflexiona sobre las lecciones que deja la experiencia brasileña con el Sistema Único de Salud (SUS). Explica cómo, a pesar de ser un modelo basado en la universalidad y fruto de décadas de lucha social, sigue siendo vulnerable a las políticas neoliberales y los recortes presupuestarios. “Una de las mayores amenazas fue la reforma impulsada por Michel Temer, que congeló el presupuesto público de salud. Luego, con la pandemia durante el gobierno de Bolsonaro, ¿cómo podía el Estado responder a la crisis sanitaria si el propio marco institucional impedía aumentar la inversión en salud?” (ID 22 Brasil).

Menciona la experta, que esta situación revela que la existencia de normas que consagran el derecho a la salud no basta sin una movilización social activa que defienda las conquistas alcanzadas y presione por la implementación real de las políticas públicas (ID 22 Brasil).

Otro aspecto crítico de esta disputa **es la financiarización de la salud y su impacto en la percepción ciudadana de los derechos**. Un experto plantea interrogantes sobre si las personas comprenden que el acceso a la salud no debe depender exclusivamente de la intervención judicial, sino que requiere una demanda activa hacia el Estado (ID 2 Regional).

En esta línea, advierte además sobre “el preocupante desmontaje del concepto de derecho” tanto en su dimensión jurídica como en su potencial como herramienta de exigibilidad, una tendencia que atraviesa no sólo a Argentina, sino a varios países de la región (ID 2 Regional).

Los testimonios **reflejan que el derecho a la salud es un espacio de disputa simbólica, política y económica, donde las comunidades, los movimientos sociales y los organismos de derechos humanos juegan un rol clave para resistir**

los procesos de mercantilización y mantener viva la lucha por una salud concebida como un derecho humano integral, interdependiente de otros derechos fundamentales y no como un bien de mercado.

El derecho a la salud es un campo en disputa

- El derecho a la salud es un campo en disputa dentro del sistema capitalista, sin consolidación plena en los ámbitos jurídico y sanitario. Para garantizar este derecho se requiere una lucha social constante, evidenciando que el derecho a la salud no solo depende de su inclusión en la Constitución, sino de la movilización social para su implementación efectiva.

2.4.2. Brechas tecnológicas en salud

En esta sección se aborda el debate que trajeron algunas/os expertas/os en relación a riesgos y desafíos del uso de la inteligencia artificial³¹ para los derechos humanos y particularmente, para el derecho a la salud. Se mencionó que si bien se incorporó y **se amplificó el uso de una tecnología sin suficiente discutibilidad social sobre los impactos reales** en distintos aspectos de la vida cotidiana de las personas y sin contar con marcos normativos regulatorios vinculantes³².

Así uno de los expertos expresa que: **“las nuevas tecnologías, particularmente la inteligencia artificial (IA), plantean riesgos significativos para los derechos humanos, en particular para la salud mental especialmente en el ámbito laboral y para el derecho a la salud”** (ID 4 Brasil).

³¹ N de A: Se pueden consultar definición actual de IA y la reformulación del concepto que proporciona la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). En el 2019 definió la Inteligencia Artificial como “un sistema basado en una máquina que puede, para un objetivo definido por el ser humano, hacer predicciones, recomendaciones o decisiones que influyen en entornos reales o virtuales. Los sistemas de IA están diseñados para funcionar con distintos niveles de autonomía.” En el 2023, la define como “un sistema basado en máquinas que, para objetivos explícitos o implícitos, infiere, a partir de la información que recibe (input), cómo generar resultados como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones que pueden influir en entornos físicos o virtuales. Los distintos sistemas de IA varían en sus niveles de autonomía y adaptabilidad tras su despliegue”.

³² N de A: Se puede consultar el primer marco universal sobre ética de la IA – la “Recomendación sobre la ética de la inteligencia artificial”, fue adoptado por los 193 Estados miembros de la UNESCO en noviembre de 2021. Disponible: <https://www.unesco.org/es/articles/recomendacion-sobre-la-etica-de-la-inteligencia-artificial> También puede consultarse el documento elaborado por la Reunión de Altas Autoridades sobre Derechos Humanos del MERCOSUR (RAADH) sobre principio de derechos humanos en el ámbito de la inteligencia artificial. Disponible: <https://www.raadh.mercosur.int/wp-content/uploads/2024/04/DECLARACION-SOBRE-LOS-PRINCIPIOS-DE-DERECHOS-HUMANOS-EN-EL-AMBITO-DE-LA-INTELIGENCIA-ARTIFICIAL.pdf>

Según uno de los expertos **estas tecnologías reproducen sesgos discriminatorios que pueden ser utilizados en procesos automatizados de decisión** (selección de personal, procesos de trabajo, gestión del desempeño) que afectan las relaciones laborales y alteran el trabajo en los términos que se desarrollaba (ID 4 Brasil). Así la **IA y la gestión algorítmica** está contribuyendo a **un incremento sin precedentes de trastornos de salud mental**, como el síndrome de burnout, la depresión y la ansiedad, evidenciando los impactos negativos de la automatización sin regulación adecuada (ID 4 Brasil).

Una de las expertas, refiere que **las nuevas tecnologías y su aplicabilidad, confidencialidad, privacidad, seguridad y soberanía digital** y en el ámbito judicial puede afectar la garantía de debido proceso (ID 26 Argentina)³³.

Otro aspecto problemático, **es la profundización de las brechas de acceso a tecnologías y recursos sanitarios**. Para algunos especialistas, repensar el derecho a la salud implica buscar estrategias **que reduzcan las desigualdades y garanticen trayectorias más equitativas en materia de justicia sanitaria. La falta de acceso a tecnologías críticas o la implementación desigual de herramientas digitales puede ampliar las brechas existentes**, dejando a poblaciones vulnerables aún más rezagadas (ID 4 Brasil; ID 16 Argentina).

En el mismo sentido, menciona otra experta que **las nuevas tecnologías además de las brechas que ya existen está el problema de el manejo de los datos, de quién son los datos, como se van a usar, aplicar, que pasa con la privacidad** y la información sanitaria y nos acerca el plano de la seguridad y soberanía digital (ID 26 Argentina)

Esta realidad, según uno de los expertos, también revela una paradoja: **lejos de ser herramientas de liberación, las tecnologías digitales están intensificando las cargas laborales y dificultando el ejercicio de derechos fundamentales, como el derecho a la desconexión** (ID 4 Brasil). Lo que inicialmente se concebía como una oportunidad para mejorar la calidad de vida y liberar tiempo para el bienestar, hoy se traduce en mayores niveles de estrés y vigilancia permanente en el entorno laboral.

Además, **la expansión de las tecnologías digitales en salud abre interrogantes sobre la gestión, privacidad y soberanía de los datos**. La posibilidad de analizar grandes volúmenes de información **puede ser valiosa para mejorar diagnósticos y tratamientos, pero también expone a las personas a riesgos relacionados con el uso indebido de su información sanitaria**, lo que subraya la necesidad de abordar estos dilemas desde una perspectiva de derechos digitales.

³³ N de A: Para profundizar sobre estos aspectos, puede verse una innovadora sentencia dictada por parte de la Corte Constitucional de Colombia, en la que analiza los riesgos y beneficios de la IA en términos de respeto de la garantía de debido proceso legal (Sentencia T 323 de 2024, Expediente T 9 301.656).

Asimismo, también se destacan otros problemas como la falta de regulación en el uso de la IA en los ámbitos judiciales y cómo ello puede generar problemas para el debido proceso³⁴.

Ante este escenario, **resulta esencial impulsar espacios de deliberación pública y promover marcos regulatorios que orienten la innovación tecnológica hacia la protección y promoción de la salud y los derechos humanos.**

Algunas opiniones de las/os expertas/os señalaron que la inteligencia artificial y las herramientas digitales deben ser aliadas del bienestar humano, no factores que profundicen las desigualdades ni erosionen los derechos conquistados (ID 4 Brasil, ID 16 Argentina).

Riesgos de las nuevas tecnologías

Entre las promesas de innovación y la Profundización de Desigualdades

- Las nuevas tecnologías, especialmente la inteligencia artificial generativa, plantean riesgos significativos para los derechos humanos, particularmente en salud mental.
- Estas tecnologías reproducen sesgos discriminatorios y generan presiones en las relaciones laborales.
- Además, profundizan desigualdades preexistentes en el acceso a tecnologías sanitarias, mientras plantean problemas de privacidad, seguridad y soberanía digital, evidenciando una paradoja donde, en lugar de emancipar a las personas, agravan problemas laborales y de salud.

Es necesario resaltar, el área de vacancia de conocimiento sobre el almacenamiento, aplicabilidad, explicabilidad y uso de datos en salud, considerando aspectos de seguridad informática y soberanía digital estatal. Es necesario reflexionar sobre el papel de las plataformas digitales y empresas transnacionales en la configuración de nuevas formas de colonialidad y dependencia digital.

Hasta aquí se presentaron las principales problemáticas y desafíos identificados por personas expertas que participaron del Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud.

³⁴ N de A: Pueden consultarse algunos criterios orientadores para el adecuado uso de la IA en Colombia. Para profundizar, véase: Sentencia T-323/24, Derecho al debido proceso. Criterios orientadores para el adecuado uso de la inteligencia artificial (IA). Disponible: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2024/T-323-24.htm>

A continuación, se aborda la judicialización por el derecho a la salud, en el entendimiento que es un aspecto que tiene la potencialidad, tanto de ampliar como restringir el derecho a la salud.

3

JUDICIALIZACIÓN POR EL
DERECHO A LA SALUD

3. JUDICIALIZACIÓN POR EL DERECHO A LA SALUD

El problema de la judicialización de la salud no es nuevo y continúa siendo motivo de preocupación debido a su impacto en la garantía del derecho a la salud. Por ello, buscamos aportar a una comprensión más profunda de este fenómeno, presentando **las problemáticas y desafíos identificados a partir de las voces de actores sociales del sur global** con trayectorias diversas en los ámbitos profesional, académico, social y de gestión, cuyas miradas interdisciplinarias resultan clave para enriquecer el análisis.

Este capítulo se estructura en torno a **dos ejes principales**: en primer lugar, **los factores que facilitan o desencadenan la judicialización del derecho a la salud**; y en segundo lugar, **aquellos nudos críticos que obstaculizan el acceso efectivo a la justicia sanitaria**, tanto en el **ámbito interamericano como en los contextos nacionales**.

A su vez, dentro del ámbito nacional la información se categorizó a partir de tener en cuenta los **determinantes macroestructurales** (determinantes sociales, económicos, políticos); **determinantes meso institucionales o de gestión judicial y sanitaria**; **determinantes microsociales** (simbólicos o ideológicos) de la judicialización

En Foro Permanente los actores sociales aportan una perspectiva sobre cómo operan e interactúan los distintos factores que desencadenan o impulsan la judicialización.

Se identificaron **dos discursos que se contraponen sobre la judicialización**. Por un lado, quienes la consideran **una herramienta esencial para garantizar derechos y mejorar la accesibilidad**; y por otro, **quienes la perciben como un factor que agrava las desigualdades estructurales y genera nuevas tensiones** en los sistemas jurídicos y sanitarios.

A pesar de estas divergencias, existe consenso en **la necesidad de impulsar cambios que permitan pensar respuestas integrales, que fortalezcan los mecanismos de protección previos a la judicialización, desde un enfoque de justicia sanitaria y derechos humanos**.

Cabe señalar, que esta tensión en la forma de comprender la judicialización también se refleja en la literatura especializada sobre la temática. En efecto, existen distintos estudios realizados en la región que abordan la problemática de la judicialización desde diversos enfoques teórico-metodológicos y escalas de análisis,

incluyendo investigaciones regionales³⁵, comparativas entre países³⁶ o centradas en casos nacionales, como Argentina^{37 38 39}, Brasil⁴⁰, Perú⁴¹, Colombia^{42 43} y México.^{44 45} Algunos estudios examinan la judicialización desde la perspectiva de los actores sociales⁴⁶, buscando comprender sus implicancias en profundidad. Otros se enfocan en problemáticas específicas, como el acceso a medicamentos de alto costo⁴⁷, las estrategias de priorización para evitar litigios excesivos y garantizar el derecho a la salud⁴⁸, o los impactos del litigio en los sistemas sanitarios^{49 50}. Además, se han identificado revisiones sistemáticas sobre el fenómeno de la judicialización en salud.⁵¹

³⁵ Bocado, A., Acevedo, N., Espinosa, L., Fibla, G., & Reyes, A. (2021). Conflictividad Civil y Barreras de Acceso a la Justicia en América Latina. Informe de Salud.

³⁶ Reveiz, L., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald, J. F., Mendoza, A., Bolis, M., & Salgado, O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 213-222.

³⁷ Gotlieb, V., Yavich, N., & Báscolo, E. (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00121114.

³⁸ 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>

³⁹ Alcaraz, O. A., Alvarez, J., Marín, G. H., Donato, M., Alfie, V., & Zambelli, M. (2020). Judicialización de medicamentos de alto costo en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Investigación en Salud, 1-37. Disponible: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379286>

⁴⁰ Gandini, J. A. D., Barione, S. F., & Souza, A. D. (2008). A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Biblioteca Digital do Supremo Tribunal de Justiça (BDJur)*, 24.

⁴¹ Samuel, J., Flores, W. y Frisancho, A. (2020). Exclusión social y cobertura universal de salud: derechos de atención de salud y rendición de cuentas ciudadana en Guatemala y Perú. *Int J Equity Health* 19, (216). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01308-y>

⁴² Yamin, A. E., Parra-Vera, O. (2010). Judicial protection of the right to health in Colombia: from social demands to individual claims to public debates. *Hastings Int'l & Comp. L. Rev.*, 33, 431.

⁴³ Yepes, R. U. (2007). La judicialización de la política en Colombia: casos, potencialidades y riesgos. *Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos*, 4, 52-69.

⁴⁴ Giménez, F. P. (2020). Los albores de la justiciabilidad del derecho a la salud en México: el caso Pabellón 13 (AR 378/2014). *Colección*, 501.

⁴⁵ Aldao, Martín; Clérico, Laura; De Fazio, Federico La protección del derecho constitucional a la salud en Argentina Gaceta Laboral, vol. 21, núm. 3, 2015, pp. 239-275 Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela.

