

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.63585>

El derecho a la salud y su impacto sanitario en Sudamérica. 2014-2015

The right to health and its impact on health in South America. 2014-2015

Recibido: 27/03/2017. Aceptado: 12/01/2018.

Gardenia Monroy¹ • Olga Lucía Prieto¹ • Paula Ramírez¹ • Martha Adriana Rivera¹ • Jesús Ortega¹¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Salud Pública - Bogotá D.C. - Colombia.Correspondencia: Olga Lucía Prieto. Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67, Unidad Camilo Torres, bloque: B7, oficina: 502. Teléfono: +57 1 3165000, ext.: 10662; celular: +57 310 3090173. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: olprietop@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. El derecho a la salud es reconocido constitucionalmente en Sudamérica; sin embargo, se desconoce si el respeto a este derecho tiene relación directa con los indicadores básicos de salud en la población.

Objetivo. Hacer una aproximación al derecho a la salud en los países de Sudamérica.

Materiales y métodos. A partir de la indagación del derecho a la salud en el marco constitucional y tratados internacionales adoptados en cada país, relacionándolo con algunos indicadores básicos en salud y teniendo en cuenta los conceptos de derecho constitucional y salud como servicio público, se realizó una revisión narrativa de tipo cualitativo de fuente secundaria indexada sobre las categorías “Derecho en salud dentro del marco legal en cada país” e “Indicadores Básicos en Salud”.

Resultados. Los indicadores básicos en salud comparados en los países de estudio son un reflejo de las políticas adoptadas que muestran su relación con el derecho a la salud en su contexto legislativo.

Conclusiones. Las tendencias de los comportamientos sanitarios permitieron asociar los impactos encontrados con un avance positivo en el ejercicio del derecho sanitario.

Palabras clave: Derecho a la salud; Esperanza de vida; Indicadores de salud; Mortalidad; América del Sur (DeCS).

| Abstract |

Introduction: The right to health is constitutionally recognized in South America; however, it is not known whether respect for this right is directly related to the basic health indicators of the population.

Objective: To approach to the right to health in South American countries.

Materials and methods: A qualitative review of secondary sources was carried out based on a research on the right to health as addressed in the constitutions and international treaties adopted by each country. This was done associating the right to health with some basic health indicators and taking into account the concepts of constitutional right and health as a public service. The following concepts were considered for conducting the review: “Right to health within the legal framework in each country” and “Basic Indicators on Health”.

Results: The basic health indicators compared in the study countries reflect the adopted policies by country that are associated with the right to health in their legislative context.

Conclusions: Trends in health behavior allowed associating the impacts found as a positive progress regarding the practice of health law.

Keywords: Life Expectancy; Health Status Indicators; Mortality; South America (MeSH).

Monroy G, Prieto OL, Ramírez P, Rivera MA, Ortega J. El derecho a la salud y su impacto sanitario en Sudamérica. 2014-2015. Rev. Fac. Med. 2019;67(3):229-38. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n3.63585>.

Monroy G, Prieto OL, Ramírez P, Rivera MA, Ortega J. [The right to health and its impact on health in South America. 2014-2015]. Rev. Fac. Med. 2019;67(3):229-38. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.63585>.

Introducción

La salud en Sudamérica es un derecho garantizado constitucionalmente, pero se desconoce si el respeto a este derecho tiene relación directa con los indicadores básicos en salud de estos países.

Al realizar la presente investigación, se encontró el libro del Instituto Suramericano de Gobierno (ISAGS) y de la Unión de Naciones Suramericanas Salud (UNASUR) “Sistemas de Salud en Suramérica:

desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad” (1), en el que estaba implícito el derecho en salud en la región. En general, la evidencia mostró que los estudios de análisis acerca del derecho e impacto en salud son poco comunes en los últimos años y se restringen a algunos países.

El objetivo de este estudio fue reconocer el derecho a la salud en los países de Sudamérica a partir de la indagación de esta temática en el marco constitucional y los tratados internacionales adoptados en cada

país, relacionándolo con indicadores básicos en salud y teniendo en cuenta los conceptos de derecho constitucional y salud como servicio público.

Derechos constitucionales

Los derechos constitucionales corresponden al procedimiento a través del cual se manifiesta el poder o la voluntad del Estado, así como el reconocimiento y la garantía de los derechos públicos subjetivos de los ciudadanos.

Estos derechos son aquellos incluidos en la constitución de un Estado y que se consideran como esenciales en el sistema político, están especialmente vinculados a la dignidad humana y tienen un estatus importante en cuanto a garantías de tutela y reforma dentro del ordenamiento jurídico. Los derechos constitucionales se clasifican en:

Derechos fundamentales: tienen la misma eficacia jurídica que las demás normas constitucionales, además de eficacia directa, y son vinculantes para todos los poderes públicos. Se caracterizan por ser inalienables, imprescriptibles, universales e irrenunciables.

Derechos económicos, sociales y culturales (DESC): su razón de ser es el pleno respeto a la dignidad del ser humano, a su libertad y a la vigencia de la democracia; solo son posibles si existen las condiciones económicas, sociales y culturales que garanticen el desarrollo de los hombres y los pueblos. Su vigencia se encuentra condicionada a las posibilidades reales de cada país, de allí que la capacidad para lograr su realización varíe en cada caso (2), y pueden exigirse al Estado en la medida que los recursos existan. A diferencia de los derechos subjetivos, civiles y políticos, que están provistos de mecanismos como la tutela o el amparo, los DESC no son derechos fundamentales ni exigibles ante los tribunales (3), a excepción de algunos países en Sudamérica.

