



# La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Octubre de 2024

## Prólogo

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publican este informe a seis años del plazo establecido para cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. La pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), junto con las crisis en cascada e interrelacionadas, han configurado una situación alarmante que amenaza el logro de los ODS a nivel mundial, incluidos los países de la región.

Los efectos multidimensionales de la pandemia interrumpieron la implementación de acciones que permitieran avanzar en el logro de diversos ODS, provocando un retroceso del 32% de las metas en el avance regional hacia estos Objetivos. Este retroceso se manifiesta en indicadores clave de salud, como la mortalidad materna, la cobertura de inmunización y otros asociados a la malnutrición y la salud mental. Por su parte, las metas de acceso universal a la salud y cobertura sanitaria universal, que se refieren a garantizar el acceso a los servicios de salud de acuerdo con las necesidades, de manera

## Índice

Prólogo .....	1
Introducción .....	3
I. Urge fortalecer los sistemas de salud de los países de la región con un enfoque de atención primaria de salud para enfrentar los retrocesos en la Agenda 2030 tras la pandemia .....	4
II. Los determinantes sociales de la salud fueron ámbitos clave en el impacto sanitario de la pandemia y la profundización de la desigualdad: es fundamental mejorar la articulación entre los sistemas de protección social y los sistemas de salud .....	11
III. Las consecuencias sanitarias de la pandemia dejan en evidencia la urgencia de fortalecer el enfoque de atención primaria de salud para garantizar el acceso universal a la salud.....	16
IV. Es fundamental asegurar la sostenibilidad de los sistemas de salud para reducir la desigualdad y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible.....	23
V. Hoy más que nunca se requiere priorizar la inversión para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que contribuyan a superar la desigualdad y alcanzar el desarrollo sostenible.....	28
Bibliografía.....	29



NACIONES UNIDAS



oportuna y equitativa, con calidad y sin restricción financiera a todas las personas, estarían aún muy lejos de ser alcanzadas en la región. Ello es aún más complejo al considerar la exacerbación de las barreras de acceso de múltiples tipos ocasionadas por la pandemia, que impiden a las personas usar los servicios.

Este panorama se ve agravado por las características estructurales de la región, marcada por sus altos índices de pobreza, desigualdad e informalidad laboral, así como por sus bajos niveles de productividad y crecimiento económico, junto con sistemas de protección social que enfrentan diversos desafíos estructurales y de capacidades institucionales. Esto tiene lugar en una situación de crisis del desarrollo en América Latina y el Caribe, en que imperan tres trampas: incapacidad de largo plazo para crecer, elevada desigualdad y baja capacidad institucional y gobernanza poco efectiva para abordar los desafíos del desarrollo. En el ámbito sanitario, se suman los problemas de subfinanciamiento crónico, fragmentación y segmentación de los sistemas de salud de los países de la región, que generan problemas de suficiencia, acceso, equidad, eficiencia y coordinación. Estos elementos confluyen con los determinantes sociales de la salud, impactando de forma directa en el bienestar de las personas y profundizando las brechas en materia de salud y la vulnerabilidad de ciertos grupos poblacionales.

Ahora más que nunca se requieren transformaciones estructurales de los modelos de desarrollo y un esfuerzo conjunto de los países para corregir el rumbo y acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Reconociendo la salud como un derecho humano básico y un elemento constitutivo del bienestar integral de las personas, en este informe se subraya que sin salud no es posible alcanzar el desarrollo sostenible y que los modelos de desarrollo excluyentes se traducen en un deterioro de la salud de la población. La salud es indispensable para la consecución de las tres dimensiones que componen el desarrollo sostenible —el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental—, lo que pone de relieve su interdependencia con otros derechos fundamentales.

Ante este escenario, urge implementar reformas en los sistemas de salud que garanticen una atención oportuna y de calidad a todas las personas, avancen hacia el acceso y la cobertura universal de salud, fortalezcan su capacidad institucional de respuesta y resiliencia ante emergencias sanitarias presentes y futuras, y se articulen con los sistemas de protección social bajo el principio del derecho a la salud y sin dejar a nadie atrás.

Tanto la CEPAL como la OPS destacan la relevancia de la estrategia de atención primaria de salud, considerando sus tres componentes —servicios integrados y funciones esenciales de salud pública, acción multisectorial y participación social— como parte de la transformación de los sistemas de salud para lograr una recuperación inclusiva y sostenible y abordar los retrocesos en la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para ello, es crucial incrementar la inversión pública en salud hasta alcanzar, como mínimo, el 6% del producto interno bruto (PIB), destinando un 30% de dicho gasto público a la atención primaria de salud, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS, priorizando el primer nivel de atención de la salud y garantizando su sostenibilidad financiera de forma integral en términos de cobertura y suficiencia de las prestaciones. Solo de esta manera será posible recuperar los avances perdidos y retomar la senda del desarrollo sostenible.

**José Manuel Salazar-Xirinachs**

Secretario Ejecutivo  
Comisión Económica para  
América Latina y el Caribe (CEPAL)

**Jarbas Barbosa da Silva Jr.**

Director  
Organización Panamericana  
de la Salud (OPS)



## Introducción<sup>1</sup>

Cuatro años después del inicio de la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), y considerando los efectos catastróficos que tuvo en dimensiones clave del desarrollo social inclusivo y el desarrollo económico, la exacerbación de las desigualdades y los retrocesos generados en relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), se ha vuelto cada vez más evidente que el desarrollo sostenible no podrá alcanzarse si no se garantiza la salud. Una salud óptima no solo reduce la desigualdad y la pobreza, sino que también fomenta la educación, el desarrollo de habilidades, la inclusión laboral y la participación social, e incluso, la productividad y el crecimiento económico.

Ello revela la interdependencia y la estrecha relación que existe entre la salud y las tres dimensiones que componen el desarrollo sostenible, a saber, económica, social y ambiental, así como el vínculo del ODS 3 —garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades— con los demás Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. En consecuencia, invertir en salud contribuye a alcanzar las metas del ODS 3, lo que habilita a avanzar hacia el desarrollo sostenible.

La pandemia de COVID-19 ocasionó una profunda crisis sanitaria, social y económica en América Latina y el Caribe, que se manifestó en el aumento de los niveles de desempleo e informalidad laboral, acompañado de un incremento de los índices de pobreza y pobreza extrema, así como de la desigualdad, y la profundización de brechas educativas preexistentes. Asimismo, se generó un efecto de desplazamiento e interrupción de servicios esenciales de salud por largos períodos de tiempo, que acrecentó las barreras de acceso, provocando altas tasas de exceso de mortalidad y retrocesos significativos en dimensiones clave de la salud como la cobertura de los programas de inmunización y la seguridad alimentaria, cuyas consecuencias aún persisten en la región.

Los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe tienen importantes debilidades estructurales, marcadas por un subfinanciamiento crónico, junto con elevados gastos de bolsillo, la fragmentación de la provisión de servicios y la segmentación de las personas en función de su capacidad de pago. También enfrentan diversas dificultades relacionadas con las capacidades institucionales y la gobernanza que limitan la capacidad de responder a los desafíos de la salud pública. Ello ha generado un escenario de profundas desigualdades que comprometen el acceso universal a la salud y el bienestar, y la protección financiera de los hogares.

A su vez, los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud, vinculados con los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social y distribuidos de forma desigual, confluyen con las debilidades estructurales de los sistemas de salud y, por tanto, desempeñan un papel fundamental en la profundización de brechas preexistentes.

Este escenario exige fortalecer la articulación intersectorial, particularmente entre las políticas de salud y los sistemas de protección social, para garantizar a las personas un nivel básico de ingresos, bienestar y acceso a servicios básicos sociales y sanitarios, de modo que se asegure el derecho a la salud y se establezcan sinergias de acciones entre los sectores para la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades.

La pandemia de COVID-19 puso en evidencia la centralidad de la atención primaria de salud, que emerge como una estrategia clave para avanzar hacia la igualdad en el acceso y la cobertura universal de salud, así como para abordar las desigualdades presentes en los territorios. Es primordial que dicha estrategia sea integral y esté acompañada de un primer nivel de atención resolutivo, en el marco de redes integradas en articulación con las funciones esenciales de la salud pública.

Es fundamental el fortalecimiento de la participación social en la elaboración de respuestas y la implementación de políticas, considerando la promoción de su carácter vinculante, sobre la base del principio de la solidaridad y el derecho a la salud, sin dejar a nadie atrás.

Asimismo, es primordial fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud, asegurando su capacidad para adaptarse a los cambios y proporcionar respuestas eficientes durante las crisis, de modo de no comprometer el acceso continuo de las personas a la atención y el cuidado de la salud. Ello cobra más relevancia aún en un momento histórico marcado por una serie de crisis y transformaciones que desafían a la región, como el acelerado envejecimiento de la población y las tendencias migratorias,

<sup>1</sup> La información empleada para la elaboración de este informe, salvo que se indique otra cosa, es la disponible hasta el 13 de agosto de 2024.

los cambios relacionados con la transformación tecnológica y en el mundo del trabajo, los desastres y el cambio climático, junto con las transiciones epidemiológica y nutricional, entre otras, que se traducen en una estructura de riesgos sociales en plena reconfiguración.

Se requiere que los países de la región aceleren sus esfuerzos para enfrentar el retroceso en relación con los ODS e inviertan estratégicamente en reformas a los sistemas de salud basados en la estrategia de la atención primaria de salud, para avanzar en el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y lograr sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes. Es esencial que las transformaciones de los sistemas de salud se enfoquen en garantizar su sostenibilidad de forma integral, en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera, en un contexto marcado por el bajo crecimiento y la incertidumbre macroeconómica.

El presente informe está organizado en cinco secciones. Después de esta introducción, se analiza la necesidad de fortalecer los sistemas de salud de los países de la región con un enfoque de atención primaria de la salud para abordar los efectos que la crisis desencadenada por la pandemia ha tenido en dimensiones clave del desarrollo económico y el desarrollo social inclusivo, así como su incidencia en los retrocesos en relación con los Objetivos de la Agenda 2030. Posteriormente, en la segunda sección se analiza la relación entre los determinantes sociales de la salud y el impacto de la pandemia, destacando la importancia de una articulación efectiva entre los sectores de la salud y de la protección social para abordar los determinantes sociales y disminuir las desigualdades. Se pone también de relieve el papel central que desempeñaron las autoridades locales, las comunidades y la participación ciudadana en la respuesta a la pandemia, identificando aprendizajes y lecciones en esa materia, y destacando su centralidad para el fortalecimiento de la atención primaria de salud. En la tercera sección se abordan las consecuencias sanitarias de la pandemia y la urgencia de avanzar en reformas a los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria de salud integral para superar las barreras de acceso a la salud. La cuarta sección se centra en identificar las dimensiones de la sostenibilidad de los sistemas de salud en términos de cobertura, suficiencia y sostenibilidad financiera, revisando la situación actual del financiamiento de la salud en la región y reflexionando sobre los nuevos desafíos, con especial énfasis en el fortalecimiento de la resiliencia de los sistemas de salud ante emergencias sanitarias actuales y emergentes. Finalmente, en la última sección se enfatiza la necesidad de priorizar la inversión para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que contribuyan a superar la desigualdad y alcanzar el desarrollo sostenible.

## **I. Urge fortalecer los sistemas de salud de los países de la región con un enfoque de atención primaria de salud para enfrentar los retrocesos en la Agenda 2030 tras la pandemia**

### **A. La centralidad de la salud para el desarrollo sostenible**

La salud es un derecho humano fundamental y un elemento constitutivo del bienestar integral de las personas en términos físicos, mentales y sociales (OMS, 1949). Garantizar el derecho a la salud a todas las personas, sin dejar a nadie atrás, es un imperativo ético que adicionalmente contribuye a la reducción de la pobreza y las desigualdades y, por tanto, a la promoción del desarrollo social inclusivo y sostenible en América Latina y el Caribe.

Las tres dimensiones esenciales que constituyen el desarrollo sostenible, es decir, las dimensiones económica, social y ambiental, están estrechamente relacionadas con la salud. En este sentido, para alcanzar este modelo de desarrollo, sustentado por el principio de igualdad y orientado a lograr el bienestar óptimo y satisfacer las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las oportunidades de las futuras (Naciones Unidas, 1987), es fundamental invertir en la salud de la población. El goce de una buena salud física y mental contribuye no solo a la generación de ingresos, lo que tiene un efecto reductor de la desigualdad y la pobreza, sino también al desarrollo de habilidades y el incremento de los niveles de educación, a una mayor inclusión laboral y participación en las diversas esferas de la sociedad, a mayores niveles de productividad y crecimiento económico, así como a prácticas sanitarias y alimentarias sostenibles ambientalmente, seguridad alimentaria y acceso a alimentos saludables, entre otros aspectos (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023) (véase el diagrama 1).

**Diagrama 1** La relación de la salud con las tres dimensiones del desarrollo sostenible

Fuente: M. L. Marinho, A. Dahuabe y A. Arenas de Mesa, "Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible", *serie Políticas Sociales*, N° 244 (LC/TS.2023/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

El ODS 3, que se refiere a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, se entrelaza con otros ODS, poniendo de relieve la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales (Hone, Macinko y Millett, 2018; Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023). Esta relación permite observar que el desarrollo sostenible no puede alcanzarse si no se garantiza la salud, que se convierte en un elemento indispensable para la consecución de las tres dimensiones del desarrollo sostenible<sup>2</sup>, como se analiza con más detalle en la siguiente sección. En otras palabras, la inversión en el ODS 3 es crucial para alcanzar el conjunto de los Objetivos que componen la Agenda 2030.

En cuanto a los efectos de la pandemia en dimensiones clave del desarrollo social inclusivo<sup>3</sup>, en 2023 en América Latina y el Caribe se produjo un retroceso de un 27% de las metas de los Objetivos de la Agenda 2030 (CEPAL, 2023a), relacionadas con ámbitos como la salud, la pobreza, la desigualdad, la educación, el trabajo y la nutrición, con lo que la región llegó a consolidarse como la más afectada por la triple crisis generada por la pandemia (CEPAL, 2022c). Las últimas proyecciones indican que solo un 22% de las metas de los ODS se alcanzarán a 2030, mientras que un 46% de ellas requiere una mayor velocidad para cumplirlas a tiempo y un 32% no lograría cumplirse, lo que subraya la necesidad de que los países intensifiquen sus esfuerzos para avanzar en la consecución de los ODS (CEPAL, 2024a).

La pandemia de COVID-19 dejó en evidencia la centralidad que tiene la salud para avanzar en una estrategia de desarrollo sostenible en sus distintas dimensiones. Ante una crisis sanitaria que se prolongó, que tuvo un profundo impacto económico y ocasionó una crisis social de la que la región aún no se recupera totalmente, se volvió incuestionable la afirmación de que sin salud no hay economía y tampoco una recuperación económica sostenible (CEPAL/OPS, 2020 y 2021). En efecto, durante la pandemia se observaron profundos impactos en distintas dimensiones del desarrollo económico y del desarrollo social inclusivo, varias de las cuales todavía muestran señales de deterioro en comparación con el período anterior.

En 2020, como consecuencia de la crisis sanitaria, América Latina y el Caribe presentó la mayor contracción económica de los últimos 120 años, con una caída del 7,0% del PIB (CEPAL, 2021a). Tras una recuperación en 2021, como resultado de una baja base de comparación, junto con los efectos positivos de la demanda externa, el alza de los precios de los productos básicos que la región exporta y aumentos de la demanda agregada, la región volvió a presentar bajo crecimiento y productividad, con un crecimiento del 2,2% del PIB en 2023, y proyecciones del 1,8% para 2024 y del 2,3%

<sup>2</sup> En forma adicional al impacto directo de la salud en el desarrollo sostenible y las tres dimensiones que lo componen, es importante destacar la naturaleza bidireccional de esta relación, por cuanto los elementos del desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental también condicionan la salud y el bienestar de las personas e inciden en los resultados que se logran en esa materia.