⁴⁶ Cobo-Armijo, F., Charvel, S., & Pelcastre-Villafuerte, B. E. (2021). La judicialización del derecho a la protección de la salud desde la óptica de los actores clave. *Salud pública de México*, 63(2), 308-313. Spanish. doi: 10.21149/10491. PMID: 33989495.

⁴⁷ Gandini, J. A. D., Barione, S. F., & Souza, A. D. (2008). A judicialização do direito à saúde: a obtenção de atendimento médico, medicamentos e insumos terapêuticos por via judicial: critérios e experiências. *Biblioteca Digital do Supremo Tribunal de Justiça (BDJur)*, Brasília, DF, 24.

⁴⁸ Pinzón-Flórez, C. E., Chapman, E., Cubillos, L., & Reveiz, L. (2016). Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Revista de saúde pública*, 50, 56.

⁴⁹ Gargarella, R. (2006). ¿ Democracia deliberativa y judicialización de los derechos sociales? *Perfiles Latinoamericanos*, 13(28), 9-32.

⁵⁰ Diniz, B. F., de Persilva, L. P. (2024). Reflexões sobre o caráter ambivalente da judicialização na saúde: Desafio para garantia da integralidade e equidade no SUS. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 13(3), 42-62.

⁵¹ Reveiz, L., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald, J. F., Mendoza, A., Bolis, M., & Salgado, O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 213-222.

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300008

3.1. La judicialización en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

3.1.1. Facilitadores

El Sistema Interamericano de Derechos Humanos es clave para los actores sociales del Foro Permanente porque brinda **un marco de protección y garantía para el derecho a la salud**, especialmente en contextos de desigualdad y vulnerabilidad como el latinoamericano.

Tanto la Comisión Interamericana (CIDH) como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) **han generado estándares que fortalecen las demandas de acceso a la salud, la no discriminación y la responsabilidad estatal frente a violaciones de derechos.**

La judicialización en el ámbito interamericano es **observada por los actores sociales con mayor optimismo y confianza en el impacto positivo en relación al derecho a la salud** a diferencia que la judicialización en los ámbitos nacional y subnacional.⁵² Aunque también se realizan algunas críticas e interrogantes **en relación al impacto real (efectividad, oportunidad) que las sentencias tienen en los países de la región.**

Una de las perspectivas que en los grupos focales tuvo amplio **consenso es el rol fundamental que desempeña el Sistema Interamericano en la protección del derecho a la salud** (ID 16 Argentina; ID 1 Costa Rica; ID 25 Colombia; ID 11 Argentina; ID 21 Argentina; ID 12 Argentina; ID 28 Bolivia; ID 18 Bolivia; ID 23 Brasil).

En este sentido, algunos expertos mencionaron cómo fue **evolucionando y avanzando la jurisprudencia** de la Corte IDH en pos de ampliar el alcance del derecho a la salud, las responsabilidades estatales y los mecanismos de acceso a la justicia para el efectivo ejercicio de este derecho (ID 1 Costa Rica) y como ello tuvo impacto en los **precedentes nacionales** (ID 25 Colombia).

En efecto, la intervención del especialista destaca la evolución del derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. A partir de casos emblemáticos, se identifican tendencias claves y se ofrecen perspectivas para la consolidación de estándares regionales en materia de justiciabilidad y protección de este derecho (ID 1 Costa Rica).

Así, señala el experto que la Corte IDH realiza un aporte significativo **al establecer para la región una conceptualización amplia del derecho a la salud** que es

⁵² N de A: Para profundizar véase: Sikkink, K. (2017). Razones para la esperanza: Los derechos humanos en el siglo XXI. Fondo de Cultura Económica.
Para confrontar véase: Moyn, S. (2010). The last utopia: Human rights in history. Harvard University Press.

utilizada en distintos casos. En palabras del experto menciona la conceptualización de la Corte IDH:

*“(…) el **derecho a la salud un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos**, todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente, entendida la salud no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social”, esa es la definición que la Corte Interamericana ha venido desarrollando y que ha vuelto a retomar en los casos de la justiciabilidad directa de los DESCAs*”. (ID 1, Costa Rica)

En esta perspectiva se subraya que el derecho a la salud debe ser considerado **como un derecho humano fundamental y una obligación prioritaria de los Estados, con el objetivo de garantizar la dignidad y el bienestar de todas las personas, especialmente de los grupos más vulnerables**. La salud, al ser un derecho fundamental para el ejercicio de derechos como la vida y la integridad personal, **no puede ser suspendida ni siquiera en estados de excepción o conflicto** (ID 1 Costa Rica).

Destaca el especialista que la **Corte IDH avanzó desde una protección indirecta (por conexidad con otros derechos) hacia la justiciabilidad directa del derecho a la salud**, ampliando, por vía de la interpretación judicial, el alcance del derecho a la salud. A la vez, establece los principios de indivisibilidad e interdependencia y las responsabilidades de los estados, aún cuando delegue los servicios de salud y atención en entidades privadas (ID 1 Costa Rica). Así el experto menciona que:

*“(…) para hablar sobre el derecho a la salud tenemos que partir del principio de indivisibilidad, e interdependencia, entonces cuando uno analiza el Sistema Interamericano va a haber dos bloques, **antes de la justiciabilidad de los DESCAs del año 2017 con Lagos del Campo versus Perú⁵³ y después**, pero la Corte IDH incluso ya había analizado este tema de la indivisibilidad e interdependencia por la conexidad, y la Corte IDH establecía que la falta de garantía del derecho a la salud afecta la vida y le afecta la integridad personal”*. (ID 1 Costa Rica).

A continuación, se presenta una síntesis de los principales aspectos facilitadores o positivos que señalan distintos expertos/os en relación a la judicialización en el ámbito supranacional.

⁵³ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_340_esp.pdf

LITIGIO EN EL ÁMBITO INTERAMERICANO

1. **Reconoce el derecho a la salud como derecho autónomo justiciable de manera directa**, no puede ser suspendido ni aún por estado de excepción constitucional (ID 1 Costa Rica).
2. **Fija criterios de protección y prevención relevantes para el derecho a la salud y determinar el rol del estado en la fiscalización y regulación del sector privado** (ID 1 Costa Rica, ID 16 Argentina).
3. **Establece obligaciones estatales inmediatas y los principios de no regresión y progresión** en salud (ID 1 Costa Rica).
4. **Protege a los grupos en situación de vulnerabilidad** a través de reforzar la necesidad de que los Estados realicen acciones afirmativas de derechos hacia los pueblos indígenas, personas privadas de libertad, mujeres, niñas y niños, entre otros (ID 1 Costa Rica, ID 25 Colombia).
5. **Aporta una perspectiva integral al entrecruzar el derecho a la salud con los derechos laborales en el marco del trabajo decente** (ID 4 Brasil).
6. **Incorpora estándares y parámetros claros para que los Estados garanticen los derechos**, estableciendo que los Estados deben adoptar medidas concretas para garantizar servicios de salud adecuados, disponibles, accesibles, de calidad, aceptables, seguros y sin barreras geográficas, económicas o culturales (ID 1 Costa Rica, ID 25 Colombia).
7. **Reconoce los otros DESCA como interdependiente del derecho a la salud** (ID 1 Costa Rica) y **aporta una visión holística de la salud** vinculada con el cambio climático, incluso con las instituciones de la democracia.
8. **Impulsa cambios normativos y de políticas públicas para prevenir futuras violaciones** de derechos humanos, definiendo no sólo el alcance del derecho a la salud, sino también delimitando el rol del estado en relación a los DESCA (ID 1 Costa Rica, ID 25 Colombia, ID 21 Argentina; ID 11 Argentina).
9. **Construye un lenguaje común** en la región sobre los derechos humanos (ID 1 Costa Rica).
10. **Fomenta la participación y consulta en las decisiones que afectan su salud y su territorio**, fortaleciendo el principio de autodeterminación (casos sobre

pueblos indígenas y salud ambiental) y la autonomía de la voluntad (necesidad de consentimiento informado en salud) (ID 1 Costa Rica).

11. **Visibiliza problemas estructurales en el ámbito supranacional** y pone en agenda situaciones de injusticia desatendidas a nivel local. Cuando se obturan los procesos y procedimientos nacionales y se verifican reformas regresivas en las políticas públicas cobra relevancia el Sistema Interamericano (ID 16 Argentina; ID 28 Bolivia; ID 18 Bolivia; ID 25 Colombia).⁵⁴

Los aspectos identificados por los actores sociales del Foro Permanente coinciden con distintos autores que coinciden en señalar que el SIDH ha realizado **contribuciones significativas para la promoción y protección de los derechos**. Sin perjuicio de ello, la literatura señala algunos desafíos que debe emprender el SIDH para una mayor legitimidad en la región.⁵⁵

A continuación, se desarrollan algunos aspectos que fueron mencionados por las y los expertos. Así, se señaló que por vía judicial se reconoce el derecho a la salud como derecho autónomo justiciable de manera directa, fija criterios de protección y prevención relevantes para el derecho a la salud, establece obligaciones estatales inmediatas, promueve la protección de grupos en situación de vulnerabilidad, reconoce la salud como derecho interdependiente.

- **Reconoce el derecho a la salud como derecho autónomo justiciable de manera directa**

En la narrativa de las/os expertas/os **la consideración de los DESCAs como justiciable de manera directa, y la concepción del derecho a la salud como**

⁵⁴ N de A: Se puede señalar otros aspectos positivos de la judicialización que surge de la literatura en la materia, pero que no fueron mencionadas en el Foro Permanente, como **el empoderamiento de comunidades y organizaciones sociales que el litigio internacional** puede brindar para exigir cambios ; que los procesos internacionales contribuyen a **reconstruir relatos históricos de violaciones de derechos**, dando lugar a procesos de justicia transicional y reparación simbólica y los avances en relación a definir que el control de convencionalidad es un deber de todos los Poderes del Estado ex-officio. Para profundizar, véase: Rincón, T (2010) Verdad, justicia y reparación: La justicia de la justicia transicional, Colombia, Editorial Universidad del Rosario.

También puede consultarse: Salvioli, Fabián (2020). Los procesos de memorialización en el contexto de violaciones graves de derechos humanos y del derecho internacional humanitario: el quinto pilar de la justicia transicional", Organización de las Naciones Unidas, 7 de septiembre de 2020.

⁵⁵ N de A: Bernal (2022) analiza la legitimidad del Sistema Interamericano asociado a dimensiones jurídicas, sociológicas y normativas. Asume desde esta perspectiva tres desafíos para el Sistema interamericano: fortalecer la deliberación con los estados para buscar la aceptación de los estándares; adecuar las sentencias que implican cambios estructurales para que no sean inviables o inaplicables en el contexto local; lograr el consentimiento expreso de los estados sobre la aplicación de los estándares interamericanos ya que algunos son jurídicamente dudosos. Para profundizar, véase: Bernal, C. (2022). Tres desafíos de legitimidad del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Published by Oxford University Press and New York University School of Law.

derecho autónomo, fue un paso muy significativo para la protección, exigibilidad y para ampliar la responsabilidad estatal.

Uno de los expertos menciona que antes de 2017, la justiciabilidad de los DESCAs se abordaban de forma indirecta y ejemplifica con algunos casos resueltos en el ámbito de la Corte IDH, como los casos: **Shawhayamaxa⁵⁶, Yakye Axa⁵⁷ versus Paraguay**, donde se reconocía el derecho a la salud por conexidad con los derechos a la vida e integridad personal (ID 1 Costa Rica).

A partir del caso **Lagos del Campo vs. Perú⁵⁸ (2017)** y especialmente, **Poblete Vilches vs. Chile⁵⁹ (2018)**, la Corte IDH avanza en la **justiciabilidad directa del derecho a la salud** (bajo el artículo 26 de la Convención Americana), reconociendo **su carácter autónomo, justiciable, exigible y establece las obligaciones de carácter progresivo y aquellas de exigibilidad inmediata**. Según el especialista los criterios y herramientas de estos casos fueron fundamentales durante la pandemia para garantizar el derecho a la salud y al mismo tiempo establecer límites a las acciones de los estados para que respeten la dignidad humana (ID 1 Costa Rica; ID 16 Argentina).

También surge de los relatos la importancia que tiene el rol de la Corte IDH **para la prevención de violaciones de derechos humanos en contextos críticos como la pandemia provocada por el COVID-19**. Aspecto compartido por otra de las expertas que menciona que el Sistema Interamericano **fue el primero en emitir una resolución para proteger el derecho a la salud durante la pandemia** (ID 23 Brasil).

- **Fija criterios de protección y prevención relevantes para el derecho a la salud y determina el rol del estado en la fiscalización y regulación del sector privado**

La Corte IDH establece estándares, criterios de protección y prevención relevantes relacionados con el derecho a la salud. En esta línea uno de los expertos menciona el caso: **“Gonzalez Lluy versus Ecuador”**.⁶⁰ en el que la Corte IDH, **responsabilizó al estado, expresando que éste debe crear un marco de prevención y cuidado aun cuando delegue en entidades privadas la salud, ejerciendo el rol de regulador y fiscalizador de entidades privadas** que tienen que cumplir con los estándares de derechos humanos (calidad, accesibilidad, seguridad).

Así, menciona que *“(...) En su evolución también la **Corte Interamericana da algunos criterios importantes por ejemplo, que si bien el estado tiene el***

⁵⁶ Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=327&lang=es

⁵⁷ Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/ver_ficha_tecnica.cfm?nId_Ficha=258&lang=es

⁵⁸ Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_340_esp.pdf

⁵⁹ Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf

⁶⁰ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

monopolio para proteger el derecho a la salud y esto puede desarrollarse a través de entidades privadas, el estado debe crear un marco de prevención y de cuidado a través de la regulación y la fiscalización. Es decir, que si bien es cierto hay entidades particulares que van a brindar el servicio de salud, el estado debe fiscalizar que estas entidades privadas **cumplan con las debidas garantías.** Como por ejemplo, la accesibilidad, la calidad del servicio de salud, y ahí podemos ver casos como **“Ximenes López versus Brasil”⁶¹** (caso de una persona con una discapacidad mental que fue golpeada y producto de esto falleció). La Corte en el análisis que hace se dio cuenta de que el estado ecuatoriano no tenía una regulación clara y tampoco supervisaba a estas clínicas privadas, lo mismo con el caso **Gonzalez Lluy versus Ecuador”.** (ID 1 Costa Rica)

- **Establece obligaciones estatales inmediatas y los principios de no regresión y progresión en salud:**

El mismo experto señala además que los Estados tienen la obligación de garantizar el derecho a la salud con acciones inmediatas, como accesibilidad y calidad en los servicios, y progresivamente mediante políticas públicas sostenibles.