Derechos a un medio ambiente sano (de solidaridad o de los pueblos): contemplan cuestiones de carácter supranacional como el derecho a la paz y a un medio ambiente sano (4).

A pesar de esta clasificación, el principio de integralidad afirma que todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes y debe darse igual atención y consideración a la aplicación, promoción y atención de los DESC. No existe ninguna jerarquía y todos los derechos están relacionados entre sí de forma tal que es imposible su plena realización sin la satisfacción simultánea de los otros (5).

El principio de integralidad comprende dos elementos: garantizar la continuidad en la prestación del servicio y evitar a los accionantes la interposición de nuevas acciones de tutela por cada nuevo servicio que sea prescrito por los médicos adscritos a la entidad, con ocasión de la misma patología. La materialización del principio de integralidad conlleva a que toda prestación del servicio de salud se realice de manera oportuna, eficiente y con calidad, de lo contrario se vulneran los derechos fundamentales de los usuarios del sistema de salud (6).

La salud como servicio público

Se define como servicio público a aquella actividad desarrollada por los poderes públicos para atender necesidades de interés general que los individuos no pueden satisfacer aisladamente y que, en su organización y funcionamiento, se encuentra sometida a un régimen jurídico especial de derecho público (7).

La salud como servicio público obedece a la satisfacción de necesidades de interés general como un fin esencial del Estado que garantiza el acceso efectivo a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a través de la participación de terceros (8) o prestados por el mismo Estado.

Indicadores básicos en salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los indicadores básicos son una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud (ocurrencia de una enfermedad o de otro evento relacionado con la salud) o de un factor asociado con la salud (el estado de salud u otro factor de riesgo) en una población específica (9).

Modelos de atención integral

Es un esquema de atención para establecer la forma de organización de los niveles de servicio y los sistemas de derivación dentro de la red asistencial. En este, además, se establecen las modalidades de atención (ambulatoria y hospitalaria) y el tipo de recurso humano que otorga la atención. Asimismo, determina el tipo de servicios que se entregarán por nivel y los recursos necesarios para ello. Algunos modelos incluyen las entidades prestadoras y las interrelaciones entre estas y los usuarios, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y los mecanismos de financiamiento (10).

Contexto histórico del derecho a la salud

El reconocimiento de la salud como derecho fundamental y su ratificación a través de la historia se han enfrentado a numerosos obstáculos. Por ejemplo, la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (11) se considera como la primera declaración formal de derechos básicos con trascendencia en la opinión pública, sin embargo en esta no se incluye el derecho en salud.

Ahora bien, en abril de 1948, en el marco del congreso de constitución de la OMS, se consolidaron los elementos generales para definir el derecho a la salud: “la aspiración de todos los pueblos es el goce máximo de salud para todos los ciudadanos” (11, p5). En diciembre del mismo año, la Organización de Naciones Unidas (ONU) redactó la Declaración Universal de Derechos Humanos, en cuyo artículo 25 se menciona el derecho a la salud:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (12, p7).

En 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, en el artículo 12, ratificó el derecho a la salud:

“1. Los Estados Partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.” (13, p1).

La convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, en su artículo 12, habla al respecto:

“1. Los estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. [...] los estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (14, p15).

La Convención Sobre los Derechos del Niño, en su artículo 24, también alude al derecho en salud:

“1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez; [...]

c) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud [...];

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres [...].

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños [...]” (15, p19-20).

Finalmente, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en su artículo 25, afirma:

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad

a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud” (16, p20).

Materiales y métodos

Se realizó una búsqueda de datos y documentos de fuentes secundarias sobre las categorías de “Derecho a la Salud” e “Indicadores Básicos en Salud”. Se consultaron documentos publicados entre 2015 y 2018 en SciELO y en los portales del Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) (Figura 1). Se usaron las palabras claves: derecho fundamental, salud, esperanza de vida, indicadores de salud, mortalidad y América del Sur. La categoría Derecho a la Salud se construyó con información secundaria de clasificación del derecho constitucional y las constituciones vigentes de los países estudiados.

Los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta en la búsqueda se plantean en la Tabla 1.

Tabla 1. Criterios de búsqueda.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
- Publicaciones hechas en los países sudamericanos cuyas reformas constitucionales se presentaron después de la segunda mitad del siglo XX - Tratados internacionales que tuvieran relación con el derecho a la salud - Informes con indicadores básicos que reflejen el cumplimiento del derecho en salud y la adopción de los tratados internacionales por parte de los estados.	- Leyes y decretos en salud - Informes con indicadores básicos con enfermedades específicas y relacionados a gasto en salud - Documentos publicados en bases de datos no oficiales - Publicaciones con información escasa en relación a indicadores en salud.

Fuente: Elaboración propia.

Se realizó cruce de indicadores básicos con gráficas elaboradas en el programa Numbers a partir de datos del Banco Mundial (porcentaje de población por grupos de edad, esperanza de vida, tasa de mortalidad y tasa de mortalidad materna y neonatal), la OPS (esperanza de vida) y la CEPAL (bajo peso para la edad y bajo peso para la talla).