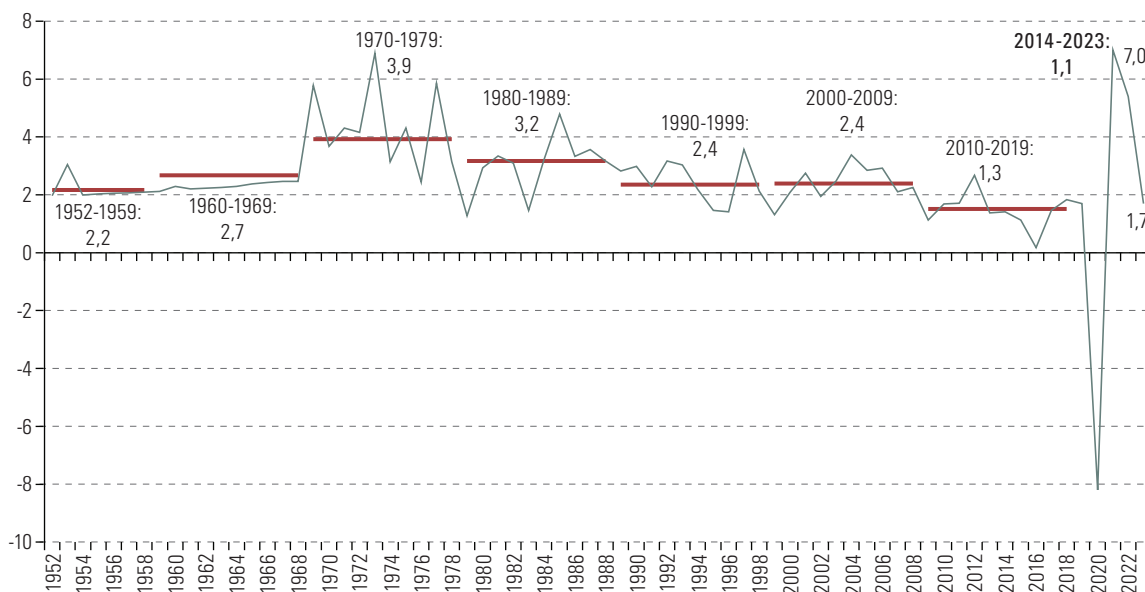
<sup>3</sup> El desarrollo social inclusivo, componente esencial para lograr el desarrollo sostenible, que tiene una estrecha relación con la salud y el desarrollo económico, es definido por la CEPAL como "la capacidad de los Estados de garantizar el pleno ejercicio de los derechos sociales, económicos y culturales de las personas, consolidando espacios para su participación y reconocimiento, abordando las brechas de acceso a ámbitos fundamentales del bienestar y dando cuenta de las desigualdades sociales y sus ejes estructurantes desde la perspectiva del universalismo sensible a las diferencias" (CEPAL, 2018b, pág.7).



para 2025 (CEPAL, 2024b). Este bajo desempeño económico se traducirá en una desaceleración de la creación del empleo, junto con la persistencia de altos niveles de informalidad laboral y otras desigualdades en el mercado del trabajo, como las brechas de género, que se hacen visibles en las tasas de participación y desocupación laboral (CEPAL, 2023b y 2024b).

El impacto de la pandemia en la economía regional, junto con las restricciones sanitarias aplicadas para contener la propagación del virus, tuvieron repercusiones significativas en el mercado laboral, que ya presentaba señales de deterioro. Esta situación ha sido descrita como una crisis en cámara lenta, en la que se combinan las bajas tasas de crecimiento del PIB con un nivel de ocupación laboral que se mantiene en el tiempo (CEPAL, 2023d). La pandemia de COVID-19 llevó a América Latina y el Caribe a atravesar en 2020 la peor crisis laboral registrada desde 1950, con una fuerte disminución de la creación de empleos y un deterioro de la calidad de puestos de trabajo que afectaron de manera desigual a la población. Se estima que entre 2014 y 2023 la tasa de crecimiento anual del número de personas ocupadas fue del 1,26%, un nivel aún más bajo que el 3,2% que se registró en la denominada “década perdida” de 1980 (véase el gráfico 1). Para 2023, debido a las bajas tasas de crecimiento de la economía regional, se observó un escenario de bajo dinamismo en la generación de empleo, con un aumento estimado del número de personas ocupadas menor al 2,0%, un porcentaje significativamente inferior al 7,0% registrado en 2021 (CEPAL, 2024b). Este complejo escenario se ve empeorado por los altos niveles de informalidad laboral, la concentración de personas ocupadas en sectores de baja productividad y las persistentes e históricas brechas de género. Se calcula que en 2024 la brecha de género en la participación laboral será de 22,3 puntos porcentuales y serán las mujeres quienes presentarán las tasas de desocupación más altas (CEPAL, 2024b).

**Gráfico 1** América Latina y el Caribe (17 países)<sup>a</sup>: crecimiento del número de personas ocupadas, promedio anual y por década, 1952-2023  
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2024* (LC/PUB.2024/10-P), Santiago, 2024.  
<sup>a</sup> Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

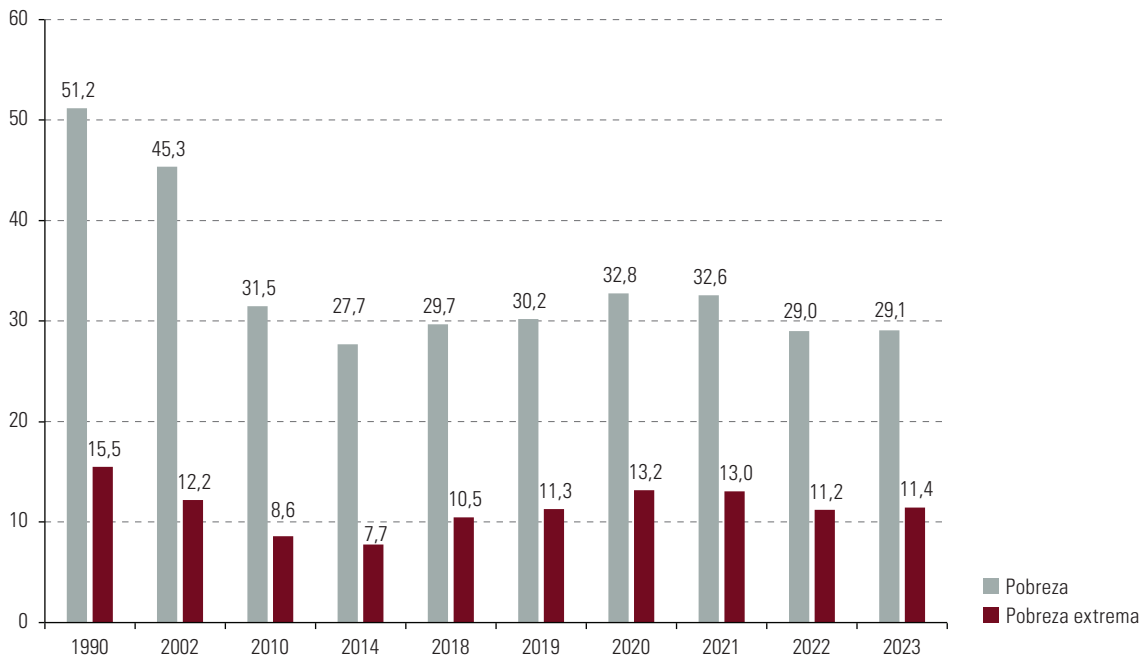
En 2017, se interrumpió el progreso que América Latina había logrado en la reducción del coeficiente de Gini<sup>4</sup> desde 2002. A raíz de la pandemia, en 2020 se observó un leve incremento de este índice, como consecuencia de la disminución de la participación laboral y de los ingresos del trabajo, particularmente en los estratos más bajos, debido a las restricciones impuestas por razones sanitarias. En 2021, dicho índice fue de 0,461, una cifra similar a la registrada en 2019 (0,464), y las transferencias monetarias de emergencia fueron un componente esencial para compensar las desigualdades

<sup>4</sup> Calculado con los datos de 13 países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

ocasionadas en el mercado laboral (CEPAL, 2023d). En 2022, el promedio regional del coeficiente de Gini fue de 0,449, lo que equivale a una disminución de casi un 3,0% en comparación con el valor registrado en 2021 y redonda en una caída de este índice del 1,1% anual entre 2019 y 2022. Con ello, el índice se situó en niveles anteriores a la pandemia en 9 de los 12 países de la región que cuentan con información comparable de ese período (CEPAL, 2023d). Es importante destacar que esa caída tuvo lugar en un contexto de alta desigualdad, en que el decil más alto percibió ingresos 21 veces mayores que los del decil más bajo, así como de elevada concentración de la riqueza. Según cifras de 2021, 105 personas pertenecientes al grupo de los millonarios poseían un patrimonio que equivalía al 4% del patrimonio total de la población de la región, superando los niveles de 2019 y 2020 (CEPAL, 2023d).

El impacto de la pandemia en el crecimiento económico y el mercado laboral provocó un retroceso significativo en la situación de la pobreza y la pobreza extrema en América Latina y el Caribe (véase el gráfico 2). Entre 2019 y 2020, la tasa de pobreza aumentó 2,6 puntos porcentuales y la de pobreza extrema 1,9 puntos porcentuales, de modo que esta última alcanzó niveles equivalentes a los registrados 27 años antes de dicho período (CEPAL, 2022c). En 2021, estos indicadores apenas disminuyeron 0,2 puntos porcentuales, destacándose el papel clave de las transferencias monetarias de emergencia en el sostenimiento de los ingresos de los hogares. Dos años después del inicio de la pandemia, se observó una mejora de ambos indicadores. En 2022, el porcentaje de personas en situación de pobreza en la región fue del 29,0% y el de personas en situación de pobreza extrema del 11,2%, ambas cifras inferiores a las registradas en 2019 (del 30,2% y el 11,3%, respectivamente). A pesar de este avance a nivel regional, en 2022 la pobreza aún se mantenía por encima de los niveles anteriores a la pandemia en más de la mitad de los países, e incluso las cifras registradas eran similares a las de la década anterior, lo que representa un avance insuficiente para alcanzar el objetivo de erradicación de la pobreza (CEPAL, 2023d). Adicionalmente, es importante destacar que la incidencia de la pobreza es mayor en la población infantil y adolescente, así como en la población indígena y entre quienes viven en áreas rurales, lo que evidencia la profunda desigualdad social que caracteriza a la región. Finalmente, considerando el bajo crecimiento económico, no se espera que se hayan producido grandes avances en esta dimensión en 2023 (CEPAL, 2024b).

**Gráfico 2** América Latina (18 países)<sup>a</sup>: tasas de pobreza y pobreza extrema, 1990-2022 y proyecciones para 2023  
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023* (LC/PUB.2023/18-P/Rev.1), Santiago, 2023.

<sup>a</sup> Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de).

El ámbito educativo también sufrió graves retrocesos a raíz de la pandemia y la crisis sanitaria. América Latina y el Caribe experimentó el “apagón” educativo más prolongado a nivel mundial, con una interrupción de la educación presencial que se extendió en promedio por 70 semanas, un valor bastante superior al promedio mundial de 41 semanas (CEPAL, 2022a). La continuidad educativa se vio limitada por las desigualdades en el acceso a conectividad, equipamiento y habilidades digitales, elementos que están estrechamente vinculados al nivel económico de los estudiantes. Esta prolongada interrupción de las clases presenciales exacerbó las desigualdades educativas previas en materia de acceso y calidad, generando un efecto de cicatriz permanente que afectará negativamente las trayectorias educativas, laborales y de desarrollo de una generación de niñas y niños, adolescentes y jóvenes, especialmente de los más vulnerables (CEPAL, 2022a).

La crisis sanitaria ocasionada por la pandemia también evidenció las debilidades estructurales de los sistemas de salud, caracterizados por un subfinanciamiento crónico acompañado de elevados gastos de bolsillo, altos niveles de fragmentación en la provisión de servicios y la segmentación de las personas según su capacidad de pago, todo lo cual se asocia a la ausencia de mecanismos solidarios e ineficiencia estructural, que se traducen en desigualdades que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento de la salud. Durante la pandemia, esta situación se tradujo en altos niveles de exceso de muertes —América Latina y el Caribe concentró el 27% del total mundial de muertes por COVID-19 entre 2020 y 2022—, la interrupción de servicios esenciales de salud, la demanda insatisfecha en salud, el efecto de desplazamiento de servicios esenciales y la disminución de la esperanza de vida en la región (CEPAL/OPS, 2021; CEPAL, 2021b; Cid y Marinho, 2022).

La magnitud de la crisis sanitaria, económica y social desencadenada por la pandemia de COVID-19 permitió visibilizar el papel esencial que desempeña la salud en el desarrollo social inclusivo y sostenible, con lo que se crea una ventana de oportunidad histórica para avanzar hacia sistemas de salud universales, que brinden atención oportuna y de calidad a toda la población, mediante mecanismos de financiamiento que sean solidarios, eficientes y sostenibles para alcanzar servicios de calidad. Para ello se requiere la estrecha articulación del sector de la salud con los demás sectores, incluida la participación social, y el fortalecimiento de su resiliencia para enfrentar de mejor manera los desafíos que puedan surgir en el futuro ante nuevas crisis y emergencias. Asimismo, este proceso debe ir acompañado de un aumento del gasto en salud y una reorganización de los servicios de salud para hacerlos más eficientes, que esté centrada en un primer nivel de atención fortalecido y en concordancia con el enfoque de atención primaria de salud<sup>5</sup>.

Es imperativo que en el período de la pospandemia la salud no sea relegada en cuanto a su importancia en la agenda pública, sino que sea una prioridad, tanto por el deber de garantizar el derecho a la salud de la población como por el papel fundamental que cumple la salud para alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023). Garantizar la sostenibilidad financiera de la salud y establecer sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes ante posibles crisis futuras se vuelve urgente. Fortalecer la estrategia de atención primaria de salud como eje central de las reformas de salud es fundamental no solo para hacer frente a los múltiples impactos persistentes de la pandemia, sino también para combatir la pobreza y reducir las brechas de desigualdad, tanto en materia de salud como en sus demás expresiones.

## B. Los vínculos del ODS 3 con el conjunto de la Agenda 2030

Los ODS están estrechamente vinculados entre sí, lo que significa que los resultados en relación con cada uno están relacionados con el progreso de toda la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Por tanto, los avances y retrocesos respecto de los demás ODS pueden facilitar o dificultar la consecución del ODS 3 y viceversa (ICSU, 2017; Pradhan y otros, 2017). Un ejemplo de esta interdependencia entre los ODS se expresa en la estrategia de salud digital (véase el recuadro 1).

Se ha demostrado la asociación general del ODS 3 con el ODS 11 (ciudades y comunidades sostenibles) (Chapman, Howden-Chapman y Capon, 2016), así como con el ODS 1 (fin de la pobreza), el ODS 13 (acción por el clima), el ODS 2 (hambre cero) (Hughes y otros, 2021; Viana y otros, 2022) y el ODS 8 (trabajo decente y crecimiento económico) (Nilsson y otros, 2018), entre otros.

<sup>5</sup> La OMS (2023b) define la atención primaria de salud como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”.



**Recuadro 1** El aporte de la salud digital al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Invertir en salud digital es una estrategia crucial para que los países puedan superar muchas de las desigualdades existentes y avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La salud digital incluye el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar la calidad, la eficiencia y la accesibilidad de los servicios de salud. Asimismo, implementar soluciones digitales es un factor crítico de éxito para llegar a poblaciones remotas y desfavorecidas, garantizando que todos tengan acceso a atención médica de calidad, independientemente de su ubicación geográfica.

La inversión en salud digital contribuye directamente a varios ODS. Por ejemplo, el ODS 3, que apunta a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, se ve impulsado significativamente por la telemedicina, los registros médicos electrónicos y las aplicaciones móviles de salud, entre otros instrumentos. Estas herramientas permiten una atención continua y personalizada, reduciendo las barreras de acceso y mejorando los resultados de salud con el foco de no dejar a nadie atrás. Además, la salud digital promueve la igualdad de género (ODS 5) al proporcionar a las mujeres acceso a servicios de salud y educación sanitaria, incluso en comunidades donde tradicionalmente enfrentan barreras significativas. También apoya el logro del ODS 10, que se refiere a reducir las desigualdades, al ofrecer servicios de salud más equitativos y accesibles para todos los segmentos de la población.

La salud digital también mejora la eficiencia de los sistemas de salud, optimizando los recursos y reduciendo costos, lo que contribuye a la sostenibilidad económica y ambiental (ODS 12 y 13). En resumen, invertir en salud digital no solo transformará los sistemas de salud, sino que también es una estrategia clave para lograr un desarrollo sostenible y equitativo, garantizando que nadie se quede atrás en el acceso a la atención y a los servicios de salud.

Fuente: Elaboración propia.

Las interrelaciones entre el ODS 3 y el resto de los ODS no solo reflejan que la salud se encuentra socialmente determinada, sino también que se trata de una dimensión fundamental para el bienestar y el desarrollo social inclusivo, así como también para el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental. De este modo, las interacciones entre el ODS 3 y los demás ODS son un aspecto clave a considerar para mejorar el cumplimiento de la Agenda 2030 en su totalidad (ICSU, 2017; Weitz, Nilsson y Davis, 2014).

La falta de progreso en relación con el ODS 3 es en gran medida consecuencia de la insuficiente acción sobre los determinantes sociales de la salud (vinculados a los otros ODS) y la alta desigualdad (Doyle y Stiglitz, 2014). Como se observa en el diagrama 2, cada uno de los ODS tiene vínculos directos con el ODS 3. Es así como el impacto negativo de la pandemia de COVID-19 sobre la salud no solo se debe al efecto directo de la crisis sanitaria sino también a las consecuencias negativas de la pandemia en los distintos ODS. Por ejemplo, las condiciones de la vivienda (ODS 11), un importante determinante social de la salud de la población, se hicieron evidentes como condiciones de un mayor riesgo de propagación de la enfermedad, observándose un aumento de los casos en los hogares hacinados y las viviendas en condiciones precarias, como las que se ubican en asentamientos informales (Ahmad y otros, 2020).