El caso **Cuscul Pivaral vs. Guatemala**⁶² destaca la importancia de evitar retrocesos (no regresividad) en la implementación de medidas, especialmente para poblaciones vulnerables.

(...) En el caso “Cuscul Pivaral Versus Guatemala”, la Corte Interamericana analiza en estas en este caso de personas que tenían VIH, que el estado no había avanzado en las políticas que había regulado (tenía ciertos lineamientos de políticas públicas) pero que no las había implementado para poder proteger a las personas que tenían VIH. Entonces había una afectación muy grande a estas personas por el transcurso del tiempo y la Corte IDH indicó que en este caso no se había cumplido el deber de progresividad. También a habló de la obligación de no regresividad es decir, que si ya hemos avanzado en la protección del derecho a la salud a través de leyes que protegen a grupos vulnerables como personas con discapacidad, mujeres embarazadas, población afrodescendiente, pueblos indígenas, personas con discapacidad, adultos mayores, ya no podemos retroceder en eso. Porque la protección del derecho a la salud y de los DESCA, es siempre hacia delante nunca hacia atrás y esto es elemental”. (ID 1 Costa Rica)

- **Promueve la protección de grupos en situación de vulnerabilidad**

La Corte además ha enfatizado la protección de personas en situación de pobreza, pueblos indígenas, personas privadas de libertad en el **caso penal “Miguel Castro**

⁶¹ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf

⁶² Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_359_esp.pdf

Castro Versus Perú⁶³, mujeres embarazadas y población LGBTIQ+, personas en contexto de encierro, entre otros.

En el caso **“Hernández vs. Argentina”**⁶⁴ se reconoció la omisión del Estado al no garantizar condiciones mínimas de salud para una persona con meningitis en un centro penitenciario.

*“(…) derecho a la vida integridad personal, por ejemplo en el caso penal Miguel Castro Castro Versus Perú, donde decía: ‘la falta de condiciones adecuadas afectaba el derecho a la vida y a la integridad personal’ (...) pero llegó un caso que es **Hernández Versus Argentina**, una persona que tenía meningitis y tuberculosis que estaba privada de libertad y que necesitaba tratamiento, necesitaba atención de salud y lo que hace el Estado no es brindarle estas atenciones de salud, por esta situación esta persona tiene secuelas que luego se complican y la Corte IDH **primero hace un análisis del derecho a la salud y entiende que el estado de Argentina no garantizó las condiciones mínimas de salud en el centro penitenciario. Luego también hace un análisis del derecho a la integridad, entonces declara tanto el DESCAs de forma autónoma, como la afectación de la consecuencia de no garantizar el DESCAs que es la integridad personal**” (ID 1 Costa Rica).*

- **Reconoce la salud como un derecho interdependiente de otros derechos y visión holística de la salud**

La Corte IDH entiende la salud como un derecho indispensable para garantizar otros derechos humanos interdependientes. El derecho a la salud no puede realizarse de manera aislada.

Así, un experto menciona el caso **“Guachalá Chimbo vs. Ecuador”**⁶⁵ un caso de justiciabilidad directa, evidencia la conexión entre la falta de acceso a servicios de salud y la perpetuación de la pobreza y exclusión social, donde una persona con discapacidad había dejado de recibir atención médica porque no tenía recursos económicos” (ID 1 Costa Rica).

En casos como **I.V. vs. Bolivia**⁶⁶ (esterilización forzada) y **Britez Arce**⁶⁷ (violencia obstétrica), la Corte IDH desarrolla estándares sobre el consentimiento informado, el derecho a la información y el acceso a servicios de salud sin discriminación a partir del análisis del artículo 13 de la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH).

En este sentido, surge de distintas narrativas la importancia del **Sistema interamericano para establecer la vinculación del derecho a la salud con otros**

⁶³ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_esp.pdf

⁶⁴ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/resumen_395_esp.pdf

⁶⁵ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_423_esp.pdf

⁶⁶ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf

⁶⁷ Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf

derechos interrelacionados (territorios, ambiente sano, educación, información, participación) (ID 23 Brasil).

Aspectos que se dan no sólo a través de la visión de la Corte IDH, sino de las intervenciones a través de las Opiniones Consultivas (OC) que incluyen un abordaje de la salud con un enfoque interseccional. También una de las expertas menciona que **las interpretaciones del Sistema Interamericano amplían el alcance del derecho a la salud**, cita como ejemplo la resolución emitida en el contexto de pandemia (ID 23 Brasil).

Asimismo, la experta hace referencia a la importancia de abordar los casos de salud con una visión interseccional y holística del derecho a la salud, señala que **el Sistema Interamericano “tiene una visión muy interseccional y holística”** (ID 23 Brasil). Esto resulta relevante para pensar tanto la salud en contextos críticos e inciertos como la pandemia como también frente a los escenarios que pueden aparejar los impactos del cambio climático.

Menciona que fue el Sistema Interamericano el primer sistema en hablar sobre la cuestión de la pandemia a través de la Resolución 1/2020⁶⁸ en la que se establecieron las obligaciones del Estado durante la pandemia.

Así expresa que el Sistema Interamericano cuando habla de salud también “habla **de democracia, de derecho a la educación, a la información, a la participación social, el derecho a vivir con dignidad**, todo eso integra el derecho a la salud “(ID 23 Brasil). Además menciona que “**para el Sistema Interamericano (...) la idea de medioambiente sano, del cambio climático**, tiene que ver con el derecho a la salud “ (ID 23 Brasil).

Otra de las expertas menciona **que el Sistema Interamericano aporta una visión holística al entrecruzar el derecho a la salud con los derechos laborales en el marco del trabajo decente. Así, cita como ejemplo la Opinión Consultiva⁶⁹** en la que se garantiza **el derecho de huelga y de negociación colectiva y de libertad de asociación** de los trabajadores y las trabajadoras (ID 4 Brasil).

Además, otra de las expertas menciona que el Sistema Interamericano tiene la potencialidad para lograr la prevención de violaciones de derechos humanos y

⁶⁸N de A: La Comisión IDH dictó la Resolución 1/2020 que establece entre otros aspectos, que: “[t]odas aquellas medidas que los Estados adopten para hacer frente a esta pandemia y puedan afectar o restringir el goce y ejercicio de derechos humanos deben ser limitadas temporalmente, legales, ajustadas a los objetivos definidos conforme a criterios científicos, razonables, estrictamente necesarias y proporcionales, y acordes con los demás requisitos desarrollados en el derecho interamericano de los derechos humanos”. En esta resolución la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) estableció estándares y recomendaciones en un contexto excepcional. La Resolución 1/20 fue elaborada con la especial colaboración de las Relatorías especiales para la Libertad de Expresión y para los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales. Disponible: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.oas.org/es/cidh/SACROI_COVID19/documentos/resolucion01-2020_ilustrada.pdf

⁶⁹ N de A: La experta mencionó la Opinión Consultiva 27/21 de la Corte IDH solicitada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Disponible: https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_27_esp.pdf

destaca la de distintas herramientas, como las **Opiniones Consultivas**, en tanto instancias **para la anticipación a un problema o caso concreto justiciable**, y menciona la utilidad para garantizar derechos antes que sucedan violaciones a los derechos humanos y no sólo pensarlo desde la reparación (ID 23 Brasil).

También uno de los expertos incorpora lo relevante del **caso de la Oroya**⁷⁰ (2023) que va en línea de la **Opinión Consultiva 23** de la Corte Interamericana, donde establece que si vamos a hablar de un ambiente sano y saludable, tenemos que necesariamente cuidar el derecho a la salud (ID 21 Argentina).

Se menciona la importancia de las **Opiniones Consultivas**⁷¹ para ampliar el paradigma de la salud y vincularla con los territorios, con otros derechos y con los efectos e impactos del cambio climático (ID 23 Brasil).

El análisis de las sesiones del Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud en América Latina ha permitido identificar una serie de desafíos estructurales para garantizar el acceso universal al derecho a la salud.

Las expertas enfatizan la **necesidad de profundizar enfoques basados en interseccionalidad y derechos humanos**, considerando la determinación social de los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados (ID 26 Argentina; ID 16 Argentina; ID 21 Argentina; ID 23 Brasil; ID 28 Bolivia; ID 18 Bolivia).

3.1.2. Obstaculizadores

Una de las expertas menciona que a pesar de los estándares señalados por la Corte IDH en relación a los DESCAs y del desarrollo progresivo del derecho a la salud en el ámbito interamericano, **este avance no se refleja de manera suficiente en los litigios nacionales** (ID 13).

Además, la experta enfatiza que resulta llamativo que **no se aborda adecuadamente la cuestión de la responsabilidad internacional del Estado en casos de regresividad u otras violaciones, lo cual evidencia una desconexión en la integración de argumentos del derecho internacional en los marcos jurídicos nacionales** (ID 13 Alemania).

En esta misma perspectiva, otra de las expertas señaló que se **evidencia una falta de diálogo efectivo entre los sistemas jurídicos nacionales y el sistema Interamericano. Adicionalmente, señala que hay un gran desconocimiento por parte de los profesionales de la forma de acceder al sistema interamericano y**

⁷⁰ https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/comunidad_la_oraya.pdf

⁷¹ N de A: La experta mencionó la Opinión Consultiva OC-1-2023 "Emergencia Climática y Derechos Humanos" https://corteidh.or.cr/sitios/observaciones/OC-32/04_cidh.pdf

ello, opera como barrera para acceder al litigio internacional y hacer valer la responsabilidad estatal (ID 16 Argentina).

Otra arista del problema fue señalado por otra de las expertas que reconoce que la Corte IDH ya no tiene la fuerza que tenía antes y el Sistema Interamericano ya no es lo que era antes (ID 5 Perú). Esta línea concuerda con autores del campo de los derechos humanos críticos.

En la misma perspectiva, otro de los expertos plantea interrogantes en torno al rol del Sistema Interamericano, la efectividad y la potencialidad para generar cambios en la región y la posibilidad de influir realmente en las condiciones de vida de la población. Plantea interrogantes sobre cómo se integra el sistema en la dinámica regional, **si tiene un impacto estructural en las relaciones sociales o si, por el contrario, su influencia está condicionada por las dinámicas económicas y políticas existentes**. Además, se pregunta si los efectos del sistema son tangibles y en qué medida puede ser determinante para transformar las realidades sociales de la región (ID 2 Regional).

Esta línea de pensamiento, coincide con lo formulado en la literatura por autores como Rolnik (2004) que problematiza la capacidad normativa y la eficacia de las instituciones internacionales de derechos humanos y los mecanismos y procedimientos especiales de protección. Se señala, incluso, que algunos mecanismos y procedimientos están pensados para que “no surtan efecto”.⁷²

En este mismo sentido, Moyn (2004) problematiza las instituciones y el discurso de los derechos humanos desde una perspectiva crítica. Así considera que los derechos humanos se ajustaron demasiado a la realidad y en consecuencia, resultaron tan minimalistas que no cumplieron con la aspiración de cambiar el mundo, quedaron neutralizados, e incluso fueron invocados como excusas para justificar guerras e invasiones.⁷³

A continuación, presentamos una síntesis de algunos problemas vinculados con el sistema interamericano percibidos por los actores sociales participantes del Foro Permanente.

⁷² Para profundizar, véase: Rolnik, R. (2004). SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos, Sur. *Rede Universitária de Direitos Humanos*, 1, (1).

⁷³ Moyn, S. (2004). El futuro de los derechos humanos. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos /Sur. *Rede Universitária de Direitos Humanos*, 1, (1). Disponible: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/11/sur20-es-samuel-moyn.pdf>

Aspectos del Sistema Interamericano han sido problematizado por los actores del Foro Permanente,:

1. **Falta de abordaje de la responsabilidad internacional del Estado en casos de regresividad o de otras violaciones**
2. **Desconexión en la integración de argumentos del derecho internacional en los marcos jurídicos y litigios nacionales** (ID 13)
3. **Falta de efecto o influencia el Sistema Interamericano en las relaciones sociales y sobre las condiciones de vida de la población** (ID 2 Regional)
4. **Incumplimiento de los Estados o falta de reconocimiento de las sentencias de la Corte IDH** (a pesar de ratificar la CADH y reconocer la competencia de la jurisdicción de la Corte IDH). Aún con sentencias favorables, algunos Estados dilatan o incumplen los mandatos de los tribunales internacionales o no ejercen suficiente control de convencionalidad sobre las medidas que se implementan a nivel local (ID 16 Argentina)⁷⁴
5. **Lentitud de los procesos**, que hace que los casos supranacionales pueden tardar años en resolverse, lo que es problemático vinculado con el derecho a la salud (ID 26 Argentina; ID 11 Argentina; ID 30 Argentina).
6. **Los procesos pueden ser muy largos y se requiere de profesionales expertas/os para acceder al sistema**. A su vez, no existen suficientes profesionales formados en el ámbito nacional en derecho sanitario internacional, lo que dificulta el acceso a la jurisdicción internacional (ID 16 Argentina)
7. **Uso instrumental de la judicialización supranacional para fines diversos de los que fue creado**: Algunos sectores pueden acudir al sistema con fines políticos o corporativos distorsionando su función protectora (ID 16 y 30 Argentina).

⁷⁴ Se puede destacar que Argentina a pesar de ratificar la CADH cuestionó las fuerzas vinculantes de las sentencias de la Corte IDH en el ámbito interno en relación a sentencias firmes, estableciendo límites a la aplicabilidad cuando comprometa la seguridad jurídica. Así surge del caso *Fontevicchia y D'Amico c/Argentina* donde se negó acatar la sentencia de la Corte IDH íntegramente (sólo accedió a reconocer el derecho a indemnización y publicación del pronunciamiento).