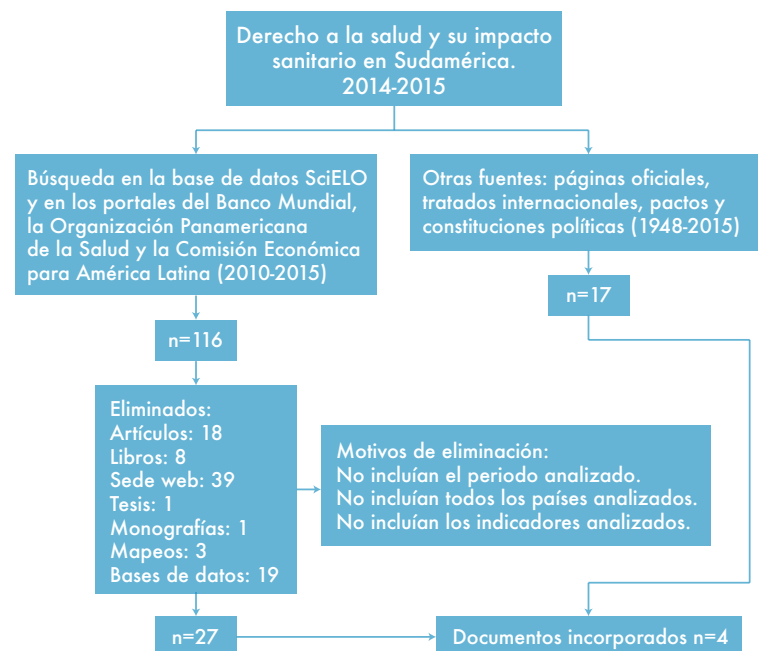


Figura 1. Flujograma de búsqueda bibliográfica.

Fuente: Elaboración propia.

Resultados

A continuación, en las Tablas 2 y 3 se presentan los tratados internacionales que presentan relación con el derecho en salud y el respectivo año de ratificación de cada uno de los países de Sudamérica.

Tabla 2. Evolución en derecho en salud, 1948-2006.

País	Declaración universal de derechos humanos / Convención americana sobre derechos humanos	Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales	Convención sobre los derechos del niño	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
Argentina	1984/1994 en la constitución	1986	1990	1985	2008
Bolivia	1979/2009 en la constitución	1982	1990	1990	2007
Brasil	1992	1992	1990	1984	2008
Chile	1990	1972	1990	1999	2008
Colombia	1973/1991 en la constitución	1969	1991	2007	2009
Ecuador	1977/2008 en la constitución	1969	1990	1981	2008
Guyana	No	1977	1991	1989	2010
Paraguay	1989/1992 en la constitución	1992	1990	1987	2007
Perú	1978/1993 en la constitución	1978	1990	1982	2008
Surinam	1987	2004	1993	1993	2007
Uruguay	1985	1970	1990	1981	2009
Venezuela	1977/1999 en la constitución	1978	1990	2002	2009

Fuente: Elaboración con base en (12-16).

Tabla 3. Marco constitucional, sistemas de salud y modelos de atención en Sudamérica.

País	Marco legal	Sistema de salud	Modelo de atención
Argentina	Constitución Nacional Art. 42: "Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno" (17). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad "El derecho a la salud no está mencionado como tal en la Constitución sino a partir de la adhesión a la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Art.25) y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ratificado por Argentina en 1986. Es decir, la salud aparece como derecho a partir de la adhesión a instrumentos internacionales que el país ha ratificado" (1, p27).	"Subsectores públicos, la seguridad social y la medicina prepaga" (1, p80).	"El Plan Federal de Salud 2004-2007 funciona como marco conceptual del proyecto a largo plazo y que orienta el desarrollo del sistema sanitaria (sic) argentino con eje en la Atención Primaria de la Salud. El Plan Federal de Salud 2010-2016 [...] plantea el avance progresivo hacia la descentralización de acciones de promoción y prevención y la cobertura universal" (1, p152).
Bolivia	Constitución Política Art. 18: "I. Todas las personas tienen derecho a la salud [...]" III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno" (18). Art. 35: "I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos" (18). Art. 36: "I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud. II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley" (18). Art. 38: "I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados ni concesionados" (18). Art. 39: "I. El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley" (18). Art. 41: "I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación" (18).	Estructura del Sistema Salud: Subsector público Subsector de la seguridad social Subsector privado Subsector de medicina tradicional (1).	El "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural [...] Establece 4 principios: participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad, integralidad" (19, p117)

Tabla 3. Marco constitucional, sistemas de salud y modelos de atención en Sudamérica.(continuación).