Una situación similar ocurre con el ODS 1, tras los aumentos de la pobreza y la pobreza extrema, y el ODS 2, con la reducción del acceso a los alimentos y los problemas de producción, lo que se tradujo en importantes impactos sanitarios en términos de seguridad alimentaria y nutrición (FAO y otros, 2021). A la vez, la malnutrición por déficit trae consigo importantes consecuencias en el desarrollo cognitivo y en el logro de aprendizajes, así como la malnutrición por exceso conlleva problemas en los ámbitos psicológico, social y escolar (Frongillo, Adebiyi y Boncyk, 2024; Kim y otros, 2024; Araújo de Souza, Silva Pinto y Lopes de Souza, 2024).

Asimismo, la crisis educativa desencadenada por la pandemia (CEPAL, 2022a) tuvo repercusiones sanitarias a corto y largo plazo debido a la relevancia de la educación (ODS 4) en los resultados de salud y el desarrollo de oportunidades para reducir la desigualdad. Ello se debe a que el acceso y la calidad de la educación empoderan a las personas y crean oportunidades que influyen positivamente en las condiciones sociales que determinan los resultados en salud.

**Diagrama 2** El Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3 y los vínculos relacionados con la salud con los otros ODS



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), "Background paper for the regional technical consultation on: monitoring the health-related Sustainable Development Goals (SDGs)", Nueva Delhi, 2017.

De igual manera, la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres y las desigualdades de género, relacionadas con el ODS 5, que se manifiestan en el limitado acceso a los mercados de trabajo y la atención de la salud y la carga desproporcionada de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado, entre otros, se traducen en deterioro o avances más lentos de los resultados sanitarios (Filho y otros, 2020).

Para avanzar en la implementación de la Agenda 2030, es imperativo incorporar los aprendizajes obtenidos en la pandemia de COVID-19 y asegurar que se mantengan más allá de la crisis; las crisis generan aprendizajes y pueden desencadenar grandes transformaciones (Jones, 2020). En este sentido, la pandemia puede servir como punto de inflexión para impulsar el cambio hacia un estilo de desarrollo más sostenible y una acción coordinada entre sectores, instituciones, niveles de gobierno y comunidades, con el sector de la salud como socio fundamental para garantizar la salud de las poblaciones. La intervención urgente de los gobiernos en respuesta a la crisis del COVID-19 amplió el enfoque de las ideas y el espacio de las políticas públicas, al mismo tiempo que evidenció la importancia del Estado y el trabajo conjunto de la salud pública con los demás sectores para brindar respuestas efectivas y rápidas (CEPAL, 2021b). Asimismo, se confirmó el papel central de

la comunidad en la formulación e implementación de políticas y la necesidad de su adaptación al nivel local y territorial (Bispo y Brito, 2020). La crisis también corroboró la importancia de contar con información de calidad para la toma de decisiones oportunas (Innvaer y otros, 2002) y de que esta responda a las necesidades locales. No solo es importante contar con información, sino también, y sobre todo, que esta permita pasar a la acción; por ende, dicha información debe estar cercana a los encargados de tomar decisiones, como lo mostró el papel fundamental que cumplieron los gobiernos locales en la respuesta a la pandemia.

## **II. Los determinantes sociales de la salud fueron ámbitos clave en el impacto sanitario de la pandemia y la profundización de la desigualdad: es fundamental mejorar la articulación entre los sistemas de protección social y los sistemas de salud**

### **A. La relación entre los determinantes sociales de la salud y el impacto de la pandemia**

Así como las crisis sanitarias tienen documentados los efectos en las dimensiones económica, social y ambiental del desarrollo sostenible, como se expuso en la sección anterior, estas dimensiones tienen, a su vez, una serie de efectos en la salud de las personas. Muchas de las condiciones que causan estos efectos y que están socialmente construidas se conocen bajo el nombre de determinantes sociales de la salud y han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Esta última consideración refuerza el carácter integrador y sistémico del concepto, en el que se incluyen las dimensiones económica, política, comercial y cultural, entre otras, que son parte de sistemas y procesos sociales.

Los determinantes sociales de la salud son los sistemas sociales y sus componentes, tales como los gobiernos, las instituciones, las normativas y los procesos, junto con los activos y los riesgos para la salud que, a su vez, estos sistemas controlan, concentran y distribuyen (Hahn, 2021). Estos procesos de distribución o concentración dan el marco o explican los niveles de equidad o inequidad en los procesos de salud y enfermedad dentro de una sociedad y son clave para entender los impactos de crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19.

Existe abundante evidencia científica sobre la forma en que los grupos en situación de vulnerabilidad social generalmente presentan peores resultados en salud. Al analizar los indicadores de las metas del ODS 3 y sus desigualdades en la región, se observa que todavía persisten considerables brechas, aun cuando varios de los indicadores a nivel regional presentan una mejora (OPS/OMS, 2022b). Por ejemplo, el quintil de menores ingresos presenta una mortalidad materna equivalente a más de siete veces la del quintil de mayores ingresos. Lo mismo ocurre con la mortalidad de niñas y niños menores de 5 años; el grupo con más desventaja en términos de ingresos tiene alrededor de 4,5 veces más riesgo de morir en comparación con el grupo más aventajado económicamente. Por su parte, la diferencia relativa en el número de personas que requieren intervenciones ante enfermedades tropicales desatendidas aumentó de 21,4 en 2010 a 80,1 en 2020 al comparar nuevamente el quintil de menores ingresos con el de mayores ingresos. Lo mismo se repite en el caso de las enfermedades no transmisibles crónicas: el grupo más desaventajado tiene un riesgo un 46% mayor de morir entre los 30 y los 69 años por estas enfermedades en comparación con el grupo más aventajado. Por último, datos de 2019 indican que la tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene es casi seis veces mayor en el quintil de menores ingresos, lo que deja en evidencia el efecto de las condiciones de vida en la salud de las personas (OPS/OMS, 2022b).

Estos resultados se ven agravados por las condiciones de desigualdad social y de salud preexistentes, que afectan en mayor magnitud a territorios y grupos en situación de mayor vulnerabilidad, tal como se evidenció en una mayor incidencia y mortalidad por COVID-19 en dichos grupos y territorios. La bidireccionalidad antes mencionada puede expresarse en los siguientes términos: la pandemia afectó las dimensiones social, económica y ambiental, las que, a su vez, determinaron la distribución de la infección y la mortalidad por COVID-19 y sus múltiples consecuencias.



En diversos estudios realizados en América Latina se encontraron asociaciones entre el hecho de vivir en situación de vulnerabilidad social y la tasa de mortalidad por COVID-19 (CEPAL, 2022c; McGowan y Bamba, 2022). En el Brasil, se observó que las personas que vivían en zonas con mayor privación socioeconómica presentaban tasas de mortalidad más altas, a pesar de que en las zonas de altos ingresos se informó sobre una mayor probabilidad de contraer la enfermedad. Asimismo, en estudios realizados en Chile, Colombia y México, se encontró una asociación positiva entre indicadores de vulnerabilidad y desigualdad social y las tasas de mortalidad por COVID-19. En el caso de México, se examinaron las muertes por COVID-19 a nivel municipal entre el 1 de junio y el 22 de agosto de 2020, y se descubrió que la desigualdad de ingresos estaba fuertemente asociada con la mortalidad. Por su parte, en Chile, un estudio realizado en Santiago sobre la mortalidad atribuida al COVID-19 evidenció que las tasas de mortalidad por cada 10.000 habitantes eran entre tres y cuatro veces más altas en el quintil de ingresos más bajo que en el quintil de ingresos más alto (OMS, 2021a).

Los mecanismos por los que se producen estas desigualdades están relacionados con la exposición diferencial a condiciones adversas que se acumulan a lo largo de la vida o desencadenan nuevas vías de vulnerabilidad social y biológica que pueden afectar la salud y la susceptibilidad desigual de ciertos grupos. Esta exposición desigual se encarna en las personas y en las consecuencias sociales y de salud, que también varían según el grupo social al que se pertenezca y los territorios donde se viva (OMS, 2010a). Las malas condiciones de vivienda y el hacinamiento se han documentado como aspectos que aumentan el riesgo de infección y afectan principalmente a los grupos sociales más desfavorecidos. En Medellín (Colombia), los residentes de asentamientos informales presentaron una mayor tasa de mortalidad por COVID-19 que los residentes de otras áreas de la ciudad (OMS, 2021a). Lo mismo ocurre con las condiciones de empleo y trabajo. En este sentido, durante la pandemia se informaron mayores tasas de infección en el grupo de trabajadores definidos como esenciales, que comprendió a los sectores de la alimentación y el transporte, el personal de limpieza y aquellos que trabajan en la economía informal, que no pudieron permanecer en sus hogares por falta de cobertura del sistema de protección social (Vásquez-Vera y otros, 2022). Asimismo, el exceso de mortalidad durante la pandemia fue más alto en aquellos países que tienen tasas más altas de informalidad laboral (Cid y Marinho, 2022).

La necesidad de coordinación intersectorial queda en evidencia debido al fuerte peso que tienen los determinantes sociales en los resultados en salud y en la equidad en materia de salud entre grupos de la población, entre territorios y entre países. Los determinantes sociales proveen un marco conceptual coherente con la noción de vínculos e indivisibilidad de los ODS aplicada a la salud y el bienestar, al mismo tiempo que representan un llamado a la acción sobre la importancia de considerar integralmente la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

## **B. La necesaria articulación entre la salud y los demás componentes de los sistemas de protección social**

La configuración y las interacciones de los determinantes sociales de la salud está relacionada con los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social, como el ingreso, la educación, la ocupación o empleo, el género, el territorio y la condición étnico-racial (CEPAL, 2016). Dichos ejes estructurantes constituyen la matriz de la desigualdad social en América Latina, que está determinada por su matriz productiva, caracterizada por una alta heterogeneidad estructural (CEPAL, 2016). De este modo, los ejes estructurantes de la desigualdad social, derivados de la estructura social y productiva, producen y reproducen la desigualdad en el ámbito de la salud, en el que, como se explicó en la sección anterior, los determinantes sociales de la salud cumplen un papel fundamental, ya sean los estructurales o distales o los llamados intermediarios o proximales<sup>6</sup>.

La influencia que estas dimensiones ejercen en la salud subraya la importancia de reforzar la coordinación entre las políticas de salud y los demás componentes de los sistemas de protección social, cuyo propósito es asegurar los ingresos de las personas para que alcancen el bienestar de forma universal y accedan a servicios sociales básicos como la educación, el agua y el saneamiento, la vivienda, las pensiones y la salud (CEPAL, 2020 y 2021b).

<sup>6</sup> Se entiende por “determinantes sociales estructurales o distales” aquellos arreglos institucionales, como políticas, normas y valores, asociados a los diversos ámbitos de las políticas públicas que modelan un orden social, distribuyendo poder y opresión, ya sea asociado a los recursos, el prestigio, la discriminación o la incidencia política. Es por eso que también se hace referencia a ellos como determinantes de la desigualdad en salud, ya que allí está el origen de dicha desigualdad. Por “determinantes intermediarios o proximales” se entienden aquellas condiciones materiales y sociales inmediatas de las personas que actúan como intermediarios entre los determinantes estructurales y las propias personas. Hacen referencia a los entornos de vida inmediatos, así como a los entornos laborales, los espacios públicos, los hábitos o estilos de vida, factores psicosociales, la provisión de servicios de salud y sociales, entre otros (OMS, 2010a).

Los problemas de salud complejos requieren acciones que van más allá de los ministerios de salud, y cada vez hay más información concluyente en el sentido de que los programas y políticas de salud que incorporan acciones sobre los determinantes sociales de la salud, y, por ende, trascienden el quehacer exclusivo del sector de la salud, tienen un mayor impacto en los resultados de salud (Bambra y otros, 2020).

Al reconocer que la salud constituye uno de los derechos básicos que buscan asegurar los sistemas de protección social, es central que el acceso a una atención de salud esencial durante el ciclo de vida sea considerado una garantía mínima de protección social sin que se tengan que enfrentar barreras ni incurrir en gastos catastróficos al acceder a la salud (OIT, 2012). A su vez, la garantía del derecho a la salud de la población promueve el desarrollo social inclusivo y sostenible, y contribuye al desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023). De esta manera, es fundamental alcanzar una estrecha y coordinada articulación que genere un círculo virtuoso entre ambas dimensiones.

El apoyo de los servicios de protección social durante la infancia es central para la salud y el desarrollo futuro de las niñas y los niños (ECDKN, 2007; OMS/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). Prestaciones otorgadas por los sistemas de protección social que promuevan la atención médica de niñas, niños y mujeres embarazadas, así como la inmunización oportuna, el desarrollo del apego temprano y la lactancia materna por un período adecuado de tiempo son fundamentales para reducir las desigualdades en salud y disminuir la mortalidad y la morbilidad infantil, destacándose principalmente las licencias parentales pagadas y los programas de transferencias monetarias (UNICEF, 2018; Ramos y otros, 2021). Junto con ello, es importante promover acciones multisectoriales que aborden las distintas dimensiones del bienestar de niñas y niños bajo un enfoque que sea sensible a la niñez (Castillo y Marinho, 2022).

Los programas de transferencias condicionadas han tenido resultados positivos en términos de la desnutrición infantil, el desarrollo motor y cognitivo de niñas y niños, la inmunización infantil y de personas mayores, el acceso a la atención médica y la reducción de la mortalidad infantil (Attanasio y otros, 2005; Fernald, Gertler y Neufeld, 2008; Salinas-Rodríguez y Manrique-Espinoza, 2013; Rasella y otros, 2013). Avanzar en programas de transferencias a la niñez, condicionadas o universales, permite fortalecer los sistemas de atención integral a la primera infancia, contribuyendo a alcanzar mejores resultados en materia de salud, pero también de educación, y favoreciendo la formación de habilidades parentales y la disponibilidad de niveles de ingresos garantizados (Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023).

Asimismo, el apoyo y la garantía de los ingresos de la población contribuye a su salud y a la reducción de las desigualdades. Ejemplo de ello es la experiencia de países pertenecientes a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), que demuestra el impacto que pueden tener las pensiones públicas en el retraso de la mortalidad en la vejez a través del aumento de los ingresos de las personas mayores (Norström y Palme, 2010). El acceso a servicios de apoyo y cuidados también contribuye a que las personas mayores alcancen niveles de actividad más altos, lo que permite tener una población mayor sana (OMS, 2015).

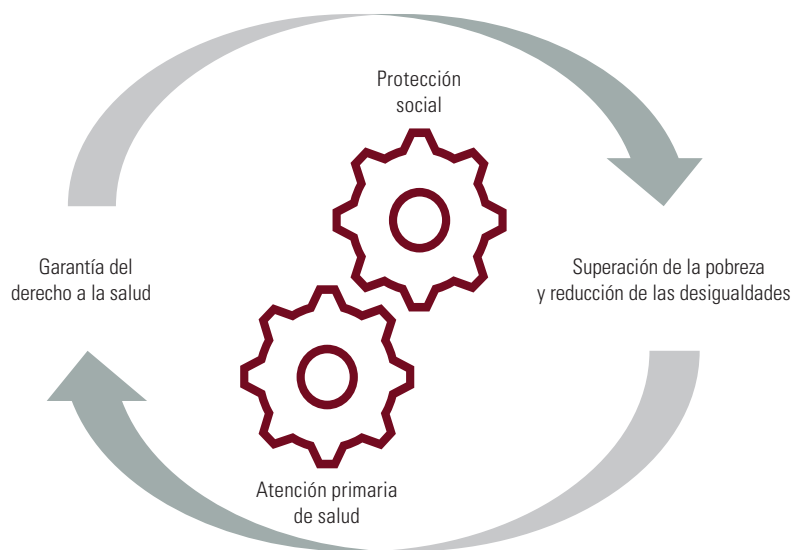
A su vez, las licencias médicas pagadas son una herramienta de los sistemas de protección social fundamental para la salud de la población, al estar vinculadas a mayores tasas de recuperación, menores costos de atención en salud, elevados niveles de productividad de la persona trabajadora y menores tasas de ausentismo (Scheil-Adlung y Sandner, 2010). Así, el acceso a estas prestaciones de la protección social, orientadas inicialmente a la protección frente a la pérdida o inseguridad de los ingresos por la imposibilidad de trabajar debido a una eventualidad en salud, permite proteger a la población y reducir las desigualdades, por lo que es fundamental que dichas prestaciones tengan una orientación universal.

Las desigualdades en materia de salud son una fuente de obstáculos para el pleno desarrollo de las capacidades y oportunidades de las personas, lo que se traduce en diversos costos sociales, económicos, laborales y ambientales para la sociedad, como quedó en evidencia durante la pandemia de COVID-19 (CEPAL, 2021a, 2022b y 2023d). De este modo, las diversas acciones implementadas por medio de las políticas sanitarias y los sistemas de salud orientadas a garantizar el derecho a la salud tienen un impacto directo en la reducción de la desigualdad social en todas sus dimensiones, la pobreza y la exclusión social, por lo que su articulación con el sector social y, en especial, con los sistemas de protección social, es primordial.