Para profundizar, véase: CIJ. (14 de febrero de 2017). *La Corte sostuvo que la Corte Interamericana de Derechos Humanos no puede revocar sentencias del Máximo Tribunal argentino*. <https://www.cij.gov.ar/nota-24822-La-Corte-sostuvo-que-la-Corte-Interamericana-de-Derechos-Humanos-no-puede-revocar-sentencias-del-M-ximo-Tribunal-argentino.html>.

En esta nota se menciona que la CSJN entendió que el texto de la Convención no atribuye facultades a la Corte Interamericana para ordenar la revocación de sentencias nacionales (art. 63.1, C.A.D.H.). Asimismo, consideró que revocar su propia sentencia firme —en razón de lo ordenado en la decisión “Fontevicchia” de la Corte Interamericana— implicaría privarla de su carácter de órgano supremo del Poder Judicial argentino y sustituirla por un tribunal internacional, en violación a los arts. 27 y 108 de la Constitución Nacional. Concluyó que la reparación encuentra adecuada satisfacción mediante las medidas de publicación del pronunciamiento internacional y el pago de la indemnización ordenado por la Corte Interamericana, no resultando posible la revocación formal del decisorio de la Corte Suprema nacional.

Hasta aquí, se presentaron los avances en la protección del derecho a la salud en el Sistema Interamericano y algunos de los problemas identificados por los actores sociales. A continuación, se analiza la judicialización por el derecho a la salud en los ámbitos nacionales.

3.2. Judicialización del derecho a la salud en los ámbitos nacionales

3.2.1. Facilitadores

Algunas personas expertas identificaron dos hitos clave que impulsaron la judicialización y ampliaron el alcance del derecho a la salud en la región (ID 21 Argentina; ID 12 Argentina; ID 11 Argentina).

El primer hito fue la incorporación de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) **en las reformas constitucionales de varios países en las últimas décadas, lo que fortaleció la base normativa para exigir judicialmente la protección de estos derechos** (ID 11 Argentina).

El segundo hito fue **el reconocimiento del derecho a la salud como directamente justiciable por la Corte Interamericana de Derechos Humanos** (Corte IDH) (ID 1 Costa Rica; ID 11 Argentina). Este fallo estableció un precedente fundamental que impulsó transformaciones significativas en la jurisprudencia y los marcos normativos de distintos países de la región (ID 25 Colombia; ID 11 Argentina; ID 16 Argentina).

Además se mencionó que **la judicialización ha sido clave para: ampliar el alcance del derecho a la salud en el plano normativo; para la incorporación de principios y estándares internacionales** en el ordenamiento jurídico y como **guía u orientación de la interpretación judicial. Por medio de los litigios en salud se ha garantizado el acceso a prestaciones**, medicamentos de alto costo, tratamientos, tecnologías sanitarias, incluso ha permitido acceder a tratamientos experimentales y medicamentos o procedimientos no cubiertos por los sistemas de salud.

Una de las expertas ejemplifica los efectos positivos de la judicialización a través del caso de la Corte Constitucional de Colombia, donde una decisión judicial transformó el criterio de protección del derecho a la salud. Inicialmente, la tutela de este derecho se basaba en su conexidad con el derecho a la vida, pero gracias a este fallo, se consolidó la justiciabilidad directa de los DESCAs, reconociendo la salud como un derecho autónomo y fundamental. La sentencia estableció que todos los derechos fundamentales, incluidos los DESCAs, deben gozar de los mismos mecanismos de protección si están consagrados en la Constitución, corrigiendo así

la visión previa que limitaba la tutela judicial solo a los derechos civiles y políticos (ID 25 Colombia).

También la experta reconoce que la Corte Constitucional de Colombia ha aplicado estándares internacionales de derechos humanos en la garantía del derecho a la salud y esto fue muy importante para el avance y reconocimiento como derecho fundamental.

Así la Corte Constitucional de Colombia, ha reconocido la importancia del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC) y también los desarrollos del Comité de Naciones Unidas sobre derechos económicos, sociales y culturales y esto llevó a que por ejemplo, **se logre un cambio estructural igualando prestaciones y servicios a personas que tenían diferente sistema de protección social** (contributivo y no contributivo) (ID 25 Colombia).

En el Foro Permanente, varios/as expertos/as **reconocieron el valor de la judicialización en los casos concretos**, pues **puede aportar a la reparación, restitución de derecho y a la aplicación de mejores estándares de derechos humanos** en consonancia con las responsabilidades internacionales asumidas por los estados. Sin embargo, aún en los actores sociales que reconocen los impactos positivos de la judicialización, identificaron problemas que requieren ser abordados para **mejorar procesos, procedimientos y resultados** en salud (ID 25 Colombia; ID 27 Uruguay; ID 22 Brasil; ID 25 Colombia).

En esta línea, uno de los expertos señala que la judicialización “ha impulsado a los Estados a brindar prestaciones que de otro modo no habrían ofrecido” y que los tribunales actúan cuando los procesos administrativos fallan o se implementan medidas regresivas que afectan en el derecho a la salud (ID 27 Uruguay).

También existió convergencia entre las/os expertas/os en considerar un avance los **litigios colectivos, estos son percibidos como procesos apropiados para generar cambios** que benefician simultáneamente a más población, o incluso pueden acarrear cambios estructurales, citando como ejemplo los litigios promovidos en distintos países por las personas con VIH en la década del 90. Estos litigios generaron cambios y marcaron la necesidad de elaborar políticas públicas para garantizar medicamentos y tratamientos más accesibles (ID 7 Brasil).

En la próxima sección se presentan los problemas y desafíos identificados en relación a los litigios colectivos.

3.2.2. Obstaculizadores

Existe consenso en los distintos actores sociales en considerar que en estos **últimos años se viene incrementando los litigios por el derecho a la salud, existe**

divergencia en relación a los factores o causas de este incremento (ID 7 Brasil; ID 19 Brasil; ID 27 Uruguay; ID 11 ID 30 ID 20 Argentina).

Algunos situaron los problemas en factores estructurales (sociales, económicos, políticos), otros en aspectos meso institucionales del sistema sanitario y del sistema jurídico y otros a aspectos microsociales (subjettivos o simbólicos).

En el Foro Permanente se advirtieron **sobre los efectos negativos del litigio en la equidad y sostenibilidad del sistema sanitario**. Para algunas/os expertas/os la judicialización del derecho a la salud aunque en muchos casos garantiza derechos individuales, **revela profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud y justicia** (ID 30 ID 20 ID 11 Argentina).

Los tribunales **suelen intervenir cuando se obturan otros procesos administrativos o se implementan medidas regresivas en términos de derechos humanos**, lo que a su vez evidencia: falencias estructurales en los sistemas de salud; alta desigualdad en el acceso a los servicios (sanitarios y de justicia) y la presencia de barreras (administrativas, geográficas, simbólicas, lingüísticas, económicas) y carencia de mecanismos preventivos en la esfera administrativa que podrían brindar una solución oportuna y menos costosa.

Así se señaló en primer lugar, que la exacerbación de esta dinámica puede generar **“un sistema de priorización paralelo”**, con poca discutibilidad social y que beneficia a quienes tienen mayor capacidad o recursos para litigar (ID 27 Uruguay).

Esta situación ha sido mencionada por distintos actores como **“el lado oscuro del litigio”, “la industria del litigio”** que acarrea un incremento de inequidades sanitarias (ID 27 Uruguay; ID 5 Perú).

Lo expresado por los distintos expertos/as es coincidente con los problemas identificados en la literatura sobre el tema.

En efecto, Bocardo et al. (2021) señalan una serie de problemas en relación a la judicialización de la salud, estos problemas se explican, en gran parte, en el marco más amplio de una profundización de la desigualdad social en el acceso a la salud en América Latina. Así, menciona que **la protección del derecho a la salud se potencia en los tribunales desde un punto de vista individual, algunas personas encuentran más facilidades para acceder a la justicia que otras, pero en contextos desiguales la judicialización acentúa estas diferencias en lugar de revertirlas**. Así enfatizan, que las sentencias se mantienen acotadas a reclamos individuales, por tanto nunca llegan a cambiar las estructuras desiguales que generan la falta de acceso a la salud.⁷⁵

⁷⁵ Bocardo, A., Acevedo, N., Espinosa, L., Fibla, G., & Reyes, A. (2021). Conflictividad Civil y Barreras de Acceso a la Justicia en América Latina. Informe de Salud.

En esta misma línea, señala Ronconi (2012) que si bien el derecho a la salud fue reconocido fuertemente por parte de los tribunales, quienes comúnmente no acceden a la justicia no se benefician con el reconocimiento logrado en sede judicial.⁷⁶ Por lo que señala esta autora que es necesario tener en cuenta **las prácticas desiguales que se encuentran institucionalizadas**.

En este sentido, podemos mencionar que la judicialización, si bien por un lado, puede implicar la posibilidad de accionar en sede judicial por el derecho a la salud encuentra en la praxis serias limitaciones. Por lo que, la vía judicial no suele ser percibida como una vía idónea para resolver conflictos vinculados con la salud, dada las limitaciones estructurales y las barreras en el acceso a la justicia que afecta en la mayoría de los casos, a las mismas personas que se ven privada del derecho a la salud -personas desventajadas, fragilizadas-⁷⁷ o excluidas.⁷⁸

A continuación se presentan categorizadas las problemáticas identificadas por las y los expertos como: **Determinantes macroestructurales** que profundizan desigualdades y que impulsan la judicialización⁷⁹ que incluye: factores económicos, sociales y políticos; **Determinantes meso institucionales o de gestión judicial** y **Determinantes microsociales** (simbólicos o ideológicos).

a. Factores económicos que impactan en la judicialización

En este apartado se desarrolla una sistematización de los principales hallazgos, incluyendo aportes destacados y consideraciones adicionales relevantes para la región.

Existió convergencia entre los actores sociales en reconocer que cada vez **más se incrementa la judicialización y que los factores sociales y las decisiones económicas impulsan y aceleran la judicialización**.

En relación a los **determinantes económicos** se mencionó en primer lugar el **impacto de las reformas neoliberales en el sector salud, desfinanciamiento, desregulación, aseguramiento y financiarización de la salud**, que conduce a una

⁷⁶ Ronconi, L. (2012). Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva*, 8, (2), 131-149.

⁷⁷ Gotlieb, V, Yavich, N y Báscolo, E (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, (1)

⁷⁸ N de A: Para profundizar sobre el acceso a la justicia por parte de grupos excluidos véase: Ronconi, L. M. (2012). Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. *Salud colectiva*, 8, 131-149. Aborda aspectos del derecho a la salud y la posibilidad de acceder a la justicia por los grupos excluidos que no se benefician de las diferentes resoluciones judiciales. Refiere a las prácticas desigualitarias que restringen el efectivo derecho a la salud.

⁷⁹ N de A: Las categorías son sólo analíticas y surgen como propuestas de la coordinadora del Foro Permanente, para agrupar la variedad y amplitud de temas que fueron abordados por los actores sociales. Este proceso se realizó a partir de un proceso de transcripción, lectura y análisis temático de los cuatro encuentros virtuales y de las entrevistas en profundidad realizadas. Cabe aclarar, que las categorías son recortes analíticos que se utilizan para sistematizar la información, y que no pretenden dar cuenta de la complejidad del tema.

mayor fragmentación y segmentación de los sistemas de salud y por lo tanto, a respuestas sanitarias más ineficientes y desarticuladas que acrecientan las Necesidades Jurídicas Insatisfechas (NJI) de la población en materia de salud (ID 3 Ecuador; ID 8 Ecuador; ID 6 Argentina; ID 7 Argentina).

Aparece la judicialización como un síntoma de problemas más amplios, incluso asociadas a los problemas que genera el modelo de Cobertura Universal de Salud y el aseguramiento de los sistemas de salud.

Además, en las narrativas se acentuó que la alta judicialización está impulsada por la falta de políticas públicas adecuadas y la desregulación del sector privado de salud, desfinanciamiento de políticas y programas fundamentales, desarticulación y eliminación de organismos de control y regulación sanitaria, ejemplificando los actores con el caso actual de Argentina (ID 7 ID 11 ID 16 ID 26 Argentina).

Los actores sociales del foro señalaron múltiples factores económicos que afectan gravemente el ejercicio del derecho a la salud, evidenciando cómo las restricciones presupuestarias son utilizadas como excusa para justificar el incumplimiento de las obligaciones estatales, trasladando la resolución de estos conflictos al ámbito judicial (ID 30 Argentina).

La judicialización se convierte en la única vía para acceder a medicamentos esenciales y de alto costo, cuyo precio es fijado por monopolios legales a través del sistema de patentes, limitando la capacidad de respuesta del sistema público (ID 14 Brasil).

Las reformas neoliberales han profundizado el desfinanciamiento y la mercantilización del sector salud, debilitando la capacidad estatal para garantizar el acceso universal, mientras que la privatización ha permitido el crecimiento de aseguradoras y empresas que priorizan la rentabilidad sobre la atención oportuna y adecuada (ID 14 Brasil; ID 8 Ecuador; ID 3 Ecuador; ID 9 México).

El endeudamiento internacional condiciona las decisiones sanitarias, obligando a los países del sur global a desviar recursos esenciales hacia el pago de compromisos financieros (ID 9 México; ID 8 Ecuador; ID 3 Ecuador)

Al igual que las corporaciones transnacionales, especialmente de la industria farmacéutica⁸⁰, capturan los procesos de decisión, condicionan la política social y sanitaria de los países y socavan el derecho a la salud (ID 22 Brasil; ID 16 Argentina).

A esto se suman **las barreras económicas y territoriales que dificultan el acceso a servicios en zonas rurales o alejadas, incrementando la judicialización** (ID 31 Bolivia; ID 18 Bolivia; ID 28 Bolivia). Sin embargo, los litigios individuales rara vez corrigen patrones estructurales: las empresas de salud incumplen sistemáticamente la normativa sobre cobertura prestacional, especulan con los tiempos judiciales y apuestan a que solo una minoría judicializará su caso (ID 30 Argentina).