País	Marco legal	Sistema de salud	Modelo de atención
Brasil	Constitución Política Art. 6: "Son derechos sociales la educación, la salud, el trabajo, el descanso, la seguridad, la previsión social, la proyección de la maternidad" (20). Art. 196: "La salud es un derecho de todos y un deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación" (20).	El Sistema único de salud está estructurado en sector público y sector privado (1).	"La Estrategia Salud de la Familia (ESF) con sus equipos multiprofesionales de base territorial es el principal modelo de atención en APS" (19, p31)
Chile	Constitución Política Art. 19: "9. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud [...]" (21).	El Sistema de salud es mixto, un subsistema público que se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud y un subsistema privado compuesto por las Instituciones de Salud Previsional (1)	"Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitaria" (19, p31)
Colombia	Constitución Política Art. 48 "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley [...]" (22). Art. 49: "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control [...]" (22). Ley estatutaria 1751 Art. 1: "La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección" (23). Art. 2: "El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo" (23).	Existen tres tipos de regímenes: contributivo, subsidiado y especiales (1)	"Modelo Integral de Atención en Salud, MIAS" (24, p44)
Ecuador	Constitución de la República Art. 32: "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva [...]" (25). Art. 362: "[...] Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios" (25).	El sistema de salud está compuesto por un sector público y uno Privado (1)	"Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (MAIS-FCI)" (19, p31).
Guyana	Constitution of Guyana Art. 24: Todos los ciudadanos tienen derecho al acceso a la asistencia médica gratuita y a servicios sociales frente a vejez e incapacidad (26, traducción propia). Art. 25: Todos los ciudadanos tienen el deber de participar en acciones para mejorar el medio ambiente y proteger la salud de la nación (26, traducción propia).	El sistema de salud está compuesto por un sector público y uno privado (1).	"El documento Visión de Salud 2020 reafirma el compromiso con la APS y la importancia en enfrentar los determinantes sociales de la salud, pero no hace referencia directa al concepto de APS" (19, p 31).
Paraguay	Constitución de la República Art. 68: "El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana" (27).Art. 69: "Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado" (27) Art. 70: "La ley establecerá programas de bienestar social mediante estrategias basadas en la educación sanitaria y en la participación comunitaria" (27).	El sistema de salud está compuesto por un sector público, uno privado y uno mixto (1).	"El documento de 2008 Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad posiciona la APS como estructurante de un sistema universal [...] busca incrementar el acceso de la población excluida a través de equipos y unidades de salud de la familia [...]" (19, p 31).
Perú	Constitución Política Art. 7: "Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad" (28). Art. 11: "El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento" (28).	El sistema de salud es mixto y está compuesto por un sector público y uno privado (1)	"Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS-BFC)" (19, p32).

Tabla 3. Marco constitucional, sistemas de salud y modelos de atención en Sudamérica.(continuación).

País	Marco legal	Sistema de salud	Modelo de atención
Surinam	Constitution of the Republic of Suriname Art. 36: "1. Todos tienen derecho a la salud 2. Es responsabilidad del gobierno proveer la salud a través de la mejora constante de condiciones de vida y de trabajo e informar las medidas de protección de la salud" (29, traducción propia).	El sistema de salud consiste en subsistemas de proveedores públicos y privados (1).	"El Plan de desarrollo del gobierno 'Suriname en Transformación 2012-2016', atribuye a la APS un papel central en la equidad en salud" (19, p 32).
Uruguay	Constitución de la República Art. 44: "El estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes" (30). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integridad y la equidad "Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS): Salud como derecho de todos los habitantes residentes en el país" (1, p772)	El sistema de salud es mixto y está compuesto por un sector público y uno privado (1).	"[...] la Ley 18211 de Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) [...] hacen mención expresa al concepto o refieren a atributos o componentes de la APS" (31, p 8).
Venezuela	Constitución de la República Art. 83: "La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República" (32).	El sistema de salud está conformado por el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y el subsistema privado (1).	"Modelo de Atención Integral de Salud bajo principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, y su financiamiento y gestión serían responsabilidad del Estado" (33, p7).

APS: atención primaria en salud.
Fuente: Elaboración propia basada en (1,1-33).

Impacto en salud en Sudamérica 2014-2015

Los resultados del análisis comparado de los países suramericanos en relación al impacto en salud revelaron que, para el 2015, Bolivia

presentaba la mayor población entre 0 y 14 años con 32%, mientras que Chile tenía la menor con 20%. Dentro del grupo mayor de 65 años, Uruguay tiene la mayor población con 14% y Guyana la menor con 5% (Figura 2).