La atención primaria de salud constituye un espacio estratégico para potenciar la articulación entre la salud y la protección social. Ello se produce a través de la inserción territorial y comunitaria del primer nivel de atención de salud, junto con el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública y la integración de los servicios sociales y sanitarios. La atención primaria de salud incorpora actividades directamente vinculadas con la protección social como, por ejemplo, el suministro de alimentos y nutrición apropiada, así como la salud materno-infantil; protección financiera y reducción de gastos de bolsillo; acceso a salud sexual y reproductiva, que contribuye a la igualdad de género, y vigilancia frente al riesgo de vulneración de derechos, por ejemplo, en situaciones de violencia de género, trabajo infantil y falta de acceso a la educación, entre otras (OMS, 1978; Hone, Macinko y Millett, 2018; OPS/OMS, 2019a). Esto significa que la atención primaria de salud incluye la implementación de medidas que ayudan a erradicar la pobreza y enfrentar la desigualdad y la vulnerabilidad de la región, y que su acción tiene un impacto en los determinantes sociales de la salud, lo que contribuye al desarrollo social inclusivo y sostenible, así como al logro de diversos ODS (Hone, Macinko y Millett, 2018; Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023). En este sentido, el fortalecimiento de la colaboración intersectorial, mediante la implementación del ciclo de políticas integrado propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de las funciones esenciales de salud pública (OPS/OMS, 2020a), permitiría potenciar el círculo virtuoso entre la salud y los demás sectores de la protección social.

De esta manera, la atención primaria de salud y la protección social tienen el potencial de contribuir a la dinámica recíproca entre la garantía del derecho a la salud, la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades, a través de sus efectos positivos en los determinantes sociales de la salud (Abramo, Cecchini y Ullman, 2020; Marinho, Dahuabe y Arenas de Mesa, 2023) (véase el diagrama 3).

**Diagrama 3** La acción sinérgica entre la atención primaria de salud y la protección social



Fuente: M. L. Marinho, A. Dahuabe y A. Arenas de Mesa, "Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible", *serie Políticas Sociales*, N° 244 (LC/TS.2023/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023.

La articulación entre la atención primaria de salud y la protección social fue fundamental durante el manejo de la crisis sanitaria, económica y social ocasionada por el COVID-19. Por una parte, las medidas de protección social fueron primordiales para cubrir las necesidades básicas y garantizar el bienestar de las personas durante los largos períodos de confinamiento y aislamiento físico establecidos para contener la propagación del virus (CEPAL/OPS, 2021). Entre marzo de 2020 y agosto de 2022, se aplicaron 506 medidas de emergencia dirigidas a poblaciones afectadas por el COVID-19 en los 33 países de América Latina y el Caribe. De estas, 411 fueron medidas de protección social no contributiva, entre las que sobresalen las transferencias monetarias, con un total de 220, seguidas de 139 medidas sobre transferencias en especie y 52 medidas de aseguramiento del acceso a servicios básicos. El resto de las medidas tuvieron como propósito contener el gasto de los hogares afectados, mediante alivios tributarios y fijación de precios de la canasta básica de alimentos, entre otras (Robles y Holz, 2023).



Por otra parte, los esfuerzos en materia de salud pública que realizaron los países para vacunar a su población contra el virus SARS-CoV-2 fueron esenciales para disminuir las restricciones sanitarias e iniciar el proceso de recuperación tanto en lo económico como en lo social. El proceso de vacunación no estuvo exento de desigualdades: en 2021, solo un 30% de la población de la región contaba con el esquema de vacunación contra el COVID-19 completo, lo que evidencia notorias brechas tanto entre países desarrollados y en desarrollo como dentro de la región (CEPAL/OPS, 2021). La atención primaria de salud desempeñó un papel crucial en ese proceso, al llevar a cabo planes nacionales de vacunación contra el virus, así como estrategias y campañas comunicacionales orientadas a fortalecer la confianza de la población en la efectividad y seguridad de la vacuna para generar una mayor aceptación y adherencia a la vacunación, lo que permitió que, a fines de 2022, casi el 70% de la población tuviera completo este esquema de vacunación (Cid y Marinho, 2022). Cabe mencionar que el primer nivel de atención también fue fundamental en las actividades de testeo, trazabilidad y aislamiento de pacientes contagiados por el virus SARS-CoV-2 (CEPAL/OPS, 2021).

La experiencia de la pandemia planteó la necesidad que los países avancen hacia una agenda de salud pública que adopte un enfoque integral e intersectorial en las políticas de salud, que aborde los determinantes sociales de la salud y que esté en estrecha articulación con sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes. Ello es fundamental para garantizar un nivel básico de bienestar y asegurar el acceso y el derecho a la salud para todas las personas, considerando la posibilidad de futuras crisis y emergencias (CEPAL/OPS, 2021).

El predominio de una visión biomédica<sup>7</sup> de los problemas de salud limita la innovación en la respuesta sanitaria (Farre y Rapley, 2017). Si bien es cierto que es necesario fortalecer las capacidades de los ministerios de salud en el trabajo colaborativo con otros sectores y en la diplomacia de la salud, la incidencia política muchas veces limitada del sector de la salud en relación con otros sectores es un obstáculo importante que debe abordarse para impulsar la acción intersectorial (Bryson, Crosby y Stone, 2015). Se requiere reconocer la imperiosa necesidad de llevar adelante una acción intersectorial coordinada, incluso más allá de los sistemas de protección social, incluidos sectores como los de economía, medio ambiente, seguridad, justicia, educación, infraestructura, vivienda, servicios comunitarios, transporte, planificación, agricultura y alimentos, entre otros (Nunes, Lee y O'Riordan, 2016).

Antes de la pandemia, ya se evidenciaban los grandes retornos de las inversiones dirigidas a favorecer la equidad en salud y sus determinantes sociales. Los datos que surgieron durante la crisis del COVID-19 muestran un aumento aún mayor de estos retornos potenciales (Yerramilli, Chopra y Rasanathan, 2024). En este contexto, se requiere pensar más allá de las presiones fiscales inmediatas, ya que es el momento oportuno para invertir en equidad en salud y sus determinantes sociales más amplios.

### **C. El papel de la participación social en la democratización de la salud y el diseño de respuestas a las desigualdades: un componente central de la atención primaria de salud**

Las organizaciones de la sociedad civil representan la respuesta organizada de grupos sociales en situación de vulnerabilidad. Estas organizaciones operan en la base de la sociedad, con una comprensión profunda de las diversas necesidades y desafíos que enfrentan las comunidades a las que sirven. Durante la pandemia, este conocimiento fue esencial para identificar y abordar las necesidades de salud específicas de grupos como los trabajadores de la economía informal, las personas migrantes, las personas sin hogar, las personas con discapacidad y otros grupos marginados que enfrentaban dificultades extremas (Maroscia y Ruiz, 2021).

La sociedad civil organizada en torno a las problemáticas de la salud pública constituye un activo fundamental en la democratización de la salud, entendida como el acceso equitativo y universal a los servicios de salud, así como la participación significativa de la población en la toma de decisiones relacionadas con políticas, programas y prácticas de salud (Anigstein, 2008).

<sup>7</sup> La visión biomédica comprende la enfermedad o problemas de salud como "algo estrictamente relacionado con el mal funcionamiento orgánico", en contraposición con el modelo biopsicosocial que toma en consideración los diversos factores y dimensiones psicológicas y sociales asociadas a la enfermedad (Farre y Rapley, 2017, pág. 2).

La incorporación de actores sociales en el diseño e implementación de políticas orientadas a la igualdad y al cumplimiento de los ODS es esencial para su efectividad y sostenibilidad a largo plazo. De igual manera, es fundamental para alcanzar una atención primaria de salud integral, basada en el derecho a la salud y sin dejar a nadie atrás. Durante la pandemia de COVID-19, esto se hizo aún más evidente debido al papel crucial que desempeñaron las organizaciones de la sociedad civil en la atención de las necesidades de las personas, la adaptación de sus intervenciones e incluso la innovación en la respuesta a la crisis (Maroscia y Ruiz, 2021; Batthyány y otros, 2021).

La participación social también es esencial, entre otros factores, para asegurar la sostenibilidad de las políticas de salud pública. Al incluir a las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de toma de decisiones se fortalece su compromiso con la implementación exitosa de estas políticas. Además, se robustecen sus capacidades y se las empodera para abogar por la continuidad de las políticas una vez que han sido implementadas.

Durante la pandemia de COVID-19, las organizaciones de la sociedad civil se movilizaron rápidamente para abordar la crisis sanitaria y sus consecuencias sociales y económicas. En muchos países, establecieron redes de solidaridad para proporcionar alimentos, medicamentos y apoyo psicosocial a las comunidades más afectadas (Batthyány y otros, 2021). Además, muchas organizaciones de la sociedad civil adaptaron sus programas y servicios para satisfacer las necesidades emergentes, como la provisión de equipos de protección personal, la promoción de la higiene y el distanciamiento físico y la atención médica básica para personas enfermas (Saa y Villa, 2022). En América Latina y el Caribe, estas organizaciones cumplen un papel importante en la canalización de las políticas sociales para llegar a las comunidades más necesitadas. Durante la pandemia, se observaron numerosos ejemplos: en algunas zonas, las organizaciones de la sociedad civil colaboraron estrechamente con los gobiernos locales para distribuir alimentos y suministros médicos a personas afectadas por la crisis económica. Además, algunas establecieron programas de asistencia financiera y de empleo para ayudar a las personas a sobrellevar el impacto económico de la pandemia.

Las organizaciones de la sociedad civil también desempeñaron un papel crucial en la generación de conciencia y en la promoción de medidas de prevención y control de la enfermedad. A través de campañas de información y educación, ayudaron a contrarrestar la desinformación y los mitos sobre el virus, promoviendo prácticas saludables y fomentando la solidaridad y la unidad en tiempos de crisis (Levine y otros, 2023).

Las organizaciones de la sociedad civil asumieron un papel activo en la promoción de políticas públicas orientadas a la innovación social, la equidad y la inclusión, que impactan directamente en la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. En muchos países, estas organizaciones abogaron por la implementación de medidas de protección social, como subsidios de desempleo, moratorias en el pago de alquileres y servicios públicos, y asistencia médica gratuita para todas las personas, independientemente de su estatus migratorio (Leisering, 2021).

Durante la pandemia, se destacaron varios casos de colaboración exitosa entre las organizaciones de la sociedad civil y el sector de la salud. En algunos países, se establecieron comités de coordinación que incluían a representantes de organizaciones de la sociedad civil, autoridades del sector de la salud y líderes comunitarios para desarrollar estrategias conjuntas de prevención y respuesta al COVID-19. Estas iniciativas demostraron ser eficaces para llegar a comunidades marginadas y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud y apoyo social (García y otros, 2020).

### **III. Las consecuencias sanitarias de la pandemia dejan en evidencia la urgencia de fortalecer el enfoque de atención primaria de salud para garantizar el acceso universal a la salud**

#### **A. Evolución de la cobertura de servicios y la protección financiera en salud**

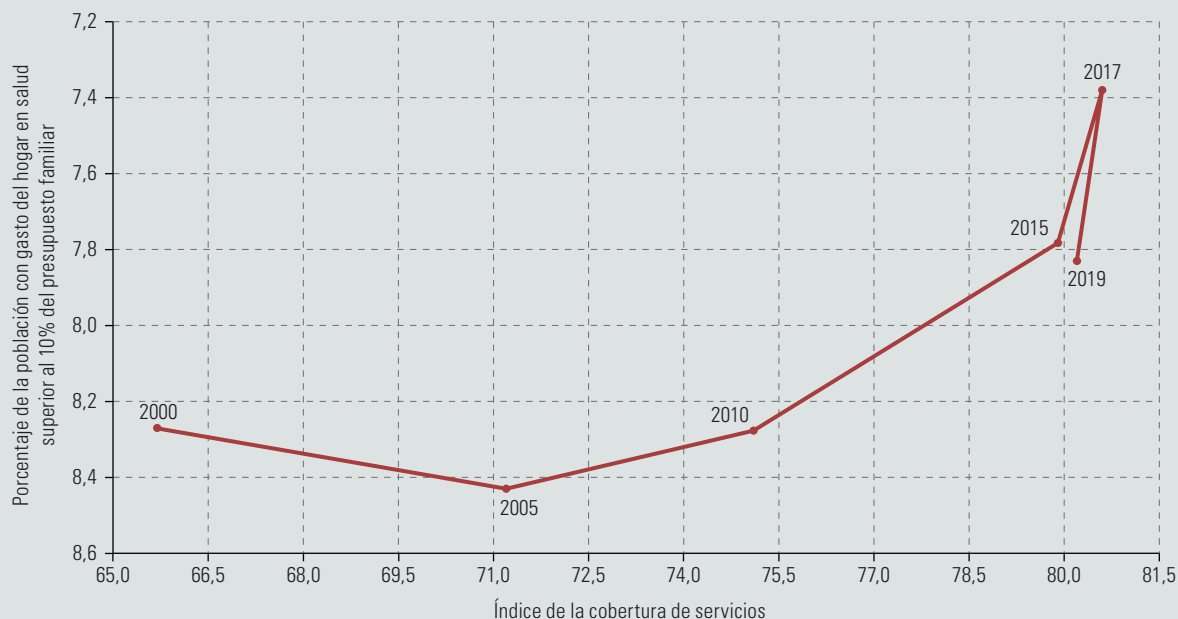
De acuerdo con el último informe de seguimiento mundial de la cobertura universal de salud, la pandemia empeoró las barreras existentes y creó nuevas barreras de acceso a los servicios de salud. La prestación de servicios de salud esenciales se vio afectada, lo que, junto con la crisis socioeconómica, empeoró las condiciones de acceso. A esto se suman las listas de espera y la renuncia a la atención, lo que genera un aumento de las necesidades insatisfechas debido a barreras del lado de la oferta y la demanda (OMS/BIRF-Banco Mundial, 2023).

Entre 2000 y 2015, el panorama internacional en materia de cobertura de servicios de salud esenciales (indicador 3.8.1 de los ODS) y de la proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares (indicador 3.8.2 de los ODS) estuvo caracterizado por avances significativos en cuanto a la cobertura en todas las regiones del mundo y ciertos retrocesos en cuanto a la protección financiera en algunas regiones. Después de 2015, la mejora de la cobertura de servicios se estancó o avanzó a un ritmo más lento, mientras que la protección financiera mantuvo su tendencia (OMS/BIRF-Banco Mundial, 2023). Algunas proyecciones a 2030 indican que la mayoría de los países del mundo no lograrán alcanzar los objetivos de protección financiera y que el 7% de los hogares seguirán enfrentando gastos catastróficos (medidos con un umbral del 10%) en salud (Rahman y otros, 2022)<sup>8</sup>.

En ese contexto internacional, la región de las Américas, junto con Europa, se ubica entre aquellas que poseen una cobertura de servicios relativamente alta (que pasó del 66% al 80% entre 2000 y 2019) y un bajo gasto catastrófico en salud, medido con un umbral del 10% (en promedio un 7,7% en ese mismo período), en comparación con otras regiones<sup>9</sup>. Sin embargo, se advierten en la región algunas señales preocupantes, como el estancamiento más reciente en materia de cobertura de servicios (en torno al 80%) y el retroceso observado en la última medición disponible en materia de gasto catastrófico (medido con un umbral del 10%), que tuvo una mejora, al pasar del 7,8% al 7,4% de la población y que en 2019 retornó al nivel del 7,8%, lo que significa que aproximadamente 79 millones de personas incurrían en gastos catastróficos (OMS/BIRF-Banco Mundial, 2023) (véase el gráfico 3). Datos preliminares muestran que, como consecuencia de la pandemia, hacia 2021 se registró un nuevo estancamiento de la cobertura de servicios.

**Gráfico 3** Las Américas: progreso en la cobertura de servicios (indicador 3.8.1 de los ODS) y el gasto catastrófico en salud (indicador 3.8.2 de los ODS, umbral del 10%), 2000-2019

(Índice y porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS)/Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento (BIRF)-Banco Mundial, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, Ginebra, 2023.

Nota: Los datos relativos al indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) provienen de la base de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la cobertura de los servicios a escala mundial, mayo de 2023 [en línea] <https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>, y los relativos al indicador 3.8.2 de los ODS provienen de la base de datos mundial sobre protección financiera, elaborada por la OMS y el Banco Mundial [en línea] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection>.

<sup>8</sup> La OMS (2010b) define el gasto directo o de bolsillo como aquel que se realiza en el momento en que se utiliza un servicio de salud, normalmente referente a honorarios médicos o medicamentos. Por su parte, el gasto catastrófico se define como aquel gasto de bolsillo que supera el umbral del 10% o del 25% de los ingresos del hogar (OMS/Banco Mundial, 2021).