Esta situación se agrava con la tendencia a la alta especialización de los hospitales generales y el cierre de centros de atención primaria, alejando aún más la salud de las comunidades y fragmentando la atención en detrimento de las estrategias de prevención y promoción de la salud (ID 8 y ID 3 Ecuador)

a. Factores económicos

1. Falsas dicotomías entre derechos humanos y recursos económicos limitados,

Los Estados, en ocasiones, utilizan la restricción presupuestaria como argumento para no cumplir con sus obligaciones de garantizar el derecho a la salud, trasladando la resolución de estos conflictos al ámbito judicial.

2. Judicialización de medicamentos esenciales y medicamento de alto precio/costo

Los monopolios legales, a través del sistema de patentes, fijan precios elevados para tecnologías sanitarias (medicamentos, insumos críticos, vacunas), limitando la respuesta pública y obligando a los pacientes a litigar para acceder a tratamientos (aprobados o experimentales)

3. Impactos de las reformas neoliberales en el sector salud, desfinanciamiento y mercantilización de la salud:

por medio de la desregulación, el aseguramiento y la financiarización del sistema sanitario se va debilitando la capacidad estatal para garantizar el acceso universal a los servicios de salud y el sector privado invierte en

⁸⁰ N de A: Para profundizar, véase: Mattos, L. V., Da Silva, R. M., Da Rocha Pires Da Silva, F., & Luiza, V. L. (2022). Das farmácias comunitárias às grandes redes: provisão privada de medicamentos, sistema de saúde e financeirização no varejo farmacêutico brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00085420>

También puede consultarse sobre las estrategias de acumulación en un contexto de financiarización de la salud comprendida dentro de un patrón sistemático de riqueza del capitalismo contemporáneo, véase: Mattos, L. V., De Carvalho, E. M. C. L., Barbosa, D. V. S., & Bahia, L. (2022). Financeirização, acumulação e mudanças patrimoniais em empresas e grupos econômicos do setor saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 38 (suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00175820>

aquello que es más rentable en perjuicio de estrategias de APS basadas en la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

4. **Deuda externa y prioridades sanitarias distorsionadas:** El endeudamiento de los países del sur global condiciona las decisiones sanitarias, forzando la aceptación de acuerdos asimétricos que desvían recursos de políticas públicas esenciales hacia el pago de compromisos financieros.
5. La **captura corporativa y poder de las transnacionales** de grandes laboratorios, la industria farmacéutica socava el derecho a la salud
6. **La privatización del sector salud permitió el crecimiento de aseguradoras y empresas de medicina privadas** que priorizan la rentabilidad sobre la atención oportuna y adecuada.
7. **Litigios que no corrigen patrones estructurales:** Las demandas individuales contra incumplimientos de cobertura por parte de las empresas de salud no siempre generan cambios estructurales. Las compañías a menudo continúan negando o demorando prestaciones, especulando con los tiempos judiciales y apostando a que solo una minoría de usuarios judicializará su caso. (ID 7).
8. **Incumplimiento sistemático de normativa sobre cobertura prestacional por parte de las empresas de medicina a pesar de la normativa que otorga coberturas** (ID 30 Argentina)
9. **Inaccesibilidad económica y territorial:** Los costos elevados de tratamientos, medicamentos o traslados, sumados a las dificultades para acceder a servicios de salud en zonas rurales o alejadas, incrementan la judicialización como último recurso para obtener prestaciones necesarias.
10. **Tendencia a la alta especialización de hospitales generales y cierre de centros de atención primaria**

En conjunto, estos factores configuran un panorama donde la lógica del mercado erosiona la salud como derecho y profundiza las inequidades en el acceso a servicios esenciales.

A continuación, se desarrollan dos aspectos ampliamente debatidos por los actores sociales en el Foro Permanente: 1) falsas dicotomías entre derechos humanos y económicos y 2) Judicialización de medicamentos esenciales y medicamento de alto precio/costo:

- **Falsas dicotomías entre: derechos humanos y recursos económicos limitados**

En el Foro Permanente, emergieron distintas perspectivas sobre la tensión entre derechos humanos y recursos económicos en el ámbito de la salud. Para quienes litigan en esta materia, existe una “falsa dicotomía” entre la garantía de los derechos y la escasez de recursos, especialmente en los litigios contra el sector privado.

Señalan que, aunque las empresas alegan que la cobertura de medicamentos de alto costo podría llevarlas a la quiebra, señalan que rara vez presentan sus estados contables o financieros, incluso cuando la justicia los requiere (ID 30 Argentina).

En sentido similar, algunas voces critican las narrativas impulsadas por los Estados y el mercado, que **utilizan la falta de recursos y el equilibrio fiscal como argumentos para restringir derechos sin asegurar los mínimos existenciales**. Una experta subraya que no es cierto que los recursos no alcancen, **sino que no se analizan alternativas, y sostiene que los medicamentos deben ser cubiertos si las personas los necesitan** (ID 24 Colombia). Sin embargo, también reconocen la importancia de establecer **criterios claros de priorización** para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud (ID 25 Colombia, ID 1 Costa Rica, ID 24 Argentina; ID 11 Argentina; ID 27 Uruguay).

Una de las expertas señala que a partir de estas narrativas hegemónicas se instrumentalizan argumentos económicos para restringir derechos (ID 25 Colombia). Esta problemática ha sido abordada en el Sistema Interamericano en el que **establece el deber de los Estados a destinar el máximo de recursos disponibles y ha definido un contenido normativo mínimo del derecho a la salud** (artículo 12 del PIDESC, Observación General N° 14 y jurisprudencia de la Corte IDH) (ID 16 Argentina).⁸¹

La tensión entre derecho a la salud y sostenibilidad económica también se refleja en la función judicial. Una de las **expertas sostiene que los jueces deben priorizar la protección de los derechos fundamentales**, incluso frente a restricciones presupuestarias, y que su labor no debería ser vista como una amenaza a la viabilidad del sistema de salud. En Colombia, por ejemplo, esta discusión se trasladó a los ámbitos académico y de gestión, cuestionando si los jueces constitucionales deben considerar el presupuesto asignado a salud al dictar sentencia. La misma experta reflexiona que, cuando la vida de una persona depende de un medicamento, los jueces deben decidir en función de los derechos, más allá de los límites fiscales. A su vez afirma que no son los jueces los que parecen amenazar la sustentabilidad del sistema (ID 13 Alemania).

En esta misma línea, otro de los expertos **rechaza la idea de tener que elegir qué derechos proteger, afirmando que la garantía de los derechos humanos es la razón de ser del Estado**. Dado que el derecho a la salud está intrínsecamente

⁸¹ N de A: Lo señalado coincide con lo que menciona Abramovich (2004) en el sentido que los Estados pueden elegir diferentes estrategias para hacer efectivo el derecho a la salud, tienen un campo de discreción amplio, para realizar acciones que garanticen los Derechos Humanos y cumplir con sus obligaciones positivas. Sin embargo, esto no acota o limita el margen de acción de los gobiernos de “ser dueños de sus estrategias” de ahí que es posible compatibilizar aunque se tomen diferentes caminos “la propiedad del Estado y la autodeterminación de sus acciones” con la plena realización de los Derechos Humanos contemplada en el cuerpo normativo internacional. Para profundizar, véase: Abramovich, V & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales. Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 4, 261-82.

vinculado con la vida y la integridad personal, su protección no puede suspenderse, ni siquiera en situaciones extremas (ID 1 Costa Rica). Otra experta, si bien coincide con lo señalado, expresa que debe encontrarse un equilibrio en la cuestión de derechos (ID 23 Brasil).

Otras voces matizan esta perspectiva, señalando que las sentencias deberían incluir **un análisis de sostenibilidad económica, social y ambiental para evaluar los impactos reales, sin perjuicio de que la protección de los derechos fundamentales siga siendo prioritaria** (ID 16 Argentina).

Al mismo tiempo, **actores vinculados a la gestión de sistemas de salud entienden la creciente judicialización como un reflejo de problemas de priorización más que de escasez real de recursos**. Cuestionan que esta priorización no siempre es transparente ni justa, y plantean la necesidad de debatir qué prestaciones deberían estar garantizadas universalmente (ID 27 Uruguay). Expertas del campo de la evaluación de tecnologías coinciden en que no es suficiente alegar falta de recursos para negar derechos, sino que deben buscarse mecanismos para asegurar la cobertura de las necesidades esenciales (ID 24 Argentina).

En este contexto, **el desafío radica en construir sistemas de salud que garanticen los mínimos existenciales, con criterios de priorización transparentes, pero sin desvirtuar la obligación estatal de destinar el máximo de los recursos y garantizar el derecho a la salud de todas las personas**, especialmente de aquellas en situación de mayor vulnerabilidad (ID 16 ID 11 Argentina).

Los relatos analizados **revelan que la tensión entre derechos humanos y recursos económicos no es una simple cuestión de falta de presupuesto, o de gestión judicial, sino de decisiones políticas, mecanismos de priorización y compromisos constitucionales**. La ausencia de criterios claros para organizar las prestaciones de salud, sumada a la instrumentalización de los argumentos económicos para restringir derechos, perpetúa una tensión entre economía y derechos humanos. Esta tensión no puede o debería ser trasladada al ámbito judicial, sino que tiene que ser fruto de amplios debates sociales.

En este escenario, se destaca la importancia de que los Estados garanticen un **presupuesto adecuado y estable para la salud, como condición esencial para hacer efectivos los derechos**.

En contraste, en Brasil, la disposición constitucional que obliga a destinar **un porcentaje fijo del presupuesto a la salud ha sido clave para proteger el Sistema Único de Saúde (SUS)** frente a medidas regresivas (ID 19 Brasil).

- **Judicialización de medicamentos esenciales y medicamento de alto precio/costo**

Como previo a iniciar el debate sobre medicamentos, se señaló por varias expertas que la denominación “medicamento alto costo” no es correcta, en su lugar proponen “medicamento de alto precio” ya que **los costos reales de producción e innovación no suelen ser transparentes ni debatidos judicialmente**, por lo que sólo se conoce el precio de mercado que es impuesto por ETN (ID 7 ID 30 ID 16 Argentina).

En relación a esta temática, se observan dos posturas principales en torno a la cobertura de medicamentos de alto precio. Por un lado, quienes sostienen que estos tratamientos deben ser reconocidos, pero con criterios claros de priorización para garantizar una asignación equitativa de los recursos disponibles (ID 27 Uruguay; ID 11 Argentina; ID 26 Argentina).

Por otro lado, están quienes defienden que la cobertura debe ser absoluta, dado que la salud es un derecho fundamental que debe garantizarse sin condicionarla a las restricciones presupuestarias. (ID 30 Argentina; ID 1 Costa Rica; ID 24 Argentina)

En esta última línea, algunas voces cuestionan la falta de transparencia en las empresas de medicina prepaga, señalando que, sus memorias y estados contables no son presentados en los litigios ni aún frente a la solicitud judicial. Esta opacidad hace difícil evaluar si realmente carecen de capacidad para afrontar estos costos o utilizan excusas para negar derechos. Además, argumentan que las empresas de medicina deberían realizar provisiones financieras de este tipo de gastos, considerando su rol en la protección de la salud de sus afiliados (ID 30 Argentina).

Por otro lado, también desconfían de la capacidad de la justicia para decidir con equidad estos temas. A la vez, reconocen que el alto precio se debe a la existencia de la forma en la que está regulada la propiedad intelectual. Por lo que la acción judicial debería incluir un cuestionamiento hacia las patentes, ordenar la investigación sobre la enfermedad y producción pública nacional (ID 9 México).

Otro experto, señaló que los poderes judiciales no pueden ser instrumentalizados o inducidos por los laboratorios para lograr la cobertura de tratamientos experimentales, con lo cual trasladan los costos de aprobación de fases experimentales al Estado (ID 20 Argentina).

Uno de los expertos señala que la proliferación de distintos tipos de litigios reclamando medicamentos de alto precio ha llevado por un lado a **un mayor acceso, pero por otro lado, una gran perforación del sistema y un sistema de priorización paralelo** que no es necesariamente el más justo (ID 27 Uruguay).

En esta misma línea una de las participantes aportó datos sobre el perfil de quienes demandan en Argentina, para mostrar con ello que no son los que están en peores situación económica. Así, ejemplifica con el caso de Argentina, donde el 95 % de las demandas corresponden a personas con cobertura privada o de obras sociales, mientras **que solo el 5 % provienen de personas con cobertura estatal exclusiva** (ID 7 Argentina). Con ello la experta indica que por vía judicial se pueden alterar las prioridades sanitarias, y la equidad en la distribución de recursos estatales.

En este mismo sentido, señala que es necesario discutir socialmente y de manera honesta **las prioridades en salud y la definición de reglas** (ID 7 Argentina).

Otra participante, mencionó a modo de ejemplo que en Brasil se diseñaron criterios obligatorios para los poderes judiciales con la finalidad de establecer reglas más claras.

Así fijaron **seis criterios acumulativos que tienen que estar todos presentes para el otorgamiento de medicamentos de alto costo y dispusieron que los medicamentos por fuera del SUS no podrán ser obtenidos por vía judicial**⁸². Aunque estos criterios pueden ser problematizados constituyen un **primer intento de política judicial para ordenar la situación y uniformar las respuestas en la temática** (ID 16 Argentina; ID 14 Brasil; ID 19 Brasil).⁸³

Según uno de los expertos, los tribunales podrían convertirse en dispositivos eficaces para resolver sobre estas cuestiones, a partir del **establecimiento de criterios consensuados para otorgar prestaciones** (ID 27 Uruguay).