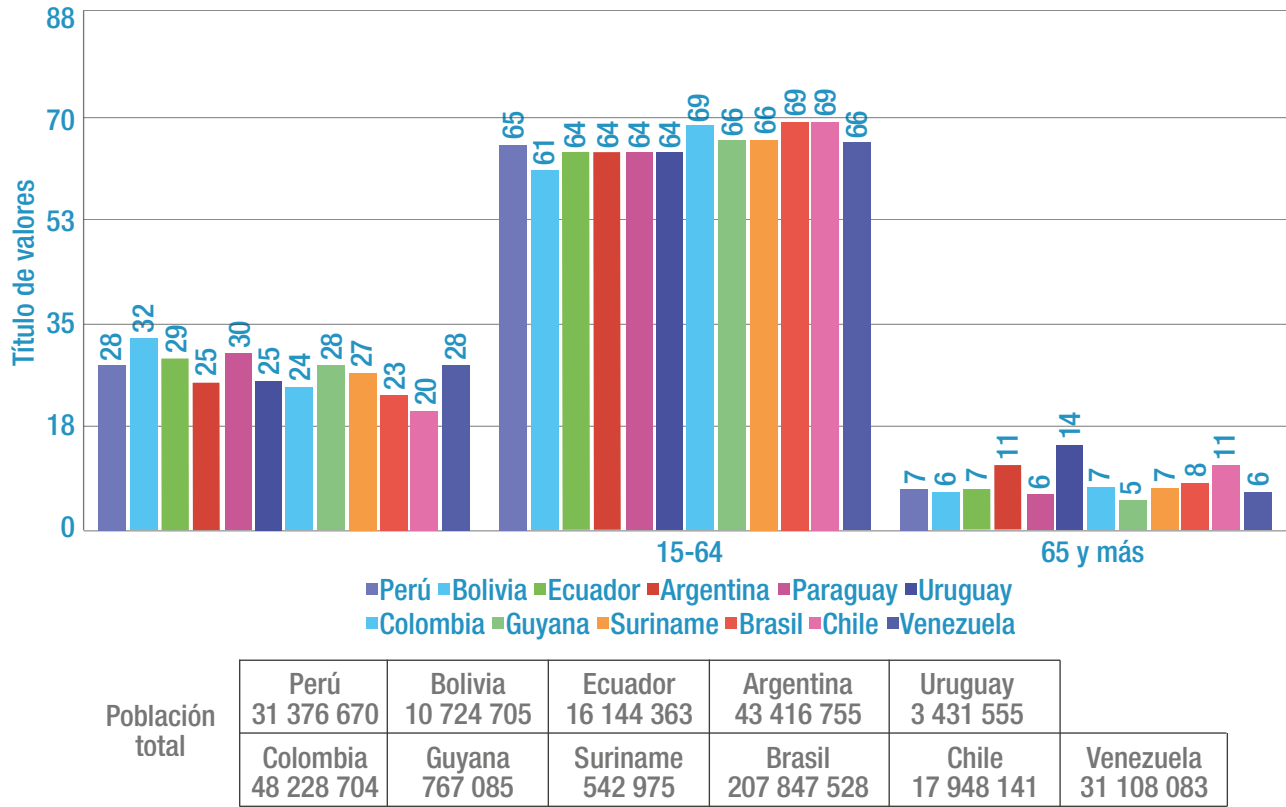


Figura 2. Porcentaje de población por grupos de edad, 2015.
Fuente: Elaboración con base en (34-36)

Otros desenlaces obtenidos fueron los indicadores de mortalidad general y esperanza de vida durante el 2014; en estos se observó un

promedio de esperanza de vida de 74 años en todos los países. El menor rango fue Guyana con 66 años y el mayor, Chile con 81 (Figura 3).

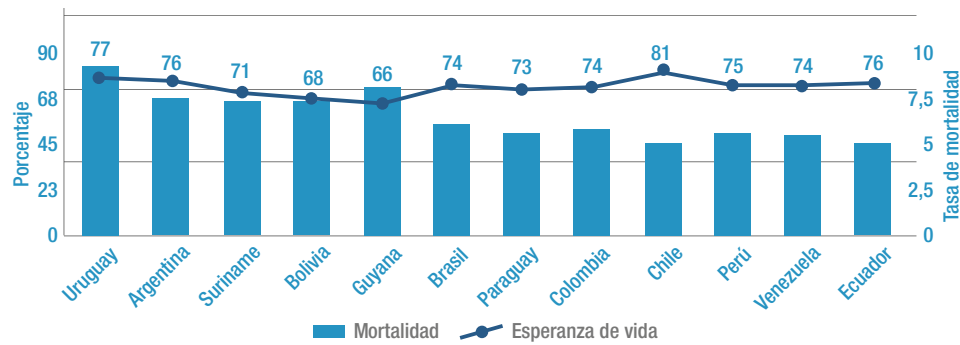


Figura 3. Esperanza de vida versus tasa de mortalidad, 2014.

Fuente: Elaboración con base en (37,38).

En la Figura 4 se observa que las dos mayores tasas de mortalidad para menores de 5 años las tuvieron Bolivia con 39.8 (también con el mayor porcentaje de bajo peso para la talla con 27.2% y bajo peso para la edad con 4.5%) y Guyana con 40.2 (también con alto porcentaje de bajo peso para la talla con 19.5% y bajo peso para la edad con 8.5%).

Se resalta el comportamiento positivo de índices en Chile respecto a la tasa de mortalidad, que fue la menor con 8.3.

Tanto para mortalidad materna como neonatal, Guyana muestra las tasas más altas y le precede Bolivia, mientras que el menor indicador se encuentra en Uruguay (Tabla 4).