<sup>9</sup> El índice mundial de cobertura de los servicios para alcanzar la cobertura universal de salud hace referencia a la puntuación mundial, ponderada en función de la población, de un índice de servicios esenciales escogidos; cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la cobertura de los servicios. Los gastos directos catastróficos en salud hacen referencia a la tasa de incidencia mundial, ponderada en función de la población, de los gastos catastróficos en atención de salud, definida como el porcentaje de la población cuyos gastos directos familiares en salud superan el 10% del presupuesto familiar (consumo o ingresos); cuanto menor sea la incidencia, mejor será la situación en este aspecto. Los dos se calculan para todos los países de todas las regiones usando la metodología descrita en los anexos 1 y 9 del informe mundial sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal del 2023 (OMS/BIRF, 2023).



Por otra parte, como consecuencia de la pandemia, la región ha experimentado más fuertemente que otras un retroceso en lo referente a la desigualdad de la cobertura de servicios entre países, medida a través del coeficiente de Gini del coeficiente de cobertura de servicios. La mejora sostenida que se observó hasta 2015 se estancó y posteriormente se revirtió, dando lugar a un retroceso de prácticamente una década (OMS/BIRF-Banco Mundial, 2023).

Una de las principales lecciones del período de la pandemia es que los avances en materia de cobertura universal están asociados a la proporción del presupuesto de salud que se canaliza a través de modalidades de financiamiento de gobierno (fiscal) y del seguro social (contributivo), en contraposición a las modalidades de prepago voluntario y especialmente de gasto de bolsillo de los hogares. Asimismo, es fundamental que los recursos destinados a la salud pública sean gestionados y ejecutados de manera eficiente para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Esta conclusión pone de relieve una vez más la vigencia de la resolución WHA58.33 “Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad”, de la Asamblea Mundial de la Salud, de 2005, que aboga en esa dirección, así como de la resolución CD53.R14, del Consejo Directivo de la OPS, de 2014, en la que se aprueba la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” y se insta a los Estados Miembros a que “aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud, según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas”.

Un estudio más reciente, en que se proyectan los resultados en materia de protección financiera para la cobertura universal a 2030, sintetiza las recomendaciones de política en estos términos: aumentar el gasto gubernamental en salud, invertir en programas de seguro social de salud obligatorio y subsidiar las primas para la población desfavorecida, incluida la población pobre, no asegurada y desempleada (Rahman y otros, 2022).

Lo anterior refuerza la necesidad de mantener políticas de reducción significativa del gasto de bolsillo en salud, no solo del gasto catastrófico y empobrecedor, que aborden de manera integral la problemática de la protección financiera como uno de los objetivos finales de los sistemas de salud.

## **B. Los desafíos sanitarios heredados de la pandemia y la urgencia de consolidar sistemas de salud resilientes**

La resiliencia de los sistemas de salud ha probado ser un elemento fundamental para enfrentar momentos de crisis en que se requieren adaptación a los cambios y respuestas rápidas y eficientes que no impliquen interrupciones en el acceso a la atención oportuna y el cuidado de la salud.

América Latina y el Caribe se encuentra en una situación crítica debido a los impactos sociales y económicos derivados de la pandemia de COVID-19, descritos anteriormente, que ponen en peligro los avances en materia de salud pública y el logro de los ODS y la Agenda 2030. Las crisis de salud pública experimentadas en la última década revelan la vulnerabilidad de la región frente a los riesgos que afectan la capacidad de los sistemas de salud de responder eficazmente a las necesidades de la población (OPS/OMS, 2016). En respuesta a esta situación, se ha destacado la importancia de la resiliencia en las políticas públicas de salud, reconociendo la necesidad de fortalecer los sistemas de salud de modo que puedan enfrentar crisis como la pandemia y recuperarse de ellas (OPS/OMS, 2016). Las lecciones aprendidas de brotes anteriores, como los del ébola, el chikunguña y el zika, han impulsado el desarrollo de políticas multisectoriales dirigidas a fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud, haciéndolos más resilientes e inclusivos (OPS/OMS, 2016). Es fundamental intensificar los esfuerzos para preparar mejor estos sistemas tanto a nivel internacional como nacional, garantizando el derecho a la salud para todas las personas en la región, sin dejar a nadie atrás.

Las deficiencias históricas de los sistemas de salud, especialmente en términos de prevención y preparación, han limitado su capacidad de respuesta ante una pandemia como la reciente (OMS, 2021b). La fragmentación y la falta de capacidad entre las autoridades sanitarias han obstaculizado aún más las respuestas efectivas y equitativas (Báscolo y otros, 2022). Las desigualdades resultantes se deben, entre otros factores, a debilidades en el liderazgo y la coordinación y a la politización de las actividades de respuesta, así como a deficiencias estructurales preexistentes y una atención

inadecuada a la dirección y la gobernanza en algunos países. Ante este panorama, es necesario implementar una agenda regional para desarrollar sistemas de salud realmente resilientes (CEPAL/OPS, 2021).

En 2021, se aprobó la Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública (OPS/OMS, 2021). Esta estrategia incluye líneas de acción referentes a transformar los sistemas de salud con base en la atención primaria de salud, fortalecer el liderazgo, la rectoría y la gobernanza, mejorar la capacidad de las redes de servicios de salud, y aumentar y sostener el financiamiento público para la salud y la protección social, que se describen a continuación:

- a) **Transformación de los sistemas de salud:** se propone acelerar la implementación de un enfoque de atención primaria de salud que aborde las necesidades integrales de las personas, familias y comunidades, garantizando la continuidad del acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Además, se busca impulsar intervenciones intersectoriales para abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, fomentando la participación social inclusiva y renovando los compromisos del Pacto APS 30-30-30 para la Salud Universal.
- b) **Fortalecimiento del liderazgo, la rectoría y la gobernanza:** se propone adoptar un enfoque integral que involucre a todo el gobierno y la sociedad a fin de mejorar las capacidades para el desarrollo de las funciones esenciales de salud pública, fortalecer las estructuras y capacidades institucionales que coordinan intervenciones de salud pública en todos los sectores y asegurar que los organismos estatales responsables cuenten con capacidades y recursos humanos, tecnológicos y financieros adecuados. También se plantea mejorar la gestión y la coordinación, revisar marcos regulatorios y legislativos, e institucionalizar mecanismos de seguimiento, evaluación y rendición de cuentas.
- c) **Fortalecimiento de la capacidad de las redes de servicios de salud:** se propone desarrollar capacidades para la adaptabilidad, respuesta y reorganización de la red de servicios de salud, mejorar la gestión y establecer mecanismos para coordinar la atención a lo largo del proceso continuo de los servicios. Además, se busca fortalecer la capacidad de respuesta del primer nivel de atención, mejorar la planificación y la gestión de los recursos humanos, y adoptar soluciones digitales para mejorar el acceso a los servicios de salud.
- d) **Aumento y sostenibilidad financiera del gasto público para la salud y la protección social:** se propone impulsar la inversión pública para superar las vulnerabilidades estructurales en el financiamiento, avanzando en la sostenibilidad financiera y priorizando inversiones en el primer nivel de atención, asignándole al menos el 30% del gasto público total en salud, fortalecer capacidades en materia de planificación y gestión financiera, y mejorar la determinación de costos y la asignación de recursos.

La experiencia de la pandemia ha evidenciado de manera inequívoca la imperiosa necesidad de canalizar recursos hacia la consolidación de la resiliencia de los sistemas de salud. Este enfoque no solo resguarda y fomenta la salud pública, sino que también incide positivamente en el progreso socioeconómico. En este sentido, es esencial que los gobiernos implementen medidas estratégicas y focalizadas para subsanar las deficiencias sistémicas y las debilidades estructurales históricas de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Las acciones deberían dirigirse a establecer sistemas de salud resilientes para el futuro, mediante la rápida expansión del acceso y la cobertura de salud, la atención prioritaria de las desigualdades en salud y los riesgos ambientales, así como la adopción y consolidación de las innovaciones introducidas en los sistemas de salud durante la respuesta pública a la pandemia.

Es responsabilidad no solo de los encargados de la toma de decisiones, sino también de la comunidad de salud pública, promover la implementación de estas líneas de acción. Para ello se debe abogar por el desarrollo de sistemas de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes, que contribuyan a superar la pobreza y reducir el desigual impacto del conjunto de los determinantes sociales de la salud, así como acelerar y ampliar las acciones coordinadas entre todos los sectores y el de la salud para promover transformaciones sistémicas. Ante la persistencia de múltiples barreras se requiere de un abordaje integral y comprehensivo de los factores de oferta y demanda que limitan el acceso a los servicios de salud.

Se requieren acciones integrales de salud pública que prioricen los enfoques de promoción de la salud y prevención de enfermedades en armonía con los principios de la atención primaria de salud integral. Asimismo, es necesario contar con una autoridad de salud fortalecida, que disponga de capacidad para el desarrollo de políticas integrales sustentadas por marcos legales y de regulación reforzados y de las competencias y recursos necesarios para ejecutar sus acciones de salud, es decir, con una institucionalidad de los sistemas de salud robusta en todas sus dimensiones.

Asimismo, se requiere, una acción colectiva de todos los actores de la trama institucional de los sistemas de salud y otros sectores sociales a fin de abordar los problemas de segmentación y fragmentación, así como los determinantes sociales de la salud, incluidas las autoridades del sector de la salud. Estos procesos deben llevarse adelante con una visión de largo plazo y sustentarse en los principios del derecho a la salud como objetivo central de los procesos de transformación y fortalecimiento de los sistemas de salud. Asimismo, se debe adaptar la ejecución de estas acciones a cada situación nacional y contexto local sobre la base de un mayor conocimiento y un diagnóstico de la situación.

Para avanzar en el sentido de dotar de resiliencia a los sistemas de salud, es fundamental adoptar enfoques integrados y multisectoriales que aborden las vulnerabilidades estructurales y promuevan el desarrollo social inclusivo y sostenible. Esto incluye la articulación con los sistemas de protección social, la coordinación entre salud, ciencia, tecnología e industria, la integración digital, el fortalecimiento de la cooperación internacional y, sobre todo, el enfoque en la atención primaria de salud y la articulación intersectorial. Algunos países de la región, como la Argentina, Chile y Colombia, están implementando propuestas para transformar sus sistemas de salud con un enfoque integral en la atención primaria de salud, abordando deficiencias estructurales como la fragmentación de la prestación de servicios y la falta de financiamiento. Estas iniciativas se basan en lecciones aprendidas de países con experiencia en el enfoque de atención primaria de salud, como el Brasil y Cuba (Etienne, 2018a; Barreto y otros, 2014).

### **C. Superar las barreras de acceso a la salud: el papel clave de la atención primaria de salud**

La eliminación de las barreras de acceso a la salud se destaca como uno de los compromisos primordiales de los Estados miembros de la OPS para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (Etienne, 2018b). Es fundamental comprender a fondo estas barreras para abordarlas de manera efectiva (Barreto y otros, 2014).

Incluso antes de la pandemia, la desigualdad en cuanto a las barreras de acceso que enfrentan las personas planteaba desafíos a la equidad de los sistemas y servicios de salud (Barreto y otros, 2014). Un análisis de 2022 basado en datos de 15 países de la región reveló que aproximadamente el 29,3% de la población, equivalente a alrededor de 295 millones de personas, tenía necesidades de atención médica no satisfechas (OPS/OMS, 2023). Además, estas necesidades insatisfechas eran más comunes en países con índice de desarrollo humano más bajo, lo que resalta la persistente desigualdad entre naciones y la necesidad de comprender los factores subyacentes que contribuyen a los problemas de acceso y las desigualdades en salud.

Las barreras de acceso a la salud observadas en dicho análisis se atribuyeron a factores económicos, socioculturales y organizativos de los sistemas de salud, que afectan la oferta y la demanda de servicios de salud (OPS/OMS, 2023). Entre las personas encuestadas, el 13,1% mencionó la falta de recursos, medicamentos e infraestructura como motivo para no buscar atención, el 10,8% mencionó la imposibilidad de pagar los servicios, el 8,3% se refirió a problemas organizativos como largos tiempos de espera y exceso de trámites, el 6,3% mencionó barreras relacionadas con la aceptabilidad, como falta de confianza en el personal de salud y pertinencia cultural de los servicios, y el 3,7% mencionó barreras geográficas (OPS/OMS, 2023).

A la vez, la pandemia de COVID-19 reafirmó la importancia de las barreras asociadas a la demanda, que dicen relación con los determinantes sociales de la salud. La pandemia puso de relieve estas barreras, que afectan especialmente a los grupos en situación de vulnerabilidad social como, por ejemplo, los trabajadores informales, que corresponden al menos a la mitad de los trabajadores de la región y que enfrentan inestabilidad laboral y falta de seguridad social. Para este grupo de la población, dejar de trabajar o trabajar de forma remota en su hogar no era una opción, toda vez que quedarse en casa significaba perder el empleo y, en muchos casos, perder también el

medio de vida. Morir de hambre o por el virus: ese fue el dilema que enfrentaron muchas de las personas que se desempeñan en la economía informal (Coetzee y Kagee, 2020; Zaildo y otros, 2023; OPS/OMS, 2020b).

La desigualdad respecto de estas barreras y su interseccionalidad representaban ya antes de la pandemia un desafío en relación con la equidad de los sistemas y la atención de salud. Estos factores se relacionan con los ejes estructurantes de la matriz de la desigualdad social, como el nivel socioeconómico, la condición étnico-racial, el género y el territorio, entre otros, que condicionan el acceso a la salud y que, al combinarse, magnifican las barreras de acceso y afectan de manera desproporcionada a las poblaciones en mayor situación de vulnerabilidad. De acuerdo con un análisis de las Encuestas de Demografía y Salud de ocho países de América Latina, las barreras que enfrentan las mujeres para acceder a atención médica son principalmente las dificultades económicas (56,7%), seguidas por la distancia a los establecimientos de salud (36,6%), la reticencia a ir solas (29,7%) y la necesidad de obtener permiso del jefe de hogar para acudir al servicio (13,5%) (Houghton y otros, 2022) (véase el cuadro 1).

**Cuadro 1** América Latina (8 países)<sup>a</sup>: barreras que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud, por quintil de ingresos, ámbito geográfico y estado civil, 2001-2019  
(En porcentajes)

	Total	Quintil de ingresos		Ámbito geográfico		Estado civil	
		Quintil I (más pobre)	Quintil V (más rico)	Urbano	Rural	Unida, sin participación en las decisiones del hogar	Unida, con participación en las decisiones del hogar
Distancia	36,6	59,3	20,6	25,9	51,8	45,0	35,5
No querer ir sola	29,7	40,5	23,8	25,9	35,0	33,9	24,6
No obtener dinero	56,7	74,2	37,2	50,0	66,3	63,7	54,4
No obtener permiso	13,5	18,4	10,7	12,3	15,2	15,5	11,4

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de N. Houghton y otros, "Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 46, 2022.

Nota: Ponderación posterior a la estratificación a partir de las Encuestas de Demografía y Salud realizadas entre 2001 y 2019.

<sup>a</sup> Bolivia (Estado Plurinacional de), Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Perú y República Dominicana.

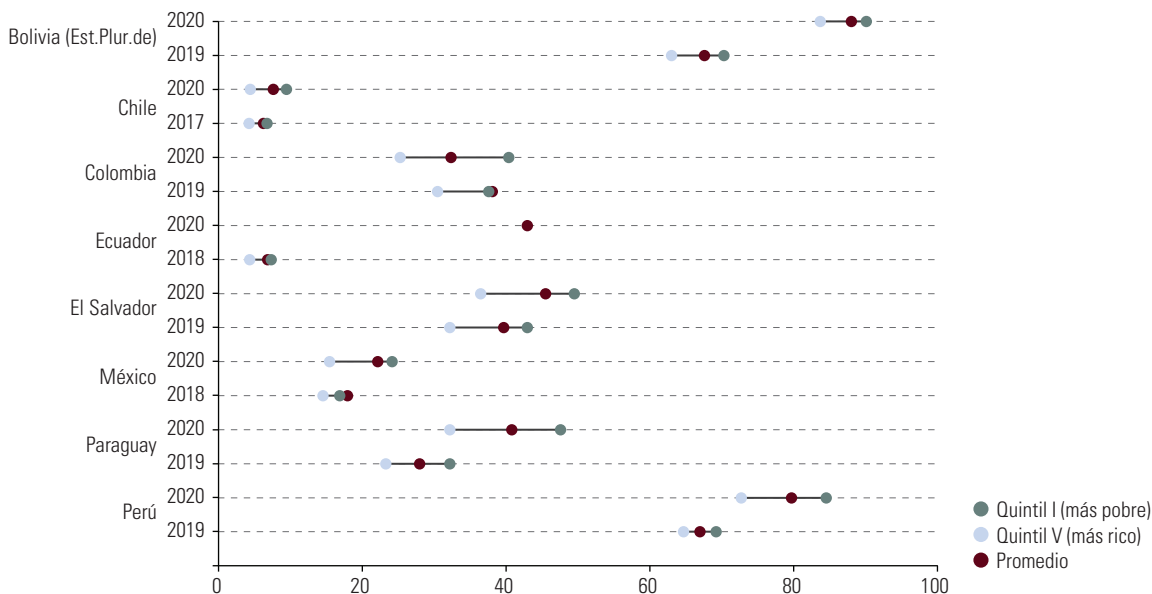
En la región, la pandemia de COVID-19 acrecentó las barreras de acceso, tanto en la oferta como en la demanda de servicios de salud, afectando la disponibilidad de servicios y de personal médico y agravando los problemas relacionados con la aceptabilidad y la demanda de atención médica. A pesar de las señales positivas de recuperación económica y continuidad de los servicios, hasta diciembre de 2022 el 88% de 25 países de la región informaban algún nivel de interrupción en la prestación de servicios de salud esenciales. Los principales problemas declarados eran la falta de recursos humanos y la baja demanda por atención (OMS, 2023c).