Algunos de los antecedentes relevados en la materia señalan la importancia de establecer estrategias y criterios de priorización.⁸⁴

En el Foro también se debatió quién podría establecer criterios para priorizar la (las/os jueces, una comisión evaluadora de tecnologías, el cuerpo forense, asesores interdisciplinario de la justicia). A su vez mencionaron algunos riesgos vinculados a la imparcialidad e independencia de quienes intervienen en el proceso de

⁸² N de A puede consultarle la noticia sobre la resolución del Superior Tribunal de Justicia que estable los criterios de otorgamiento de medicamento de alto costo. disponible: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/judicializacao-de-medicamentos-nao-incorporados-ao-sus-tem-novo-regramento-estabelecido-pelo-stf>
<https://veja.abril.com.br/saude/medicamentos-fora-do-sus-nao-poderao-ser-obtidos-via-justica-define-stf>

⁸³ N de A: Otros aspectos relevantes para merituar en las sentencias por medicamentos tiene que ver con la promoción del "Uso Racional de Medicamentos de Alto Costo" y la de "control de la Resistencia a antimicrobianos", aspectos que no puede ser suficientemente evaluados en los acotados tiempos de una medida cautelar, sino a través del análisis integral enmarcado dentro de políticas públicas preventivas y de control. De ahí la importancia del diálogo intersectorial.

⁸⁴ Para profundizar, véase: Pinzón-Flórez, C. E., Chapman, E., Cubillos, L., Reveiz, L. (2016). Prioritization of strategies to approach the judicialization of health in Latin America and the Caribbean. *Revista de saúde pública*, 50, (56).
Reveiz, L., Chapman, E., Torres, R., Fitzgerald, J. F., Mendoza, A., Bolis, M., & Salgado, O. (2013). Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 213-222.

evaluación frente a prácticas de captura corporativa (ID 11 Argentina; ID 20 Argentina; ID 30 Argentina; ID 14 Brasil).

b. Factores sociales que impactan en la judicialización

En este apartado se presenta sólo de manera esquemática las desigualdades sociales mencionadas en el foro por los actores sociales. Es necesario aclarar que algunas de éstas se han desarrollado más en extenso en los capítulos anteriores.

Así, señalaron que las desigualdades sociales afectan la realización del derecho a la salud, especialmente en grupos en situación de vulnerabilidad (ID 26 Argentina). Las brechas socioeconómicas, territoriales y culturales limitan el acceso a servicios esenciales, agravándose en contextos de medidas regresivas.

La falta de políticas públicas integrales que aborden estos determinantes profundiza la judicialización. A esto se suman fallas en la cobertura, demoras prolongadas y prestaciones insuficientes, que perpetúan un círculo de exclusión y refuerzan la inequidad en el acceso a la salud (ID 3 Ecuador; ID 8 Ecuador; ID 1 Guatemala; ID 31 Bolivia).

Factores estructurales. Determinantes sociales

- 1. Las desigualdades sociales y la pobreza** como principal problema de falta de realización del derecho a la salud. A lo que se le suma la aplicación de **medidas regresivas en relación a los grupos en situación de vulnerabilidad** (ID 26 ID 16 Argentina).
- 2. Existencia de brechas socioeconómicas, territoriales y culturales que limitan el acceso a servicios y derechos básicos** para grupos en situación de vulnerabilidad que se acentúan en contextos regresivos (ID 11 ID 12 Argentina).
- 3. Falta de perspectiva de justicia gratuita impide el acceso a representación legal para exigir derechos** (ID 16 ID 20 ID 26 Argentina)
- 4. Falta o fallas en el diseño de políticas públicas sanitarias y de garantías de los derechos interrelacionados** con el derecho a la salud (determinantes sociales) repercute en el incremento de la judicialización (ID 30 ID 20 ID 16 Argentina)

5. La **falta de claridad legislativa** contribuye al incremento de la judicialización (ID 30 ID 12 ID 11 Argentina)
6. **Falta de cobertura, tiempos prolongados de espera o prestaciones insuficientes** que obligan a recurrir a la justicia para obtener atención (ID 6 Argentina)
7. **Profundización de las desigualdades sociales y brechas:** Los litigios individuales, al no abordar problemas estructurales, profundizan las desigualdades en salud y generan un mecanismo de priorización alternativo, basado en quién puede litigar y quién no (ID 27 Uruguay).

Si bien los actores sociales en el Foro Permanente mencionaron factores sociales como las desigualdades sociales, incremento de pobreza, retroceso en derechos humanos, estos factores no necesariamente vienen de la mano de una mayor judicialización, sino en tanto y en cuanto se cuenten con vías de acceso a la justicia para impulsar los procesos,, representación legal y una ciudadanía empoderada que actúe frente a la vulneración de derechos. Aspectos estos que no siempre están garantizados en los ámbitos nacionales.

La situación de los grupos históricamente vulnerabilizados como los pueblos indígenas no son aquellos grupos que más recurren a las vías judiciales a pesar de la regresión operada en sus derechos, tal como fue ejemplificado en Argentina (ID 16 Argentina; ID 26 Argentina; ID 32 Guatemala; ID 31 Bolivia).

A su vez, estos grupos tampoco suelen acceder al asesoramiento, orientación y representación legal para hacer valer sus derechos en sede judicial por falta de perspectiva de justicia gratuita (ID 16 Argentina).⁸⁵

Los y las expertos del foro coinciden con la literatura relevada, en la que se analiza que la desigualdad social y las limitaciones de gestión estructural no se ven modificadas por la judiciabilidad del derecho a la salud, cuando éstos se enmarcan en reclamos individuales propios del derecho privado, y menciona que esta litigiosidad puede aún reforzar las desigualdades, antes que suprimirlas o limitarlas.⁸⁶

⁸⁵N de A: La situación de acceso a la justicia de los grupos en situación de vulnerabilidad se agravó durante la pandemia. Para profundizar véase: ACIJ (2020).Reporte sobre la situación de acceso a la justicia en contexto de pandemia, desde la perspectiva de las organizaciones de la sociedad civil y activistas.Elaborado por Echegoyemberry MN. Disponible:<https://acij.org.ar/reporte-acceso-a-la-justicia-en-latinoamerica-durante-la-pandemia-de-covid-19/>

⁸⁶ Motta Ferraz, L. (2013) en Bergallo (2013) "La lucha por los derechos de la salud: ¿puede la justicia ser una herramienta de cambio?" México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.

Autoras como Bergallo (2013) propone la redefinición del rol de los tribunales en la ejecución del derecho a la salud, buscando soluciones estructurales a partir de la judicialización y no sólo soluciones individuales que llevan a la “rutinización” de la justicia⁸⁷. Diversos estudios concluyen en señalar que mayor judicialización no implica mayor equidad, garantía del derecho a la salud o un incremento del diálogo interinstitucional.⁸⁸

d. Factores políticos que condicionan la judicialización en salud

El Foro evidenció que **la judicialización crea un sistema de priorización paralelo que desarticula las políticas públicas y genera conflictos con otros poderes del estado**. Este fenómeno fue denominado como: “un sistema de priorización por vía de goteo o vía de perforación del sistema”, señalaron que este sistema genera un conflicto complejo entre las autoridades sanitarias y el sistema de Justicia, donde muchas veces se transfieren responsabilidades sin encarar conjuntamente la solución de los problemas (ID 27 Uruguay).

Estas tensiones **se agravan porque las leyes dejan amplios márgenes de interpretación judicial, y las sentencias, en muchos casos, no establecen criterios claros sobre equidad, sustentabilidad o perspectiva interseccional** para la asignación de recursos (ID 16 Argentina), desplazando hacia los tribunales la determinación de prioridades en salud, lo que puede desarticular estrategias de salud pública a largo plazo (ID 11 Argentina)

La judicialización, **lejos de ser un fenómeno aislado, refleja las fracturas del sistema de salud y la necesidad urgente de construir políticas públicas que puedan prevenir la judicialización** (ID 30 Argentina).

Los actores sociales del foro destacaron la importancia de comprender el derecho a la salud dentro de un contexto más amplio de fragilidad democrática y restricción del espacio cívico, donde la erosión de las libertades impacta no solo en la salud, sino en el pleno ejercicio de los derechos humanos (ID 32 Guatemala).

La persecución a defensores de derechos y la represión de la protesta social reflejan una dinámica de disciplinamiento que debilita las luchas por la justicia sanitaria (ID 22 Brasil; ID 32 Guatemala).

⁸⁷ Bergallo, Paola (2013). Argentina: los tribunales y el derecho a la salud. ¿Se logra justicia a pesar de la “rutinización” de los reclamos individuales de cobertura? In Alicia Ely Yamin, Siri Gloppen & Elena Odriozola (eds.), *La lucha por los derechos de la salud: ¿puede la justicia ser una herramienta de cambio?* México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores

⁸⁸Gotlieb, V., Yavich, N., & Báscolo, E. (2016). Litigio judicial y el derecho a la salud en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 32, e00121114. P. 111.

A esto se suma la falta de espacios de participación ciudadana y de diálogo deliberativo entre los poderes del Estado y los actores sociales, lo que limita la construcción colectiva de políticas públicas integrales (ID 4 Brasil).

c. Factores estructurales. Determinantes políticos de la salud

- 1. Necesidad de pensar el derecho a la salud en contextos más amplios de fragilidad de las democracias y restricción del espacio cívico** que afecta no sólo el derecho a la salud sino todos los demás derechos consagrados
- 2. Determinación judicial de prioridades** que interfieren en las políticas sanitarias. Se generan **tensiones entre la justicia y las políticas públicas** y en consecuencia, sobre el rol que está llamado a cumplir el poder judicial en los litigios de salud, la falta de claridad de las leyes deja amplios márgenes para la interpretación judicial (ID 7 Uruguay).
- 3. Persecución a defensores** de derechos humanos a través de mecanismos legales y disciplinamiento de la sociedad, supresión de la protesta social (ID 32 Guatemala; ID 22 Brasil)
- 4. Falta de espacio de diálogo deliberativo y concertación** entre los Poderes del estado y actores sociales relevantes en la temática (ID 4 Brasil).
- 5. Falta de espacios de participación social y control** de la ciudadanía en la elaboración e implementación de las políticas públicas

Estos aspectos han sido ampliamente discutidos en la literatura en la materia. Maqueda (2021) señala la importancia de contar con políticas públicas coordinadas y no espasmódicas o aisladas porque ello conduce a la judicialización de los derechos. Este autor entiende que el poder judicial no es quién debe elaborar y ejecutar la agenda política pues el proceso judicial no está pensado para ello (Maqueda, 2021, p. 68).⁸⁹

d. Determinantes meso-institucionales y barreras de gestión judicial

A continuación, se presentan los determinantes meso institucionales y problemas identificados en relación a la gestión judicial que afecta e impacta en el derecho a la salud.

⁸⁹ Maqueda, M. M. (2021). La judicialización del derecho a la salud y su tutela efectiva en la jurisprudencia de la corte suprema de justicia de la nación. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Católica de Córdoba*, (4).

Los actores sociales del foro identificaron múltiples barreras institucionales y de gestión judicial que obstaculizan el ejercicio efectivo del derecho a la salud, perpetuando las inequidades en el acceso a servicios esenciales.

La ausencia de suficientes mecanismos no adversariales impide resolver reclamos antes de llegar a la instancia judicial, mientras que la falta de marcos normativos adecuados para litigios colectivos limita su capacidad transformadora para corregir violaciones estructurales de derechos (ID 6 Argentina; ID 7 Argentina; ID 5 Perú).

A esto se suma la baja capacidad de respuesta estatal, marcada por barreras burocráticas y una sobrecarga judicial.

Las deficiencias en la formación y especialización judicial agravan el panorama: la falta de capacitación en salud pública, derechos humanos, género e interculturalidad limita la capacidad de los jueces y juezas para tomar decisiones, mientras la inexistencia de fueros especializados y la ausencia de criterios claros para evaluar evidencia científica complican la resolución de casos complejos, como los relacionados con medicamentos de alto costo o tratamientos experimentales. La falta de estadísticas desagregadas sobre litigios en salud y la débil articulación interinstitucional dificultan la gestión integral de los conflictos. Esto, a la vez, impide que desde los distintos sectores del Estado se trabaje de forma coordinada para garantizar derechos. La falta de diálogo se replica en la esfera social, donde la ausencia de espacios de deliberación sobre las prioridades en salud impide tomar decisiones transparentes y consensuadas sobre qué prestaciones cubrir y bajo qué criterios (ID 27 Uruguay).

d. Determinantes meso-institucionales y barreras de gestión judicial

1. Falta de mecanismos no adversariales y gestión de conflictos

- **Carencia de mecanismos alternativos de resolución de conflictos:** La falta de espacios de mediación o conciliación evita que los reclamos se resuelvan antes de llegar a la instancia judicial. (ID 7 Argentina)
- **Judicialización colectiva sin normativa adecuada:** La falta de marcos normativos para litigios colectivos limita su potencial transformador y su capacidad de corregir prácticas estructurales de violación de derechos (ID 11 ID 12 Argentina)

2. Deficiencias en la capacidad de respuesta estatal y judicial

- **Baja capacidad de respuesta estatal:** barreras burocráticas que afectan la garantía de derechos.

- **Sobrecarga judicial y falta de criterios de priorización:** La excesiva cantidad de litigios sin mecanismos claros para priorizar casos afecta la capacidad de respuesta de los tribunales.

3. Falta de formación y especialización judicial en salud

- **Insuficiente formación judicial:** La falta de capacitación de jueces, juezas y equipos técnicos en derecho sanitario, salud pública y perspectivas de derechos humanos, género e interculturalidad limita la capacidad de tomar decisiones y de evaluar los impactos de las sentencias en el sistema sanitario (ID 7 Argentina)
- **Ausencia de fueros especializados en salud:** La inexistencia de tribunales especializados dificulta la resolución de conflictos complejos que requieren conocimiento técnico y científico.
- **Deficiencias técnicas para evaluar evidencia científica:** Los jueces y juezas carecen de reglas claras para valorar la evidencia científica y los criterios técnicos en salud, lo que afecta decisiones sobre medicamentos de alto costo, tratamientos experimentales o nuevas tecnologías (ID 11 ID 30 Argentina).

4. Barreras de acceso a la justicia para sectores vulnerables

- **Desigualdad en el acceso a la justicia:** Los sectores más vulnerables enfrentan obstáculos económicos, geográficos y simbólicos para litigar. Como se mencionó: “quién no accede a un médico tampoco accede a un abogado” (ID 26 Argentina).
- **Perfil de las personas que litigan:** La evidencia indica que no siempre las personas en mayor situación de vulnerabilidad son las que más demandan, reproduciendo inequidades en el acceso a los derechos (ID 7 Argentina).