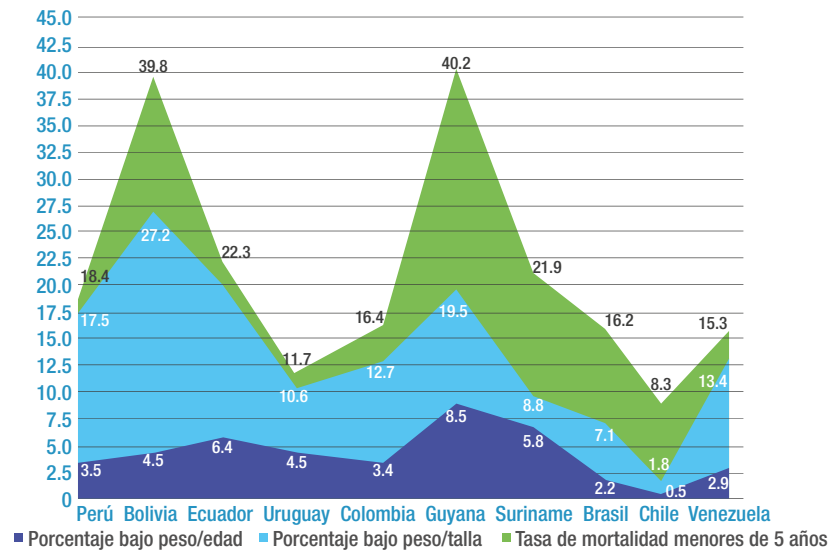


Figura 4. Relación porcentaje bajo peso para la edad y peso para la talla versus tasa de mortalidad en menores de cinco años, 2014.

Fuente: Elaboración con base en (39,40).

Tabla 4. Tasa de mortalidad materna versus tasa de mortalidad neonatal, 2015.

País	Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo x cada 1 000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal (x cada 1 000 nacidos vivos)
Perú	0.68	8
Bolivia	2.06	20
Ecuador	0.64	11
Argentina	0.52	6
Paraguay	1.32	11
Uruguay	0.15	5
Colombia	0.64	9
Guyana	2.29	23
Surinam	1.55	12
Brasil	0.44	9
Chile	0.22	5
Venezuela	0.95	9

Fuente: Elaboración con base en (41,42).

Discusión

“El derecho a la salud es por naturaleza un derecho inclusivo que incorpora dos dimensiones: los determinantes de la salud y los sistemas institucionalizados para la protección de la salud y la atención de la enfermedad. En la primera dimensión es necesario considerar aspectos estructurales, como la garantía de otros derechos (económicos, sociales, culturales y ambientales) y colocar la salud en el centro de todas las políticas. [...]”

La segunda dimensión hace referencia al sistema de salud y a las políticas del sector, donde el Estado es el sujeto obligado para proteger, promover y satisfacer este derecho, dotándolo de contenido político, jurídico, normativo y programático a través de las diversas instancias de la administración pública” (43, p7-8)

En Latinoamérica, en los últimos siglos se han dado cambios sociopolíticos y económicos que han llevado a reformas en sus sistemas de salud. Como lo señala Laurell (44), la política de salud tiene dos grandes patrones: el de Cobertura Universal en Salud (CUS) o “pluralismo estructurado”, que es un modelo promovido por el Estado neoliberal, y el Sistema Único de Salud (SUS), que corresponde al Estado social. El objetivo de la CUS es introducir el mercado y la competencia, tanto en la administración de fondos y compra de servicios como en la prestación de los servicios médicos; en ambos casos se introducen agentes privados y públicos. Por su parte, el SUS está encaminado a garantizar el derecho universal a la salud como responsabilidad del Estado; este se basa en el modelo inglés y tiene como características la gratuidad, la solidaridad, la redistribución y la universalidad con cobertura integral e integrada de servicios para toda la población, además se financia con recursos fiscales.

La misma autora también señala que tanto los gobiernos-Estados neoliberales como los gobiernos-Estados sociales de izquierda o progresistas han tenido problemas para instrumentar la política de salud que parecería corresponder a sus idearios político-ideológicos. Las razones de ello son variadas, complejas y de orden económico, político, institucional e ideológico (44).

Dentro de la revisión se identificó una relación positiva en la ratificación de los tratados internacionales dentro del derecho constitucional de cada país, resaltando la protección a la niñez, la discapacidad y la no discriminación a la mujer. Asimismo, se evidenció que la adopción de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 (12) en los países estudiados fue solo del 50% a nivel constitucional; esta se dio gracias a las reformas constitucionales que surgieron en Suramérica a partir de los años 70 y el único país que no se acogió al tratado fue Guyana.

Los resultados presentados muestran que en la mayoría de los países de Sudamérica la salud no es considerada un derecho fundamental, pues solo se observa redactado en las constituciones políticas de Bolivia, Paraguay y Colombia —en este último desde 2015 con la Ley Estatutaria (23)—.

En la Figura 2 se observa que el porcentaje de mayor grupo de edad se ubica entre 15 y 64 años, lo que evidencia un comportamiento homogéneo entre países y que el promedio de esperanza de vida se encuentra en los 74 años; es de resaltar que la mayoría de sistemas de salud son mixtos y dependen de ese grupo de edad para su contribución.

Por su parte, la Figura 4 evidencia que Chile, contrario a Bolivia, presenta indicadores positivos respecto a bajo peso para la edad, peso para la talla y tasa de mortalidad en menores de cinco años, aun cuando en los dos países la salud es un derecho fundamental y se adoptó el tratado internacional de la Convención de los Derechos del Niño (15).

Respecto a los indicadores, no se encontraron muchos datos actualizados sobre nutrición (peso/talla para la edad), por lo que solo se analizaron los encontrados en las base de datos consultadas, sin tener información directa en algunos países. Este es un indicador básico que refleja el desarrollo y afecta directamente la población vulnerable.

Aunque en Bolivia el derecho a la salud es fundamental a nivel constitucional y el sistema de salud tiene como objetivo la universalidad y un modelo de atención con los principios de participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad e integralidad, este país cuenta con una tasa de mortalidad materna y neonatal alta.