Además, según las últimas encuestas de hogares (OMS/BIRF-Banco Mundial, 2023), el porcentaje de la población que tenía necesidades de atención de salud insatisfechas era mayor que antes de la pandemia en ocho países de la región. En promedio, el porcentaje de la población que informó este problema aumentó del 34,1% en el período anterior a la pandemia al 41,5% en 2020 (véase el gráfico 4). Además, los grupos de población de menores ingresos presentaban con mayor frecuencia necesidades de salud insatisfechas. Este patrón se observó también en la población rural y en aquella con niveles educativos más bajos, en la que se evidenciaron desigualdades dentro de los países. Asimismo, las barreras de acceso no se distribuían de manera uniforme entre los países.

Las barreras de acceso no están presentes de manera uniforme en los distintos países ni tampoco dentro de ellos. Los datos de encuestas, aunque no proporcionan una visión integral de todas las barreras, ayudan a ilustrar este problema. Por ejemplo, en Colombia y el Perú, el peso relativo de las barreras de acceso revela que las barreras relacionadas con la aceptabilidad (como la falta de confianza en el personal de salud, el idioma y las preferencias culturales) se informan con más frecuencia que otros tipos de dificultades. Sin embargo, en países como Honduras y el Paraguay, la accesibilidad financiera sigue siendo uno de los principales desafíos para el acceso (véase el gráfico 5). Las barreras relacionadas con aspectos de organización, como los largos tiempos de espera y el exceso de trámites burocráticos, están presentes en todos los países y tienen mayor prevalencia en países como Chile y el Uruguay.

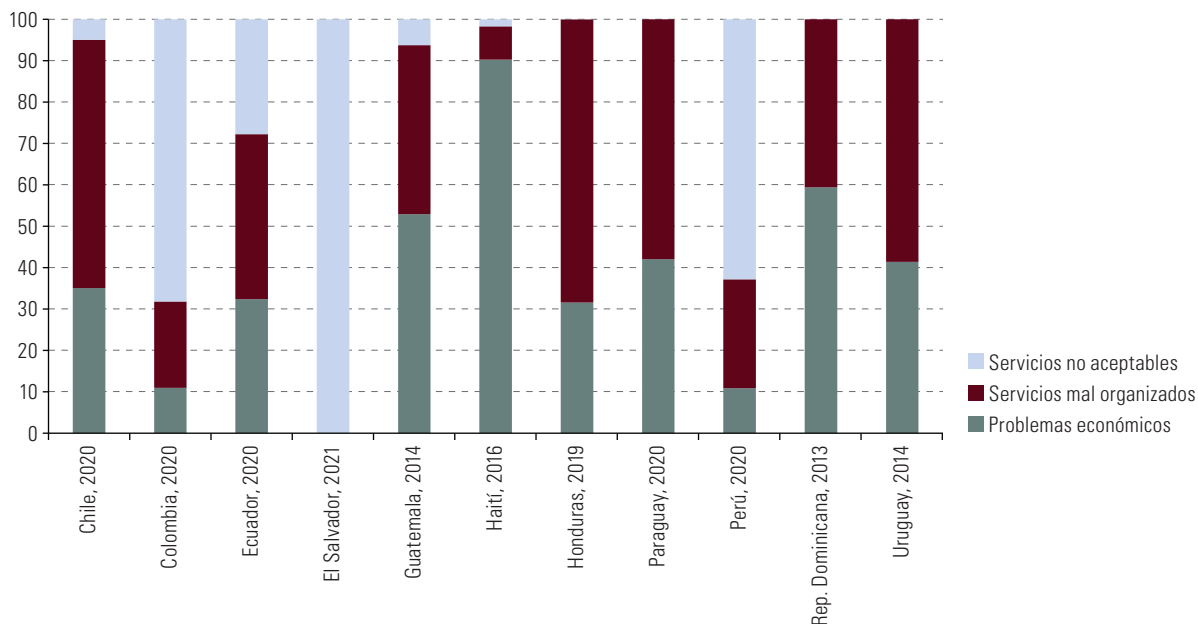


**Gráfico 4** América Latina (8 países): necesidades de atención médica insatisfechas, por país y quintil de ingresos, alrededor de 2018 y 2020  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS)/Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)-Banco Mundial, *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, Ginebra, 2023.

**Gráfico 5** América Latina y el Caribe (11 países): distribución de las de necesidades de atención médica insatisfechas, por tipo de barreras de acceso informadas, último año con información disponible  
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud*, Washington, D.C., 2023 [en línea] <https://doi.org/10.37774/9789275327562>.

La interacción de las barreras de acceso puede ser más importante que el impacto individual de cada factor, lo que enfatiza la naturaleza compleja y multidimensional del acceso a los servicios. Los datos presentados permiten identificar áreas de intervención comunes para abordar los desafíos de acceso. Estas incluyen la adopción de un enfoque integral de atención primaria de salud, el fortalecimiento de marcos normativos y estructuras de gobernanza, la promoción de la interculturalidad

y la mejora de la calidad de la atención. Además, la información disponible y el análisis de las barreras pueden contribuir al diseño de políticas intersectoriales, como el desarrollo de infraestructura de telecomunicaciones y vial para mejorar la accesibilidad de los servicios de salud.

Un renovado impulso para fortalecer la atención primaria de salud genera una oportunidad para priorizar iniciativas políticas que aborden directamente los desafíos relativos al acceso a los servicios de salud. Reducir y eliminar las barreras de acceso es un paso esencial hacia la consecución de la cobertura universal de salud y la construcción de sistemas de salud resilientes. Comprender y abordar la gama completa de factores que actúan como barreras de acceso es un primer paso necesario y fundamental para avanzar hacia una atención primaria de salud integral.

## **IV. Es fundamental asegurar la sostenibilidad de los sistemas de salud para reducir la desigualdad y avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible**

### **A. Dimensiones de la sostenibilidad de los sistemas de salud**

Invertir en salud es una acción concreta para avanzar hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible, toda vez que la salud de la población es una condición necesaria para alcanzar el desarrollo sostenible en todas sus dimensiones. Por ello, es primordial consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que garanticen el acceso y la cobertura universales, brinden atención oportuna y de calidad a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, y cuenten con mecanismos de financiamiento solidarios y sostenibles y capacidad de adaptación ante cambios y crisis.

Consolidar sistemas de salud con estas características implica invertir recursos públicos de manera sostenida en el tiempo que garanticen el acceso y la cobertura universal de salud, asegurando la suficiencia de las prestaciones, junto con la sostenibilidad financiera (Arenas de Mesa, 2019). La sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es fundamental para que tanto las generaciones actuales como las futuras puedan ejercer su derecho a la salud y contribuye de esta manera al desarrollo social inclusivo y sostenible. Por ello, es fundamental que los países tengan en consideración los ingresos y los gastos fiscales presentes y futuros necesarios para las transformaciones que requieren los sistemas de salud (Arenas de Mesa, 2016).

Para avanzar en esta dirección y acercarse a las metas acordadas en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, deben considerarse tres dimensiones clave: la cobertura, la suficiencia de las prestaciones y la sostenibilidad financiera (CEPAL, 2018a). De este modo, para garantizar la sostenibilidad de los sistemas de salud se requiere alcanzar un equilibrio entre la cobertura universal de la población, la suficiencia y calidad de las prestaciones, y los costos y la sostenibilidad financiera que requiere dicho sistema. Si alguna de las tres dimensiones mencionadas presenta niveles insuficientes o inadecuados a las necesidades de la población, ello significa que la sostenibilidad del sistema está en riesgo. Esto está estrechamente relacionado con las cuatro líneas estratégicas interdependientes y simultáneas para avanzar en el acceso y cobertura universal de la salud de la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud desarrollada por la OPS: i) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud de calidad con enfoque en las personas y las comunidades; ii) fortalecer la rectoría y la gobernanza; iii) aumentar el financiamiento y reducir las barreras en su acceso, y iv) fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud (OPS/OMS, 2014). De este modo, la sostenibilidad del sistema de salud es fundamental para alcanzar la cobertura universal de salud a la que hace referencia la meta 3.8 de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Sin embargo, es crucial comprender que la cobertura universal de salud, entendida como la capacidad del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas en términos de financiamiento, infraestructura, recursos humanos y tecnologías, está intrínsecamente ligada al acceso a la salud, definido como la posibilidad de utilizar servicios integrales, de calidad y oportunos en ausencia de barreras. Los recursos humanos para la salud son una dimensión central del fortalecimiento de los sistemas de salud para avanzar en esta dirección (véase el recuadro 2). Por tanto, sin un acceso efectivo a la salud, la meta de cobertura universal será inalcanzable, lo que a su vez dificultará el progreso hacia el desarrollo social inclusivo y sostenible.

**Recuadro 2** Recursos humanos para la salud: temas críticos para enfrentar futuras amenazas a la salud pública y construir sistemas de salud resilientes

La pandemia de COVID-19 exacerbó desigualdades ya existentes en lo referente a la disponibilidad, distribución y calidad del personal de salud, con baja retención en áreas rurales y desatendidas, y altas tasas de movilidad y migración. El personal de salud sufrió estigma social y violencia, fue afectado por altos niveles de incertidumbre y estrés, debió enfrentar largos turnos, cargas de trabajo excesivas y miedo al contagio. Alrededor de 60.000 trabajadores de la salud murieron por COVID-19 en las Américas (OMS, 2022).

En la región, más del 80% de los trabajadores de la salud son mujeres y el 56% de esa cifra son enfermeras. Sin embargo, las mujeres ganan un 20% menos que los hombres, tienen un acceso limitado a puestos de liderazgo y están subrepresentadas en puestos de alto nivel, tanto en los sistemas de salud como en la política.

Hacia 2030 la brecha de profesionales de la salud para cubrir las necesidades previstas será de entre 600.000 y 2 millones de personas en América Latina y el Caribe (GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators, 2022). Un factor clave es la migración, impulsada por las bajas remuneraciones, las limitadas oportunidades de desarrollo profesional y condiciones laborales estresantes. Para construir sistemas de salud resilientes se requiere mitigar este éxodo mediante estrategias de reclutamiento y retención de profesionales.

Es urgente incrementar las inversiones en el desarrollo y el bienestar del personal de salud, otorgando mejores condiciones de empleo, paquetes de beneficios y apoyo a la salud mental, llevando adelante políticas de bienestar social y cierre de la brecha salarial de género y garantizando protección y trabajo decente con un enfoque multisectorial.

La *Política sobre el personal de salud 2030: fortalecimiento de los recursos humanos para la salud a fin de lograr sistemas de salud resilientes*, aprobada por los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2023, brinda a los países orientación estratégica y técnica sobre estos temas cruciales.

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de Organización Mundial de la Salud (OMS), "Global excess deaths associated with COVID-19 (modelled estimates)", Ginebra, 2022 [en línea] <https://www.who.int/data/sets/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-modelled-estimates>; GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators, "Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019", *The Lancet*, vol. 399, N° 10341, 2022.

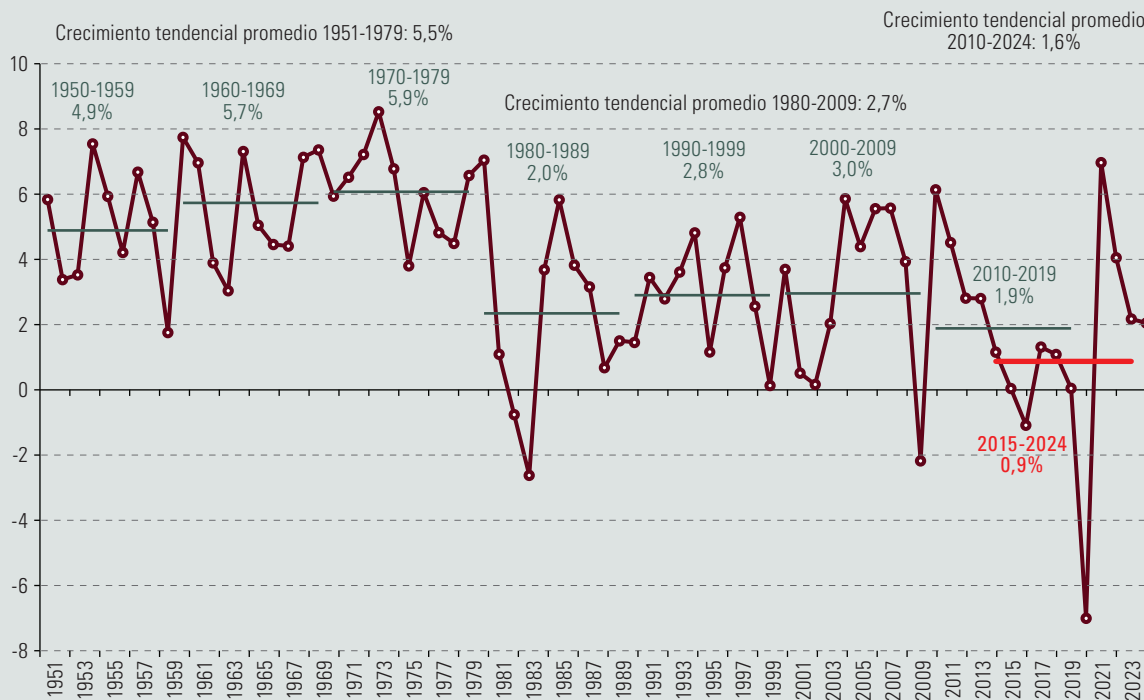
## B. Nuevos desafíos para el financiamiento de los sistemas de salud en un contexto de incertidumbre

La situación macroeconómica de América Latina y el Caribe es fundamental para comprender el espacio fiscal que tienen los países al momento de considerar la necesidad de incrementar la inversión en salud. El escenario actual se caracteriza por altos niveles de incertidumbre vinculados a los acelerados cambios tecnológicos, ambientales, geopolíticos y demográficos, que han sido acompañados por una elevada inflación mundial y altos niveles de endeudamiento público (CEPAL, 2022b). Si bien se observa una tendencia decreciente en el endeudamiento público, persisten niveles considerablemente altos. En septiembre de 2023, este indicador alcanzó el 49,8% del PIB en América Latina, mostrando una notable mejora respecto al período más crítico de la pandemia, cuando fue de un 56,0%. No obstante, este valor continúa siendo notablemente elevado y es similar a los niveles registrados en la década de 2000, que estuvo marcada por crisis económicas y financieras (CEPAL, 2023b). A ello deben sumarse la deuda externa, la baja carga tributaria característica de la región y los elevados niveles de evasión y elusión fiscal (CEPAL, 2022b y 2023b).

Además de lo anterior, las proyecciones económicas para América Latina y el Caribe continúan confirmando un período de bajo crecimiento. De acuerdo con los últimos cálculos realizados por la CEPAL, la región tuvo una tasa de crecimiento económico promedio del 2,2% en 2023, estimándose un crecimiento del 1,8% en 2024 y del 2,3% en 2025 (CEPAL, 2024b). Ello no solo refleja una desaceleración del crecimiento regional respecto del registrado en 2022, sino que también confirma la tendencia a la caída tanto de la tasa de crecimiento económico como del PIB tendencial de la región en las últimas siete décadas (véase el gráfico 6).

**Gráfico 6** América Latina y el Caribe: tasa de crecimiento del PIB y del PIB tendencial, 1951-2024

(En porcentajes, sobre la base de dólares constantes de 2018)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2024* (LC/PUB.2024/10-P), Santiago, 2024, y cifras oficiales.