5. Falta de información y diálogo interinstitucional

- **Ausencia de estadísticas desagregadas sobre litigios en salud:** La carencia de datos dificulta el análisis de los patrones de judicialización y la formulación de políticas basadas en evidencia (ID 11 ID 12 Argentina).
- **Débil articulación interinstitucional e intersectorial:** La falta de diálogo entre los poderes judiciales, los sistemas de salud y otras instituciones públicas impide una gestión integral y coordinada de los conflictos en salud.
- Falta de **discusión social sobre las prioridades en salud impide tomar decisiones transparentes y consensuadas** sobre qué prestaciones cubrir y bajo qué criterios (ID 5 Perú).

A continuación, se presentan dos aspectos que fueron los más ampliamente discutidos en el Foro que son los litigios colectivos.

● Litigios colectivos

En el Foro Permanente se señaló que si bien **los litigios colectivos son una herramienta clave para garantizar derechos**, su aplicación en salud presenta múltiples desafíos (ID 11 Argentina). Se plantean como problemas principales:

1. **Impacto en el presupuesto de salud** por la extensión que puede tener un litigio estructural o colectivo (ID 11 ID 12 ID 6 Argentina)
2. **Falta de reglas claras o la imprecisión** de las existentes sobre el proceso y procedimiento; que desencadena entre distintos poderes del Estado (ID 5 Perú; ID 30 Argentina; ID 11 Argentina; ID 12 Argentina; ID 27 Uruguay)
3. **Falta de formación del poder judicial** para decidir en casos tan complejos (ID 11 Argentina; ID 12 Argentina; ID 20 Argentina; ID 30 Argentina; ID 27 Uruguay)
4. **Los problemas de implementación** de la sentencia (ID 11 Argentina; ID 12 Argentina; ID 16 Argentina).
5. **La politización de los conflictos colectivos, presión** y el impacto mediático (ID 12 Argentina)
6. **Puede afectar la división** de poderes del estado (ID 11 Argentina) o generar “necropolíticas judiciales” ante la falta de formación

El activismo judicial en el ámbito del derecho a la salud es objeto de un intenso debate académico. Por un lado, algunos autores sostienen que la intervención judicial puede ser esencial para garantizar derechos fundamentales cuando los otros poderes del Estado no cumplen con su deber de protección. Esta perspectiva considera que el Poder Judicial puede actuar como un mecanismo correctivo frente a las omisiones del poder político, asegurando el acceso y la protección de derechos esenciales (Abramovich y Pautassi, 2008).^{90 91}

Por otro lado, existen posturas críticas que advierten sobre los riesgos de un excesivo activismo judicial. Estos críticos argumentan que una intervención judicial fuerte puede debilitar la división de poderes, especialmente en contextos donde los jueces no son elegidos democráticamente y carecen de mecanismos de rendición de cuentas ante la ciudadanía. Además, señalan que los jueces podrían carecer de la capacidad técnica y la legitimidad democrática necesarias para tomar decisiones sobre cuestiones presupuestarias y de políticas públicas complejas. También se menciona la posibilidad de que el activismo judicial beneficie únicamente a

⁹⁰ Para profundizar, véase: Abramovich, V. & Pautassi, L. (2008). El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 4(3), 261-282. Disponible: <https://www.scielo.org/pdf/scol/2008.v4n3/261-282>

Para profundizar esta perspectiva, véase: Aguilar Cavallo, G., Gajardo, B., & León, A. P. (2015). Equidad, inclusión social y democracia: una respuesta crítica a los argumentos en contra del activismo judicial. *Estudios Constitucionales*, 13(1), 373-398. Disponible:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-52002015000100011&script=sci_arttext

⁹¹ Guzmán Jiménez, L. F. (2017). El activismo judicial y su impacto en la construcción de políticas públicas ambientales: Análisis de caso en el derecho jurisprudencial de la Corte Constitucional y el Consejo de Estado. Universidad Externado de Colombia. Recuperado de <https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstreams/59165a6e-d229-41e8-8faf-c85bc559307c/download>

quienes tienen los recursos para judicializar sus demandas, lo que podría generar nuevas inequidades.

Esta tensión refleja la necesidad de encontrar un equilibrio, donde la justicia actúe como garante de derechos sin desarticular los procesos deliberativos y participativos necesarios para construir políticas de salud universales y sostenibles.

En la literatura encontramos autores como Bracamonte et al. (2020)⁹² que observan **la dificultad que existe cuando se establecen políticas públicas desde el órgano judicial**. Su implementación por lo general resulta dificultosa en condiciones y en plazos razonables. Señala este autor, que es necesario que dichas políticas sean debatidas, analizadas y consensuadas de manera integral con los grupos de interés para el acuerdo democrático que requieren.

Yepes (2007: 67) señala que no se puede dejar en manos de la actividad de los jueces y fiscales la resolución de muchos problemas que son políticos y por lo tanto dependen de la participación democrática y advierte sobre los riesgos de esto.

Pueden consultarse en esta línea otros autores relevantes que analizan las tensiones entre constituciones políticas, el reconocimiento de derechos y el rol de los jueces y de la política.⁹³

e. Determinantes microsociales o ideológicos, simbólicos o subjetivos

Los discursos de las personas expertas revelaron que la judicialización en salud está influida por factores culturales, simbólicos e ideológicos que condicionan tanto la percepción de los derechos como los patrones de litigio.

Estos determinantes reflejan tensiones entre los sistemas de justicia, salud y las necesidades sociales, perpetuando enfoques biomédicos, debilitando la participación ciudadana y reproduciendo desigualdades en el acceso a la salud.

e. Determinantes microsociales o ideológicos, simbólicos y/o subjetivos

1. Monoculturalismo y falta de pluralismo jurídico y sanitario

- Patrones monoculturales del sistema jurídico y sanitario: Los sistemas de salud y justicia tienden a ignorar saberes y prácticas de salud diversas, sin incorporar perspectivas interculturales o enfoques comunitarios.

⁹² Bracamonte, S. A., Cassinero, J. L. (2020). La judicialización del derecho a la salud (No. 112 (ES)). Research Paper: 4. Disponible: <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2020/06/RP-112.pdf>

⁹³ Para profundizar, véase: McLean, J. (2016). The unwritten political constitution and its enemies. *International Journal Of Constitutional Law*, 14(1), 119-136. <https://doi.org/10.1093/icon/mow002>

- **Judicialización basada en el modelo biomédico:** La mayoría de los litigios se centran en el acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, reflejando la hegemonía del paradigma biomédico y biotecnológico. No suele identificarse en el relato de los participantes casos de demandas para exigir medidas de prevención o promoción de la salud.

2. Falta de participación y apropiación del derecho a la salud

- **Débil apropiación del derecho a la salud como derecho exigible:** La ciudadanía no siempre percibe la salud como un derecho que puede reclamarse ante el sistema judicial, lo que limita su capacidad de incidencia (ID 2 Regional; ID 11 Argentina; ID 12 Argentina; ID 16 Argentina).
- **Baja participación ciudadana en la toma de decisiones:** La escasa consulta o diálogo con la comunidad para definir políticas públicas genera descontento social y aumenta la judicialización como vía reactiva de reclamo (ID 26 Argentina).

3. Mercantilización, captura corporativa y distorsión de las prioridades en salud

- **Inducción de necesidades por intereses de mercado:** Los laboratorios impulsan y promueven a través de usuarios y/u organizaciones demandas para acelerar la autorización administrativa de medicamentos o tratamientos experimentales, incluso incentivando que el Estado financie las fases finales de la investigación clínica sin suficiente evidencia de beneficio terapéutico (ID 27 Uruguay; ID 30 Argentina; ID 9 México).

4. Desconfianza y debilitamiento del valor de la justicia y la democracia

- **Desconfianza en la justicia:** La percepción de que el sistema judicial no es imparcial ni accesible debilita su legitimidad como garante de derechos.
- **Baja valoración de la democracia y el derecho:** La falta de confianza en las instituciones jurídicas y democráticas reduce la participación ciudadana y la búsqueda de soluciones colectivas a los problemas de salud (ID 32 Guatemala).

5. Captura corporativa a través de prácticas simbólicas de inducción de necesidades de mercado, desinformación

- **Patologización de la vida cotidiana,** donde el mercado induce necesidades
- **Desinformación e información sanitaria errónea**

Varias de las personas expertas coincidieron en señalar la importancia de que exista un diálogo más amplio sobre cómo garantizar el acceso a medicamentos y

tratamientos, está diálogo no puede ser sólo entre el poder judicial, sino incluir a diversos actores, incluido la ciudadanía (ID 16, ID 26, ID 30, ID 11 Argentina).

En esta línea, actores de la academia, mencionaron que la judicialización es un fenómeno **que tiene que ser discutido, porque no logra cambios estructurales**, en algunos casos puede desviar agendas o directamente pueden tener cero impacto (ID 5 Perú; ID 27 Uruguay). En este marco, aparecen **los principales elementos de una política pública sanitaria, decididos por el poder judicial**. A quién además se lo considera poco formado en derecho sanitario y poco flexible o abierto al diálogo interjurisdiccional (ID 11 ID 6 ID 7 Argentina).

Del relato de las/os participantes surgen otros temas clave sobre la complejidad en la incorporación de innovaciones en medicamentos, destacando los riesgos y desafíos relacionados con la evidencia científica, el financiamiento y la toma de decisiones en contextos judiciales y sanitarios (ID 30 ID 24 ID 20 Argentina).

En relación a la evaluación de Innovaciones en medicamentos, se menciona la necesidad de evaluar rigurosamente el grado de evidencia científica de los fármacos antes de decidir sobre su pertinencia, financiación y uso, marcando la importancia de estructuras robustas en los procesos de decisión (ID 20 Argentina).

Los relatos cuestionan el actual desempeño de la justicia para decidir en relación al derecho a la salud y frente a la incorporación de nueva tecnología sanitaria (ID 20 Argentina). Así se formula una crítica a la intervención judicial en temas de salud, se menciona que se caracteriza por desconocimiento técnico y sesgos, lo que puede poner en riesgo la salud de los pacientes. Este riesgo es exacerbado por conflictos de interés entre prescriptores y la industria farmacéutica (ID 20 Argentina).

4

CONCLUSIÓN

4. CONCLUSIÓN

El Foro Permanente sobre Acceso a la Justicia y Derecho a la Salud permitió **visibilizar la complejidad y los múltiples desafíos que atraviesa la garantía del derecho a la salud en América Latina.**

Las voces de las y los participantes evidenciaron que **el derecho a la salud se encuentra en tensión con un modelo de desarrollo que prioriza intereses económicos por sobre los derechos fundamentales**, perpetuando desigualdades sociales, territoriales, y estructurales que afectan, de manera desproporcionada, a los grupos históricamente marginados.

Durante el Foro, se identificaron problemáticas que reflejan un escenario de vulneración **de derechos humanos en múltiples dimensiones**, lo que **pone en riesgo los principios fundamentales de la democracia y el estado de derecho.**

En este sentido, se señala **la necesidad de debatir el derecho a la salud en un marco más amplio, que reconozca la actual crisis de los sistemas de protección social y de derechos en la región.**

También se discutió el **impacto regresivo de las reformas neoliberales** promovidas por organismos intergubernamentales las cuales han **profundizado la financiarización, fragmentación, segmentación de los sistemas de salud. Estas transformaciones han debilitado las capacidades estatales, erosionando la responsabilidad pública y favoreciendo el avance** del sector privado y de grandes corporaciones transnacionales, en detrimento de políticas de salud pública basadas en la promoción, prevención y el enfoque integral..

En este contexto, **las restricciones al derecho a la salud y a otros derechos interdependientes** se sostienen mediante **medidas regresivas, el disciplinamiento social, la criminalización de defensoras y defensores de derechos humanos, y las crecientes limitaciones a la protesta social, incluso bajo regímenes democráticos.**

El análisis mostró que **las problemáticas del derecho a la salud no se limitan al plano normativo, sino que están atravesadas por factores estructurales, sociales, económicos, ideológicos y políticos.**

En relación a la judicialización del derecho a la salud, se destacan perspectivas diversas que permiten comprender su doble carácter: **como herramienta que puede expandir el alcance de los derechos** o, por el contrario, **profundizar inequidades y barreras de acceso a los sistemas sanitarios.**

En este sentido, los litigios por la salud aparecen como **manifestación visible de problemas mucho más profundos que condicionan las políticas estatales** y la posibilidad **de materializar el derecho a la salud.**

Las distintas voces y narrativas expresadas durante el Foro **invitaron a reflexionar sobre el peso que los determinantes económicos y políticos tienen en los procesos de judicialización.** A la vez, revelan que las barreras de acceso a la salud no son sólo producto de fallas institucionales, sino del modo en que se estructuran y se reproducen las relaciones de poder en la región.

Asimismo, se destacó el **rol clave que cumple el Sistema Interamericano de Derechos Humanos** para la determinación de estándares, la prevención de graves violaciones de derechos humanos y la promoción de cambios normativos y jurisprudenciales en los países de la región. No obstante, también se señalaron los desafíos que enfrenta para lograr una mayor efectividad en la implementación de sus decisiones a nivel local.

Se espera que **este estudio contribuya a visibilizar los puntos de convergencia en la comprensión del derecho a la salud en la región,** y que ello permita avanzar **hacia la construcción de un agenda regional.**

En el marco del Programa DIRAJus IV, se elaboraron **dos documentos** que consideramos fundamentales para profundizar esta agenda.

En el primero, **“Lineamientos para una comprensión regional del Derecho a la Salud: Propuesta metodológica para un análisis constitucional comparado desde una perspectiva de diseño normativo”**, presenta un relevamiento normativo del derecho a la salud en **19 países de latinoamérica,** desde una perspectiva constitucional comparada. A partir de 12 ejes de indagación. Se ofrece

una propuesta conceptual y metodológica que permite analizar cómo los Estados reconocen, priorizan y buscan garantizar este derecho fundamental. Esta revisión normativa permite identificar enfoques diversos, estrategias de protección y desafíos pendientes en materia normativa.

El segundo documento, “Determinantes legales de la salud: Propuesta metodológica para el análisis comparado del derecho a la salud” propone un enfoque metodológico que incorpora los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud, con especial atención a los factores legales que inciden en los procesos de salud/enfermedad/atención y cuidados. Esta perspectiva amplía el análisis del derecho a la salud y permite comprenderlo en su complejidad estructural y sistemática.