Tal como lo resaltan Vieira-Machado & Días-de Lima (45), varias naciones latinoamericanas presentaron en la década de 2010 inestabilidad económica y política, ascenso de gobiernos de perfil neoliberal y neoconservador y amenazas a la democracia y a los derechos sociales duramente conquistados en años anteriores.

La lucha por la salud como un derecho ciudadano no es compatible con una concepción mercantil y restringida, por lo cual es importante movilizar la participación social y combatir la idea de que el sector privado puede disminuir la presión sobre el sector público. Esta idea segmenta el sistema de salud e incrementa la desigualdad en el acceso a los servicios requeridos y refuerza la concepción del sistema público como un sistema pobre para los pobres (44).

Es importante hacer visibles los derechos que han sido vulnerados a nivel de salud porque aunque hay mecanismos legales que los garantizan, esto no significa que las personas tengan acceso efectivo a esta. Los indicadores son una herramienta que enlaza las políticas que pretenden garantizar la salud y el desarrollo de este derecho en las comunidades, así se pueden observar las carencias que sufre tanta gente en la satisfacción de sus necesidades básicas, siendo el primer paso para restituir los derechos y generar acciones específicas en materia de prácticas sociales participativas vinculadas con derechos humanos (46).

Conclusiones

La OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (47). Para llegar a este estado y garantizarlo como derecho fundamental, es necesaria la articulación de diferentes entes y políticas en relación con los determinantes sociales de la salud, teniendo en cuenta el principio de integralidad en donde todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes.

Aunque el derecho a la salud sea reconocido en el nivel constitucional más alto y los países adopten los tratados internacionales, no se garantiza su cumplimiento y su impacto no se ve reflejado en los indicadores de la mayoría de estos. Este derecho no debe ser soportado solo legalmente, pues también depende de la voluntad política y la disposición de recursos económicos que designe cada país.

No es suficiente que los países cuenten con un derecho a la salud constitucional, ya que existen leyes y sistemas de salud que restringen y son barreras para la prestación oportuna de servicios integrales; en este sentido, es necesaria una voluntad política y de formulación de políticas públicas que busquen una visión de humanización en la atención y una participación activa de la población en la salud individual y colectiva.

A pesar de que algunos países no adhieren formalmente los tratados de derechos humanos, en sus constituciones se observa que los artículos están orientados a garantizarlos. Es de anotar que las leyes de cada país están enmarcadas en la normatividad internacional y el cumplimiento de las obligaciones son responsabilidad de los estados, sin embargo el desconocimiento de la población sobre los instrumentos que garantizan el derecho a la salud la hace más vulnerable.

Se observa un vacío en la adopción de los tratados internacionales como la Convención de los derechos del niño y La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en relación con las altas tasas de mortalidad materna, neonatal y de menores de 5 años y la relación de porcentajes de bajo peso para la edad y bajo peso para la talla en algunos países. Esto es reflejo de la calidad de los servicios de salud y hace necesario adoptar medidas para abolir las prácticas sociales que afecten de forma negativa la salud de los niños.

La pirámide poblacional en la mayoría de países estudiados cambiará hacia una población mayor de 65 años, por lo que los sistemas de salud y modelos de atención deben prepararse para el cambio generacional de acuerdo a las necesidades que requiera este grupo etario.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A cada uno de los autores por su tiempo y dedicación.