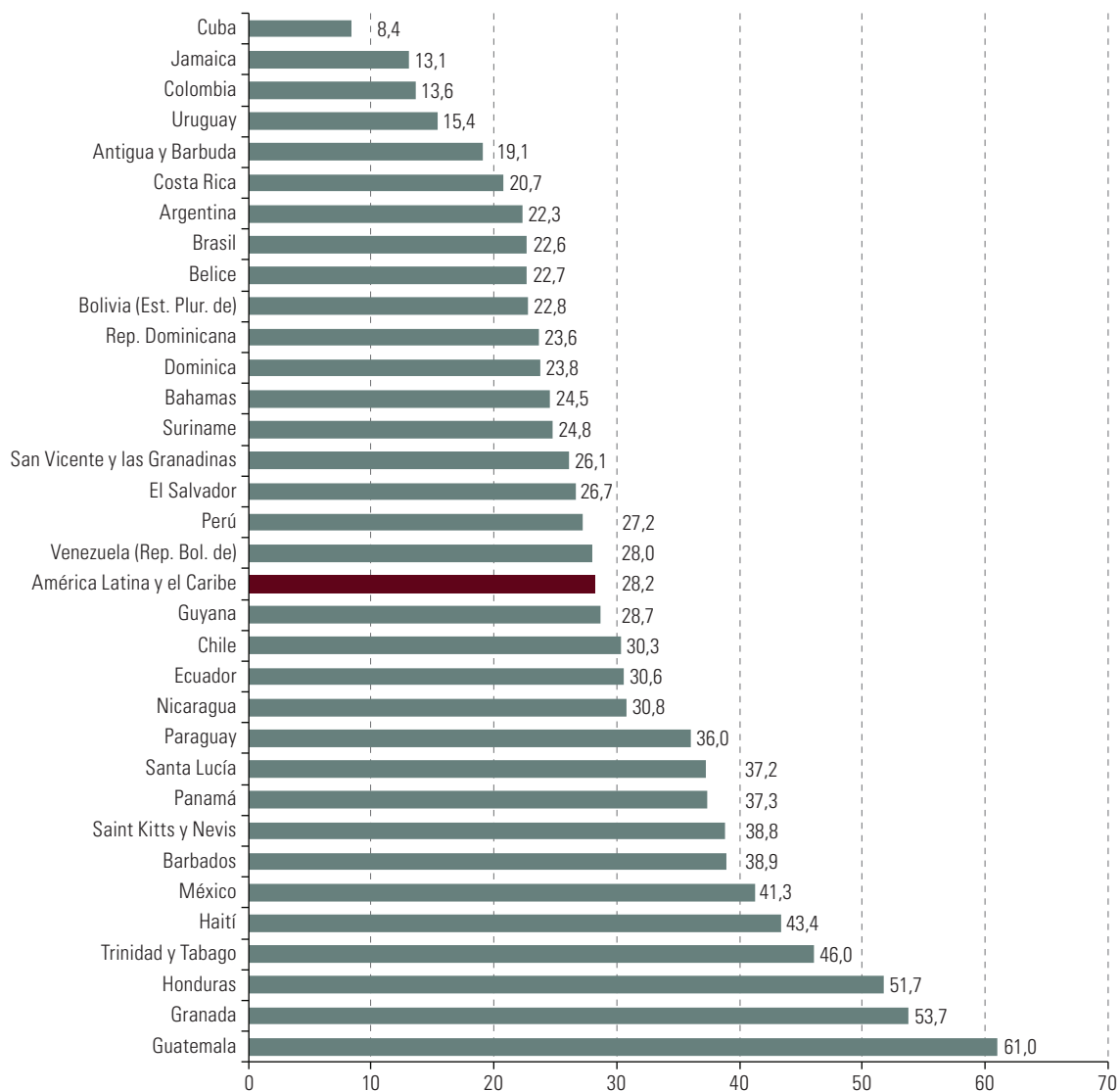
Ello tiene lugar en un contexto en que en América Latina y el Caribe se observa una crisis del desarrollo, que se manifiesta a través de tres trampas (Salazar-Xirinachs, 2023). La primera es una trampa de bajo crecimiento, reflejada en el gráfico 6, frente a la cual es necesario incrementar los esfuerzos en materia de crecimiento y políticas de desarrollo productivo. La segunda es una trampa de elevada desigualdad, que se ve agudizada por las debilidades y la insuficiencia en materia de crecimiento económico y heterogeneidad estructural, educación y formación profesional, igualdad de género, dinamismo en la creación de empleo, sistemas tributarios y políticas sociales. Finalmente, la tercera es una trampa de baja capacidad institucional y gobernanza poco efectiva para abordar los desafíos del desarrollo que enfrentan los países.

Este escenario económico fiscal impone altas restricciones a los gastos y las inversiones necesarias para consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes. Si bien entre 2000 y 2014 el gasto público en salud de América Latina y el Caribe aumentó un 25%, el promedio de dicho gasto fue de un 4,5% del PIB en 2021 (OMS, 2023a), aún inferior a la meta del 6,0% del PIB propuesta por la OPS/OMS.

En 2021, el promedio del gasto público en salud de la región correspondió al 61% del gasto total en salud, lo que permite advertir la importancia que aún tiene en los países de la región el gasto privado, del cual el gasto de bolsillo es el principal componente (OMS, 2023a). En promedio, los hogares de la región debieron cubrir en 2021 más del 28% del gasto total en salud con pagos directos de bolsillo, y 14 países exhibían un gasto de bolsillo incluso superior al promedio regional (véase el gráfico 7). Esta cifra resulta preocupante, toda vez que los gastos de bolsillo reproducen las desigualdades de acceso a una atención de calidad en salud y pueden traducirse en gastos catastróficos o empobrecedores. Cabe mencionar que en países como Colombia, Cuba, Jamaica y el Uruguay, donde predomina el financiamiento público de la salud, el gasto del bolsillo es inferior al 20% del gasto total en salud, cifra que se menciona como referencia de un umbral bajo el cual deben situarse los países para que los hogares no incurran en gastos catastróficos (Xu y otros, 2010).



**Gráfico 7** América Latina y el Caribe (33 países): gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 2021  
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos de Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Health Expenditure Database.

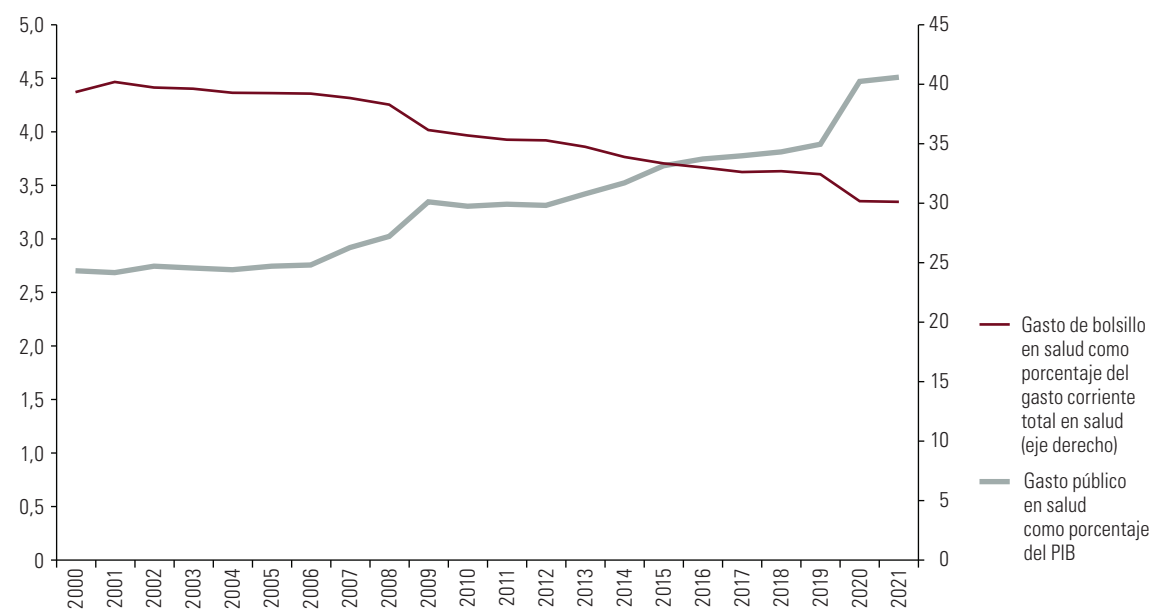
La evolución del gasto en salud en América Latina y el Caribe pone de manifiesto la relación sustitutiva entre el gasto público y el gasto de bolsillo como fuentes de financiamiento de la salud, la que se profundizó con la llegada de la pandemia. En 2021, el gasto público en salud se incrementó a un valor récord del 4,5% del PIB, al mismo tiempo que disminuyó el gasto de bolsillo en salud, que llegó al 30,1% del gasto corriente en salud (véase el gráfico 8). Si bien esta tendencia ya se observaba antes de la pandemia de COVID-19, el nivel de aumento del gasto público en salud entre 2020 y 2021 obedece principalmente a los gastos extraordinarios que se hicieron para enfrentar la pandemia<sup>10</sup>, de modo que se esperaría una desaceleración a partir de 2022<sup>11</sup>. Existe consenso en el sentido de que la región enfrentará un gran desafío en esta materia en los próximos años ante las perspectivas de bajo crecimiento económico y repriorización del gasto público.

<sup>10</sup> Financiados a través de la reasignación intersectorial de recursos, la creación de fondos de contingencia y el endeudamiento, entre otras fuentes.

<sup>11</sup> Las cifras a este respecto aún no estaban disponibles para la mayoría de los países de la región al momento de elaborarse este documento.

**Gráfico 8** América Latina y el Caribe (32 países)<sup>a</sup>: proporción promedio del gasto público en salud respecto del PIB y del gasto de bolsillo en salud respecto del gasto corriente total en salud, 2000-2021

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de datos de Organización Mundial de la Salud (OMS), Global Health Expenditure Database.

<sup>a</sup> Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago y Uruguay.

Otro aspecto relevante del financiamiento de la salud se vincula con el fortalecimiento de los servicios que se ofrecen en el primer nivel de atención como un pilar fundamental de un enfoque de atención primaria de salud en la organización del sistema. Un estudio de OPS/OMS (2024) indica que el aumento del gasto público en salud entre 2020 y 2021 en un grupo de países seleccionados de América Latina y el Caribe se produjo simultáneamente con un incremento de la participación del gasto en el primer nivel de atención en el gasto total, que obedece parcialmente a los gastos extraordinarios en que se incurrió para dar respuesta a la pandemia de COVID-19. Sin embargo, cuando se eliminan los gastos extraordinarios, los resultados muestran un estancamiento o una disminución de la priorización del gasto en el primer nivel de atención en la mayoría de los países incluidos en el estudio.

El seguimiento de los indicadores de priorización del gasto resulta imprescindible para verificar si el gasto en salud se realiza en aquellas intervenciones que generan mayor valor en relación con los recursos invertidos y mejores resultados en términos de acceso con equidad y eficiencia. Para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud de la región se requiere acelerar la implementación de una estrategia de atención primaria de salud que, si bien tiene implicaciones en todos los niveles de atención, conlleva una priorización de la inversión en los servicios del primer nivel de atención, con énfasis en la atención preventiva y de promoción de la salud, que considere las necesidades de las poblaciones en sus territorios y contextos epidemiológicos.

Las desigualdades en el acceso a la salud, las brechas en la calidad de la atención recibida y los elevados gastos de bolsillo en que incurre la población no solo dejan en evidencia la urgencia de incrementar el gasto público en salud, de la mano de una gestión eficiente de los recursos, sino que también revelan la necesidad de avanzar en la sostenibilidad y predictibilidad del financiamiento para fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud. Resulta fundamental que los países puedan avanzar en acuerdos sociales que estén acompañados de pactos fiscales sólidos, que permitan realizar las inversiones necesarias y otorgar sostenibilidad financiera al sistema de salud.

El incremento de la inversión en salud debe traducirse en el fortalecimiento del enfoque de atención primaria de salud y el primer nivel de atención, reconocida como la estrategia más inclusiva, equitativa, eficaz en función de los costos y efectiva para mejorar la salud y el bienestar social de la población

(OMS, 2023b). Invertir en el fortalecimiento de sistemas de salud basados en la atención primaria de salud no solo contribuye a alcanzar mejores niveles de salud en general, sino que también tiene efectos socioeconómicos positivos debido a su incidencia en los determinantes sociales de la salud al actuar en el nivel local o territorio. Este es el marco en que la OPS enfatiza la necesidad de que los países incrementen la inversión pública en salud a niveles de al menos el 6% del PIB.

## V. Hoy más que nunca se requiere priorizar la inversión para avanzar hacia sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes que contribuyan a superar la desigualdad y alcanzar el desarrollo sostenible

El mundo enfrenta el desafío de alcanzar en los próximos seis años la totalidad de los Objetivos y metas acordados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, después de considerables retrocesos como consecuencia de las diversas crisis a raíz de la pandemia de COVID-19 y en un escenario geopolítico altamente complejo. América Latina y el Caribe encara este reto en medio de una crisis del desarrollo, marcada por un conjunto de características que limitan la capacidad de los países de la región de retomar la senda del desarrollo sostenible. Frente a ello, es fundamental impulsar transformaciones estructurales de los modelos de desarrollo y aumentar los esfuerzos para garantizar el derecho a la salud de la población, toda vez que sin salud no es posible alcanzar el desarrollo sostenible.

Junto con ser un derecho humano básico y un elemento constitutivo del bienestar integral de las personas, la salud opera como un requisito para alcanzar el desarrollo social inclusivo, el desarrollo económico y la sostenibilidad ambiental, de modo que invertir en salud es también invertir en el desarrollo sostenible. Ello se refleja también en la interdependencia que existe entre los distintos Objetivos de la Agenda 2030, de tal manera que los esfuerzos que los países realizan para alcanzar las metas del ODS 3 contribuyen y posibilitan el cumplimiento de los demás ODS y de la Agenda 2030 en su totalidad.

De esta forma, es urgente que los países de la región avancen hacia sistemas de salud que garanticen una atención oportuna y de calidad a todas las personas y hacia el acceso y la cobertura universal de salud; que fortalezcan su capacidad institucional de respuesta y resiliencia ante futuras crisis, y que articulen sus sistemas de salud con los sistemas de protección social y otros sectores, bajo el principio del derecho a la salud, sin dejar a nadie atrás. Ello deberá realizarse garantizando la sostenibilidad financiera de dichos sistemas.

Abordar los determinantes sociales de la salud es imperativo para lograr un acceso equitativo a la salud y avanzar en la disminución de la desigualdad social. Para ello, es central el fortalecimiento de sistemas de salud integrales que garanticen la coordinación entre las políticas de salud y los demás componentes de los sistemas de protección social, así como también la acción intersectorial y la participación. Ello permitirá avanzar de manera simultánea y sinérgica en la garantía del derecho a la salud y la superación de la pobreza, así como en la reducción de las desigualdades características de América Latina y el Caribe.

El fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de salud como parte de las transformaciones estructurales de los sistemas de salud de la región emerge como un espacio crucial y estratégico para superar las debilidades estructurales de los sistemas de salud y avanzar hacia la igualdad en el acceso y la cobertura universal de salud. Es fundamental consolidar una atención primaria de salud integral, acompañada de un primer nivel de atención de salud resolutivo, en el marco de redes integradas en articulación con las funciones esenciales de salud pública, que incorpore la acción multisectorial y promueva la participación social vinculante, esencial para la democratización de la salud.

Frente al complejo escenario mundial y regional, incluida la amenaza de crisis y desastres cada vez más frecuentes, la resiliencia de los sistemas de salud se torna un elemento crucial para permitir una rápida adaptación a los cambios y la entrega de respuestas eficientes, sin que ello se traduzca en interrupciones de los servicios esenciales de salud. Para ello, es fundamental el compromiso de los países de la región con la *Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes*

y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública, de la OPS/OMS (2021), y la *Política para recuperar el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial*, de la OPS/OMS (2022), toda vez que en estos instrumentos se expresan acuerdos respecto de la necesidad de transformar los sistemas de salud sobre la base de la atención primaria de salud, fortalecer el liderazgo y la gobernanza, mejorar la capacidad de respuesta frente a emergencias, y aumentar y sostener el financiamiento público para la salud y la protección social. Se requieren para ello enfoques integrados y multisectoriales a fin de abordar las diversas vulnerabilidades estructurales y entregar respuestas rápidas y efectivas, reconociendo el papel crucial de las autoridades locales, las comunidades y la participación ciudadana.