Por último, esperamos que los distintos documentos sirvan como base para continuar reflexionando colectivamente sobre el derecho a la salud en la región, promoviendo así su fortalecimiento desde una perspectiva contextualizada y participativa.

Finalmente, el Foro Permanente reafirmó una convicción compartida: **el derecho a la salud es una conquista de las luchas sociales, en constante construcción y disputa.**

Por eso, es necesario seguir promoviendo espacios de reflexión colectiva regional para impulsar mejores diseños de políticas públicas, comprometidas con los derechos humanos, la interculturalidad y la perspectiva de interseccionalidad de género que dé cuenta de la dignidad humana.

5

APÉNDICE
METODOLÓGICO

5. APÉNDICE METODOLÓGICO

5.1. Tipo de estudio:

Se realizó un estudio de diseño cualitativo, es decir se busca comprender en profundidad las principales problemáticas desde la perspectiva de actores sociales.⁹⁴

Para ello, se generaron distintos espacios de diálogo con actores de ámbitos académicos, de gestión, judiciales, grupos vulnerables (pacientes con enfermedades poco frecuentes, pueblos indígenas), activistas de los derechos humanos, y organizaciones de la sociedad civil.

Adicionalmente, se realizó una revisión bibliográfica de tipo narrativa (no sistemática, ni exhaustiva).

5.2. Técnica de relevamiento:

Para la elaboración del presente documento se utilizaron fuentes primarias (provenientes de distintos foros y entrevistas individuales a las expertas y expertos, así como a miembros de la academia, funcionarias y funcionarios estatales de distintos países de la región y representantes de organismos multilaterales).

Para el relevamiento de la información se realizaron cuatro sesiones de Grupos Focales (cuatro sesiones virtuales de dos horas cada una) y entrevistas semiestructuradas. Participaron un total de 42 expertas/os de once países (Argentina, Brasil, México, Ecuador, Alemania, Bolivia, Guatemala, Uruguay, Chile, Costa Rica y Perú). Se trabajó en distintas sesiones a través de grupos focales de entre 7 y 15 participantes⁹⁵. Adicionalmente, se realizaron 10 entrevistas con expertas/os que participaron de los grupos focales para ampliar, rectificar y/o complementar información debatida.

⁹⁴ Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectiva*, (2): 53-82.

⁹⁵ La dirección del Programa DIRAJus se encuentra a cargo de la Dra. Helen Ahrens, La coordinación del Foro Permanente estuvo a cargo de María Natalia Echegoyemberry. Participaron de los distintos Grupos Focales expertas y expertos de Latinoamérica y el Caribe: 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, Noemí Alemany, Pablo Damián Colmegna, Paula Goes, Paula Montero Danese, Paula Rojo, Rocío Quintero, Romina Duarte, Santiago Pereyra Campos, Susana Saavedra, Vanina Picardo, Verónica Fuente Kleiner, Viviana Camacho y Walter Flores. Por parte del Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática participaron en la asistencia: María Candelaria Churin, Lucia Allasia. A todas/os ellas/os nuestro más sincero agradecimiento y reconocimiento.

Participaron personas pertenecientes a los siguientes países: Alemania, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Perú, Uruguay, y actores regionales.

5.3. Temáticas de las sesiones:

Las sesiones se organizaron en torno a 4 ejes de indagación: 1. Conceptualización Derecho a la Salud; 2. Determinantes legales de la salud; 3. Judicialización del derecho a la salud y 4. Matriz operativa del derecho a la salud.

- Conceptualización Derecho a la Salud. En la primera sesión participaron siete personas (cinco mujeres y dos varones) de cinco países (Argentina, Brasil, México, Ecuador y Alemania).
- Determinantes legales de la salud. En la segunda sesión participaron un total de 10 personas (seis mujeres y 4 varones) de seis países (Argentina, Bolivia, Guatemala, Uruguay, Chile y Alemania).
- Judicialización del derecho a la salud. En la tercera sesión participaron un total de 14 personas (8 mujeres y 6 varones) de seis países (Argentina, Bolivia, Costa Rica, Brasil, Perú y Alemania).
- Matriz operativa del derecho a la salud. En la cuarta sesión participaron un total de 11 personas (8 mujeres y 3 varones) de cinco países (Argentina, Chile, Ecuador, Brasil y México).

Las sesiones se realizaron entre los meses de octubre y noviembre de 2024. La modalidad fue virtual a través de Plataforma TEAMS. Las sesiones se grabaron con autorización de las y los participantes, al sólo efecto de obtener transcripciones literales de lo conversado.

Las distintas problemáticas identificadas y sistematizadas surgen a partir de las percepciones, opiniones, creencias y expertises de las/os participantes, punto de vista subjetivo de actores sociales, lo cual puede coincidir (o no) con confronte de información objetiva.

En las instancias consultivas se recopilaron distintas perspectivas, líneas argumentativas, tendencias comunes y estándares sobre el derecho a la salud y argumentos de divergencia e impacto en la jurisprudencia de los países. Además, se sistematizaron las opiniones y recomendaciones de las/os expertas/os para robustecer el marco conceptual y operativo del derecho a la salud en la región.

5.4. Guía de entrevista:

A partir de una guía de entrevistas se exploraron una diversidad de perspectivas. Esto permite comprender en profundidad la información a partir de una epistemología interpretativa. El acento estuvo puesto en la construcción conjunta de significados, sin perjuicio de señalar los puntos de convergencia y divergencia de las personas entrevistadas.

En las instancias consultivas se recopilaron distintas perspectivas, líneas argumentativas, tendencias comunes y estándares sobre el derecho a la salud y argumentos de divergencia e impacto en la jurisprudencia de los países.

Además, se sistematizaron las opiniones y recomendaciones de las/os expertas/os para robustecer el marco conceptual y operativo del derecho a la salud en la región. Todo esto se realizó teniendo en cuenta la importancia de lograr establecer un entendimiento en común sobre el derecho a la salud, que pueda aportar elementos para la definición sustancial y operativa, que integre las distintas miradas y perspectivas.

5.5. Tipo de muestra

Se realizó una muestra de corte intencional⁹⁶ y en cadena. Se espera a través de una muestra intencional en cadena (bola de nieve) que las/os expertas/os puedan a su vez mencionar otras/os especialistas en la temática que puedan participar en el proceso. Luego, fueron analizadas de acuerdo al método de análisis temático.⁹⁷

Se propuso contar con una diversidad y representatividad de discursos, a partir de la selección de aquellas personas expertas/os que puedan brindar mejor información al respecto por su expertises temática, por su inserción en distintas áreas (representatividad geográfica), de inserción en organismos y campos disciplinares (jurídico, sanitario, de los derechos humanos, defensa del consumidor, derechos colectivos,) y teniendo en cuenta la representatividad de género.

La muestra quedó concluida de acuerdo a un criterio de saturación para las entrevistas y encuentros.

5.6. Procedimiento de selección

Se dejó abierta la instancia para concertar entrevistas en profundidad a las/os participantes de los encuentros.

Las y los especialistas fueron previamente seleccionados por la coordinadora y validados por DIRAJus (GIZ). Se convocaron mediante mail y nota formal. Todos los documentos fueron previamente validados con la directora del Programa.

⁹⁶Bertaux, D. (1981). *Biography and Society: The Life Story Approach in the Social Sciences*. New York: Sage Publications.

Glaser, B; Strauss, A. (1976). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

⁹⁷ El método de análisis temático es apropiado para identificar, organizar y analizar en detalle; reportar patrones o temas a partir de la lectura y relectura de la información recolectada; permite identificar y establecer temas y estructuras, y las experiencias, significados y realidades de los sujetos Para profundizar, véase: Braun V; Clarke, V. (2001). 'Using thematic analysis in psychology.' *Qualitative research in Psychology* 3. Edward Arnold Publishers; 77-101.

5.8. Aspectos éticos:

Se preservaron los aspectos éticos de la investigación realizada con sujetos voluntarios que brindaron consentimiento informado. Se solicitó permiso para grabar las sesiones y se les informó que serían grabadas al sólo efecto de realizar transcripciones íntegras y se les comunicó sobre los usos de la información. Se preservó la confidencialidad de la información. Los datos de las y los participantes fueron anonimizados.

5.9. Triangulación metodológica:

Se trianguló la información con fuentes secundarias. Se realizó una revisión narrativa de la literatura utilizando motores de búsqueda: Medline, Scielo, Lilacs, Social Sciences Citation Index -SSCI- y google académico) para la elaboración del estado de arte y para confirmación, complementación y confronte de la información proporcionada por actores clave. La búsqueda se realizó a partir de las palabras clave: derecho a la salud, determinantes legales de la salud, justiciabilidad y judicialización del derecho a la salud.

5.10. Criterios de inclusión:

Se revisaron artículos publicados en Latinoamérica sobre los ejes de indagación y artículos provenientes de organismos intergubernamentales (OPS/OMS/GIZ) y universidades (FLACSO/CLACSO) y organizaciones de la sociedad civil de renombre (DEJusticia). Además se incorporaron en la revisión artículos referidos o enviados por las personas entrevistadas (CIJ, XUMEK, ACIJ, AIDA, Repositorio de UNR).

5.11. Análisis de la información:

Para el análisis de la información se utilizó el método de análisis temático⁹⁸ y procesos posteriores de validación con las/os participantes. A quienes se les comunicaron los principales hallazgos y conclusiones para verificar congruencias con las distintas narrativas y perspectivas y se les remitió el documento de trabajo para la retroalimentación del documento final. Los resultados se discuten a la luz de las teorías y modelos.

5.12. Limitaciones al alcance:

Dentro de las limitaciones se encuentra las provenientes de la propia metodología cualitativa utilizada que no permite la generalización de los resultados. En esta investigación no se realizó una evaluación de políticas públicas. Sin embargo, la

⁹⁸ Tonón de Toscano, G. (2009). *Reflexiones Latinoamericanas sobre investigación cualitativa. La entrevista semi-estructurada como técnica de investigación*. San Justo. Prometeo –UNLAM; 56-75.

metodología utilizada permite comprender en profundidad el fenómeno estudiado desde la perspectiva de los actores sociales.⁹⁹

5.13. Propósito de los encuentros virtuales

Las distintas conversaciones debían contribuir a generar un entendimiento sobre el derecho a la salud, integrando las diversas perspectivas de los actores regionales. Es necesario incrementar las instancias para debatir sobre el derecho a la salud y las formas de respetar, de proteger y de garantizar su efectividad. Para ello, se generaron espacios de diálogo con actores de ámbitos académicos, de gestión, judiciales, grupos vulnerables y organizaciones de la sociedad civil, contribuyendo a una agenda basada en un debate académico-institucional regional que aborde los desafíos en la protección del derecho a la salud.

5.14. Coordinación de los Grupos Focales:

El grupo de trabajo fue liderado por la coordinadora del Foro que facilitó el diálogo en las distintas sesiones y las interacciones de las personas que integran el grupo focal. Se realizó una moderación activa basada en la pedagogía de la pregunta.

5.15. Preguntas orientadoras:

Las preguntas orientadoras junto con la nota conceptual fueron previamente remitidas a las personas expertas que participan en el grupo focal y/o en las entrevistas individuales. El contenido de las preguntas se vincula con el campo de trabajo de las y los especialistas y se orienta en virtud de los artículos elaborados por éstos.

5.16. Características de los encuentros

Diversidad y pluralidad:

Los foros consultivos y las entrevistas permitieron la inclusión de una amplia gama de voces y experiencias, incluyendo aquellas de actores claves en el ámbito de la salud y derechos humanos que participaron como sujetos voluntarios.

Enfoque de género y transversales:

El desarrollo de las actividades se realizó teniendo en cuenta los enfoques transversales de género e interculturalidad y en el trabajo se buscó que sea

⁹⁹ Valles, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis S.A.

accesible a las poblaciones y/o grupos vulnerables: por género, orientación sexual, zona de intervención (rural o rural), identidad cultural y/o etnia, religión, condición de discapacidad, edad, entre otros.

Lenguaje inclusivo:

Se utilizó lenguaje inclusivo (GUIA del MIMP) para la presentación de los productos/informes y moderación de los webinars.

Estándares de derechos humanos:

El documento se realizó teniendo en cuenta la perspectiva y estándares desarrollados sobre el derecho a la salud desde el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH) a partir de la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) como la Observación del Comité DESC.

Documento de trabajo

El documento final permitió sistematizar y consolidar el conocimiento recopilado a través de los foros, entrevistas y otros instrumentos de relevamiento.

A partir de esta información, se elaboró el presente documento que busca servir como insumo a las organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales de derechos humanos, miembros de la academia, gestores/as y servidores/as públicos/as, organismos intergubernamentales y otros actores para generar una discusión profunda sobre el derecho a la salud en la región. Asimismo, busca ser una herramienta de incidencia política y de capacitación, proporcionando a los actores relevantes los recursos necesarios para abogar por políticas públicas justas y equitativas.

Carga de información:

La información sobre jurisprudencia mencionada por las y los participantes se encuentra disponible en el Observatorio de Justicia Sanitaria y Climática.¹⁰⁰

Confidencialidad:

Los datos son tratados con confidencialidad, las y los participantes tienen derecho a solicitar información sobre el tipo de tratamiento de los datos, a solicitar su eventual modificación o a exigir la limitación del tratamiento o la supresión de los datos. También podrán revocar en todo momento el consentimiento otorgado. Se informó a los participantes que la revocación puede ser enviada a: comunicaciones.conosur@giz.de

¹⁰⁰ Para mayor consulta puede acceder al sitio web: www.justiciasanitaria.org

Los datos personales serán tratados de conformidad con el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea.

Conflictos de intereses:

La consultora declara la inexistencia de conflictos de intereses.

Integridad:

Se adopta y respeta el principio de integridad.

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): El derecho a la salud en Latinoamérica desde la perspectiva de actores sociales. Elaborado por: María Natalia Echegoyemberry**

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 Churín, Amadeo Garrido y Lucía Allassia, Teresa Araujo, 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**.