Referencias

1. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS; 2012 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://bit.ly/2w1IB0a>.
2. Derechos de Segunda Generación o Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Cubaencuentro.com; 2016 [cited 2016 Mar 22]. Available from: <https://bit.ly/1KRmo8e>.
3. **Montoya-Clavijo JE, Orlas E, Jiménez M.** Derechos Sociales, Económicos y Culturales [monografía]. Medellín: Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, Universidad de Antioquia; [cited 2016 May 13]. Available from: <https://bit.ly/2LZQrCo>.
4. Derechos de Tercera generación o Derechos de Los Pueblos. Cubaencuentro.com; 2016 [cited 2016 Mar 23]. Available from: <https://bit.ly/1Ibo31U>.
5. **Vázquez LD, Serrano S.** Los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. *Apuntes para su aplicación práctica*. Instituto de Investigaciones jurídicas UNAM; 2013 [cited 2018 Apr 20]. Available from: <https://bit.ly/2dGQ6mM>.
6. Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-039 de 2013 (febrero 26). M.P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub; abril 4 de 2013 [cited 2018 Apr 24]. Available from: <https://bit.ly/2HJsI9T>.
7. Enciclopedia-jurídica. 2014; [cited 2016 Mar 24]. Servicio público. Available from: <https://bit.ly/2VEiEyn>.
8. **Salazar-Salazar A.** La Instrumentalización del derecho fundamental a la salud a través de la prestación del servicio público [tesis]. Bogotá D.C.: Facultad de Jurisprudencia, Universidad Colegio Mayor de Nuestra del Rosario; 2014 [cited 2016 Mar 17]. Available from: <https://bit.ly/30wkCo1>.
9. Organización Panamericana de la salud, Organización Mundial de la Salud. Indicadores Básicos en salud. OPS; [cited 2018 May 2]. Available from: <https://bit.ly/2EfZXLx>.
10. **Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt-Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC.** Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev. Gerenc. Polit.Salud*. 2013 [cited 2018 Mar 29];12(24):114-129. Available from: <https://bit.ly/2vYypat>.
11. **Manrique-Abril FG, Ospina JM, Martínez-Martín AF.** ¿La salud: servicio público o derecho fundamental? *Rev. Salud Hist. Sanid*. 2008 [cited 2016 Mar 20];3(2):4-5. Available from: <https://bit.ly/2wbH8EI>.
12. Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. París: Resolución 217A (III); diciembre 10 de 1948 [cited 2016 Apr 25]. Available from: <https://bit.ly/1cmtdDV>.
13. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200A (XXI); diciembre 16 de 1966 [cited 2016 Mar 12]. Available from: <https://bit.ly/2HKhrI5>.
14. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. diciembre 18 de 1979 [cited 2016 May 2]. Available from: <https://uni.cf/2IGSQmL>.
15. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención Sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25; noviembre 20 de 1989.
16. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York; diciembre 13 de 2006 [cited 2016 May 2]. Available from: <https://bit.ly/1cbsych>.
17. Argentina. Asamblea Constituyente. Constitución de la Nación Argentina. Buenos Aires: Boletín Oficial; agosto 23 de 1994.
18. Bolivia. Asamblea Constituyente de Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Gaceta Oficial de Bolivia; febrero 7 de 2009.
19. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS). Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: ISAGS; 2015 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://bit.ly/2Hukr3T>.
20. Brasil. Congreso Constituyente del Brasil. Constitución de la República Federativa de Brasil. Octubre 5 de 1988.
21. Chile. Constitución Política de la República de Chile. Santiago de Chile: Decreto supremo No. 100; septiembre 17 de 2005.
22. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá D.C.: Gaceta Constitucional 116; julio 20 de 1991.
23. Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (febrero 16): Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49427; febrero 16 de 2015.
24. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud "Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud". Bogotá D.C.: MinSalud; 2016 [cited 2019 May 16]. Available from: <https://bit.ly/2Q8pavE>.
25. Ecuador. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. Quito; octubre 20 de 2008.
26. Guyana. Constitution of Guyana. Georgetown; octubre 6 de 1980.
27. Paraguay. Constitución de la República del Paraguay. Asunción: Gaceta oficial No. 63; junio 20 de 1992.
28. Perú. Congreso Constituyente Democrático. Constitución Política del Perú. Lima; diciembre 30 de 1993.
29. Suriname. Constitution of the Republic of Suriname. Paramaribo: Official Gazette of the Republic of Suriname; Marzo 30 de 1987.
30. Uruguay. Constitución de la República Oriental del Uruguay. Montevideo; 1997.
31. Instituto Suramericano de Gestión en Salud (ISAGS). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur. Mapeo de la APS en Uruguay. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014 [cited 2019 May 17]. Available from: <https://bit.ly/2QevBxO>.
32. Venezuela. Asamblea Constituyente. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Gaceta Oficial; diciembre 15 de 1999.
33. Instituto Suramericano de Gestión en Salud (ISAGS). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América

- del Sur. Mapeo de la APS en Venezuela. Río de Janeiro: ISAGS; 2014 [cited 2019 May 17]. Available from: <https://bit.ly/30o3DnO>.
34. Porcentaje de población por grupos de edad de 0 a 14 años 2015. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/2QfueyP>.
 35. Porcentaje de población por grupos de edad de 15 a 64 años 2015. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/30wGa3X>.
 36. Porcentaje de población por grupos de edad de 64 y más años 2015. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/2VRAQcO>.
 37. Esperanza de vida al nacer, total (años) 2014. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/30wUsBr>.
 38. Tasa de Mortalidad en un año (por cada 1000 personas) 2014. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/2DpiF2S>.
 39. Tasa de Mortalidad, menores de 5 años (por cada 1.000 personas) 2014. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/2VNtZkq>.
 40. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2015. Santiago: CEPAL; 2015 [cited 2016 Sep 30]. Available from: <https://bit.ly/2E17EAe>.
 41. Tasa de mortalidad materna (estimado mediante modelo por cada 100.000 nacidos vivos) 2015. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/2waBXox>.
 42. Tasa de mortalidad, neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos) 2015. Washington D.C.: Banco Mundial; 2016 [cited 2016]. Available from: <https://bit.ly/30GBpF8>.
 43. **López-Arellano O, Jarillo-Soto EC.** ¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina Social*. 2015 [cited 2018 Jul 8];10(1). Available from: <https://bit.ly/2YyXKIW>.
 44. **Laurell AC.** Social policy and health policy in Latin America: a field of political struggle. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 2):e00043916. <http://doi.org/c5xq>.
 45. **Vieira-Machado C, Días-de Lima L.** Políticas e sistemas de saúde na América Latina: identidade regional e singularidades nacionais. *Cad. Saúde Pública*. 2017;33(Suppl 2):e00068617. <http://doi.org/c5xz>.
 46. **Butinof M.** El derecho a la participación en salud -Indicadores para su monitoreo. Aportes de la epidemiología Comunitaria. *Superintendencia Nacional de Salud*. 2012 [cited 2018 Jul 9];(2):67-81. Available from: <https://bit.ly/2w8p1zH>.
 47. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Conferencia Sanitaria Internacional; 1946.