Por último, a fin de lograr las transformaciones necesarias para consolidar sistemas de salud universales, integrales, sostenibles y resilientes se requiere ejecutar una cantidad importante de recursos públicos, garantizando que tanto las actuales como las futuras generaciones puedan ejercer su derecho a la salud, es decir, asegurando su sostenibilidad financiera. Es crucial que los sistemas de salud alcancen el equilibrio necesario entre la cobertura universal de la población, la suficiencia y calidad de las prestaciones, los costos y la sostenibilidad financiera para garantizar su sostenibilidad. Solo así se podrá alcanzar el desarrollo social inclusivo y sostenible, superar las desigualdades e impulsar el progreso hacia el cumplimiento de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

## Bibliografía

- Abramo, L., S. Cecchini y H. Ullmann (2020), “Enfrentar las desigualdades en salud en América Latina: el rol de la protección social”, *Ciência & Saúde Coletiva* [en línea] <https://www.scielosp.org/article/csc/2020.v25n5/1587-1598/>.
- Ahmad, K. y otros (2020), “Association of poor housing conditions with COVID-19 incidence and mortality across US counties”, *PLoS One*, vol. 15, N° 11.
- Anigstein, M. S. (2008), “Participación comunitaria en salud: reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector”, *Revista MAD. Revista del Magíster en Análisis Sistemático Aplicado a la Sociedad*, N° 19.
- Araújo de Souza, J., F. C. Silva Pinto y S. Lopes de Souza (2024), “Early-life undernutrition and depression later in life: a systematic review”, *Nutrition Reviews*, vol. 82, N° 1, enero [en línea] <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuad043>.
- Arenas de Mesa, A. (2019), *Los sistemas de pensiones en la encrucijada: desafíos para la sostenibilidad en América Latina*, Libros de la CEPAL, N° 159 (LC/PUB.2019/19-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- (2016), *Sostenibilidad fiscal y reformas tributarias en América Latina* (LC/G.2688-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Attanasio, O. y otros (2005), “How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia”, *Briefing Notes*, N° 54, Londres, Institute for Fiscal Studies.
- Bambra, C. y otros (2020), “The COVID-19 pandemic and health inequalities”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 74, N° 11.
- Barreto, M. L. y otros (2014), “Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil”, *PLoS Med.*, vol. 11, N° 9 [en línea] doi: 10.1371/journal.pmed.1001692.
- Báscolo, E. y otros (2022), “Contributions of the new framework for essential public health functions to addressing the COVID-19 pandemic”, *American Journal of Public Health*, vol. 112, S6 [en línea] doi: 10.2105/AJPH.2022.306750.
- Batthyány, K. y otros (2021), “Mapeo de iniciativas de las organizaciones de la sociedad civil ante la pandemia generada por el COVID-19”, *Colección Eurosocietal*, N° 20, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Bispo, J. y M. Brito (2020), “Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social”, *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 36, N° 8.
- Bryson, J., B. Crosby y M. Stone (2015), “Designing and implementing cross-sector collaborations: Needed and challenging”, *Public Administration Review*, vol. 75, N° 5.
- Castillo, C. y M. L. Marinho (2022), “Los impactos de la pandemia sobre la salud y el bienestar de niños y niñas en América Latina y el Caribe: la urgencia de avanzar hacia sistemas de protección social sensibles a los derechos de la niñez”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/25), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).



- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2024a), *América Latina y el Caribe ante el desafío de acelerar el paso hacia el cumplimiento de la Agenda 2030: transiciones hacia la sostenibilidad. Síntesis* (LC/FDS.7/4), Santiago.
- \_\_\_(2024b) *Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 2024* (LC/PUB.2024/10-P), Santiago.
- \_\_\_(2023a), *América Latina y el Caribe en la mitad del camino hacia 2030: avances y propuestas de aceleración* (LC/FDS.6/3/Rev. 1), Santiago.
- \_\_\_(2023b), *Balance Preliminar de las Economías de América Latina y el Caribe, 2023* (LC/PUB.2023/22-P), Santiago.
- \_\_\_(2023c), “La Agenda 2030: ¿América Latina y el Caribe está en camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030?” [en línea] <https://www.cepal.org/es/notas/la-agenda-2030-america-latina-caribe-esta-camino-alcanzar-objetivos-desarrollo-sostenible-ano>.
- \_\_\_(2023d), *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2023* (LC/PUB.2023/18-P/Rev.1), Santiago.
- \_\_\_(2022a), *Panorama Social de América Latina y el Caribe, 2022* (LC/PUB.2022/15-P), Santiago.
- \_\_\_(2022b), *Hacia la transformación del modelo de desarrollo en América Latina y el Caribe: producción, inclusión y sostenibilidad* (LC/SES.39/3-P), Santiago.
- \_\_\_(2022c), *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- \_\_\_(2021a), *Desastres y desigualdad en una crisis prolongada: hacia sistemas de protección social universales, integrales, resilientes y sostenibles en América Latina y el Caribe* (LC/CDS.4/3), Santiago.
- \_\_\_(2021b), *Instituciones resilientes para una recuperación transformadora pospandemia en América Latina y el Caribe: aportes para la discusión* (LC/CRP.18/3), Santiago.
- \_\_\_(2020), *Agenda Regional de Desarrollo Social Inclusivo* (LC/CDS.3/5), Santiago.
- \_\_\_(2018a), *Panorama Social de América Latina, 2017* (LC/PUB.2018/1-P), Santiago.
- \_\_\_(2018b), *Hacia una agenda regional de desarrollo social inclusivo: bases y propuesta inicial*, (LC/MDS.2/2), Santiago.
- \_\_\_(2016), *La matriz de la desigualdad social* (LC/G.2690(MDS.1/2)), Santiago.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (2021), “La prolongación de la crisis sanitaria y su impacto en la salud, la economía y el desarrollo social”, *Informe COVID-19*, Santiago.
- \_\_\_(2020), “Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe”, *Informe COVID-19*, Santiago.
- Chapman, R., P. Howden-Chapman y A. R. Capon (2016), “Understanding the systemic nature of cities to improve health and climate change mitigation”, *Environment International*, N° 94.
- Cid, C. y M. L. Marinho (2022), “Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles y resilientes”, *Documentos de Proyectos* (LC/TS.2022/63), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Coetzee, B. J. S. y A. Kagee (2020), “Structural barriers to adhering to health behaviours in the context of the COVID-19 crisis: Considerations for low-and middle-income countries”, *Global Public Health*, vol. 15, N° 8.
- Curie, K. y otros (2024), “The dynamic influence of nutrition on prolonged cognitive health span across the life course: a perspective review”, *Neuroscience Applied* [en línea] <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2024.104072>.
- Doyle, M. y J. Stiglitz (2014), “Eliminar la desigualdad extrema: un Objetivo de Desarrollo Sostenible”, *Ética y asuntos internacionales*, Consejo Carnegie de Ética y Asuntos Internacionales [en línea] doi: 10.1017/s089267941400002.
- ECDKN (Early Child Development Knowledge Network) (2007), *Early Child Development: A Powerful Equalizer* [en línea] <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69729/a91213.pdf?sequence=1>.
- Etienne, C. F. (2018a), “Cuba hacia la salud universal”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42 [en línea] <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>.
- \_\_\_(2018b), “Promoting universal health through primary health care”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y otros (2021), *América Latina y el Caribe - Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional 2021: estadísticas y tendencias*, Santiago, Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) [en línea] <https://doi.org/10.4060/cb7497es>.
- Farre, A. y T. Rapley (2017), “The new old (and old new) medical model: Four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness”, *Healthcare*, vol. 5, N° 88 [en línea] <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>.
- Fernald, L. C., P. J. Gertler y L. M. Neufeld (2008), “Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico’s Oportunidades”, *The Lancet*, vol. 371, N° 9615.

- Filho, W. y otros (2020), "COVID-19 and the UN Sustainable Development Goals: Threat to solidarity or an opportunity", *Sustainability*, vol. 12, N° 13.
- Frongillo, E. A., V. O. Adebisi y M. Boncyk (2024), "Meta-review of child and adolescent experiences and consequences of food insecurity", *Global Food Security*, vol. 41, junio.
- García, P. J. y otros (2020), "COVID-19 response in Latin America", *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 103, N° 5, noviembre.
- Gorostiaga, J. M. (2023), "Pandemia y gobierno de la educación en América Latina: políticas y actores en tiempos de emergencia", *Revista Brasileira de Política e Administração da Educação*.
- Gradin, A. y otros (2021), "Experiencias de inclusión financiera en los territorios durante la pandemia", *Experiencias en Acción*, N° 1.
- Hahn, R. A. (2021), "What is a social determinant of health? Back to basics", *Journal of Public Health Research*, vol. 10, N° 4.
- Hone, T., J. Macinko y C. Millett (2018), "Revisiting Alma-Ata: What is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals?", *The Lancet*, vol. 392, N° 10156.
- Houghton, N. y otros (2022), "Barreras de acceso a servicios de salud para mujeres, niños y niñas de América Latina", *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 46.
- Hughes, B. B. y otros (2021), *Pursuing the Sustainable Development Goals in a World Reshaped by COVID-19*, Denver, Colorado, Frederick S. Pardee Center for International Futures/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- ICSU (Consejo Internacional para la Ciencia) (2017), *A Guide to SDG Interactions: from Science to Implementation*, París.
- Innvaer, S. y otros (2002), "Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: A systematic review", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 7, N° 4.
- Jones, D. (2020), "History in crisis: Lessons for COVID-19", *The New England Journal of Medicine*, vol. 382, N° 18.
- Kim, C. y otros (2024), "The dynamic influence of nutrition on prolonged cognitive healthspan across the life course: a perspective review", *Neuroscience Applied*, vol. 3.
- Leisering, L. (2021), "Social protection responses by states and international organizations to the COVID-19 crisis in the global South: Stopgap or new departure?", *Global Social Policy*, vol. 21, N° 3.
- Levine, A. C. y otros (2023), "The role of civil society organizations (CSOs) in the COVID-19 response across the Global South: A multinational, qualitative study", *PLOS Global Public Health*, vol. 3, N° 9.
- Marinho, M. L., A. Dahuabe y A. Arenas de Mesa (2023), "Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible", *serie Políticas Sociales*, N° 244 (LC/TS.2023/115), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Maroscia, C. y P. C. Ruiz (2021), "Las organizaciones de la sociedad civil en época de pandemia. Reflexiones hacia una nueva normalidad: ¿nuevos desafíos o mismas realidades?", *Ciencias Administrativas*, N° 17.
- McGowan, V. J. y C. Bambra (2022), "COVID-19 mortality and deprivation: Pandemic, syndemic, and endemic health inequalities", *The Lancet Public Health*, vol. 7, N° 11 [en línea] <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468266722002237>.
- Naciones Unidas (1987), *Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo: Nuestro Futuro Común* [en línea] [https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE\\_LECTURE\\_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf](https://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMAD-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf).
- Nilsson, M. y otros (2018), "Mapping interactions between the Sustainable Development Goals: Lessons learned and ways forward", *Sustainability Science*, vol. 13, N° 6.
- Norström, T. y J. Palme (2010), "Public pension institutions and old-age mortality in a comparative perspective", *International Journal of Social Welfare*, vol. 19.
- Nunes A. R., K. Lee y T. O'Riordan (2016), "The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: The example of health and well-being", *BMJ Global Health*, vol. 1, N° 3.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2012), "R202 - Recomendación sobre los pisos de protección social, 2012 (núm. 202)" [en línea] [https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100\\_INSTRUMENT\\_ID:3065524](https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0:NO:P12100_INSTRUMENT_ID:3065524).
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2023a), "Global Health Expenditure Database" [en línea] <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/es>.
- \_\_\_(2023b), "Atención primaria de salud" [en línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- \_\_\_(2023c), *Fourth Round of the Global Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services during the COVID-19 Pandemic: November 2022–January 2023. Interim Report*, Ginebra, 1 de mayo.
- \_\_\_(2023d), "Coverage of Essential Health Services (SDG 3.8.1)", Observatorio Mundial de la Salud [en línea] <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>.
- \_\_\_(2021a), *COVID-19 and the Social Determinants of Health and Health Equity: Evidence Brief*, Ginebra.

- \_\_\_(2021b), *Generación de resiliencia en los sistemas de salud en pro de la cobertura sanitaria universal y la seguridad sanitaria durante y después de la pandemia de COVID-19: documento de posición de la OMS* (WHO/UHL/PHC-SP/2021.01), Ginebra.
- \_\_\_(2017), “Background paper for the regional technical consultation on: Monitoring the health-related Sustainable Development Goals (SDGs)”, Nueva Delhi.
- \_\_\_(2015), *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Ginebra.
- \_\_\_(2010a), “A conceptual framework for action on the social determinants of health”, *Social Determinants of Health Discussion Papers*, N° 2.
- \_\_\_(2010b), *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra.
- \_\_\_(1978), “Declaración de Alma-Ata”, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6-12 de septiembre.
- \_\_\_(1949), “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”, *Diario Oficial*, tomo LVI, N° 32, 9 de septiembre.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)/Banco Mundial (2021), “Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2021”, Ginebra.
- OMS/BIRF-Banco Mundial (Organización Mundial de la Salud/Banco Interamericano de Reconstrucción y Fomento-Banco Mundial) (2023), *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*, Ginebra.
- OMS (Organización Mundial de la Salud)/Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*, Ginebra.
- OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud) (2024), *Análisis del desempeño presupuestario del sector salud en el período 2019-2021. Resultados para Chile, Colombia, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay*, Washington, D.C.
- \_\_\_(2023), *Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: síntesis de resultados y recomendaciones*, Washington, D.C.
- \_\_\_(2022a), *Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas: enseñanzas de la COVID-19*, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- \_\_\_(2022b), “Monitoreo y análisis de los indicadores de las metas del ODS-3 y sus desigualdades sociales a nivel regional, subregional, nacional y subnacional” [en línea] <https://opendata.paho.org/es/ods3/monitoreo-y-analisis/monitoreo-de-las-metas-y-sus-desigualdades>.
- \_\_\_(2022c), *Política para recuperar el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible con equidad por medio de medidas que aborden los determinantes sociales de la salud y el trabajo intersectorial* [en línea] <https://www.paho.org/es/documentos/politica-para-recuperar-progreso-hacia-logro-objetivos-desarrollo-sostenible-con-equidad>.
- \_\_\_(2021), “Estrategia para el establecimiento de sistemas de salud resilientes y la recuperación en la etapa posterior a la pandemia de COVID-19 a fin de mantener y proteger los logros de la salud pública”, 59° Consejo Directivo, 73a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas [en línea] [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58305/CD59-R12-resolution\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/58305/CD59-R12-resolution_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- \_\_\_(2020a), *Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas: una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*, Washington, D.C.
- \_\_\_(2020b), *Orientaciones para la aplicación de medidas de salud pública no farmacológicas en grupos de población en situación de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19* [en línea] <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52955>.
- \_\_\_(2019a), *Pacto 30.30.30. APS para la Salud Universal*.
- \_\_\_(2019b), *Salud universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel*, Washington, D.C.
- \_\_\_(2016), *Los sistemas de salud resilientes* (CD55/9), 55° Consejo Directivo, 68a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C.
- \_\_\_(2014), *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* (CD53/5, Rev.2) [en línea] <https://www.paho.org/es/file/85380/download?token=dziKLt.txt>.
- Pradhan, P. y otros (2017), “A systematic study of Sustainable Development Goals (SDG) interactions”, *Earths Future*, vol. 5, N° 11 [en línea] <https://doi.org/10.1002/2017ef000632>.
- Rahman, M. M. y otros (2022), “Global, regional, and national progress in financial risk protection towards universal health coverage, 2000–2030”, *Social Science & Medicine*, vol. 312.
- Ramos, D. y otros (2021), “Conditional cash transfer program and child mortality: A cross-sectional analysis nested within the 100 million Brazilian cohort”, *PLoS Medicine*, vol. 18, N° 9.

- Rasella, D. y otros (2013), "Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities", *The Lancet*, vol. 382, N° 9886.
- Robles, C. y R. Holz (eds.) (2023), "El futuro de la protección social ante la crisis social prolongada en América Latina: claves para avanzar hacia sistemas universales, integrales, sostenibles y resilientes", *serie Políticas Sociales*, N° 246 (LC/TS.2023/163), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Saa, T. H. y T. N. Villa (2022), "Las OSC: dificultades y retos para su desenvolvimiento durante la pandemia por COVID-19 en sectores de población vulnerable en el municipio de León, Guanajuato", *SAVIA Revista de Investigación e Intervención Social*, N° 17.
- Salazar-Xirinachs, J. M. (2023), "Repensar, reimaginar, transformar: los "qué" y los "cómo" para avanzar hacia un modelo de desarrollo más productivo, inclusivo y sostenible", *Revista CEPAL*, N° 141 (LC/PUB.2023/29-P/-\*), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Salinas-Rodríguez, A. y B. S. Manrique-Espinoza (2013), "Effect of the conditional cash transfer program Oportunidades on vaccination coverage in older Mexican people", *BMC International Health and Human Rights*, vol. 13, N° 1.
- Scheil-Adlung, X. y L. Sandner (2010), "Evidence on paid sick leave: Observations in times of crisis", *Intereconomics: Review of European Economic Policy*, vol. 45, N° 5.
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (2018), *Breastfeeding: A Mother's Gift, for Every Child*, Nueva York.
- Vásquez-Vera, H. y otros (2022), "Inequities in the distribution of COVID-19: An adaptation of WHO's conceptual framework", *Gaceta Sanitaria*, vol. 36, N° 5 [en línea] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911121001795?via%3Dihub>.
- Viana, C. M. y otros (2022), "Agricultural land systems importance for supporting food security and Sustainable Development Goals: a systemic review", *Science of the Total Environment*, vol. 806, parte 3, Elsevier.
- Weitz, N., M. Nilsson y M. Davis (2014), "A nexus approach to the post-2015 agenda: Formulating integrated water, energy, and food SDGs", *SAIS Review of International Affairs*, vol. 34, N° 2 [en línea] DOI: <https://doi.org/10.1353/sais.2014.0022>.
- Xu, K. y otros (2010), "Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk", *World Health Report (2010) Background Paper*, N° 19, Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Yerramili, P., M. Chopra y K. Rasanathan (2024), "The cost of inaction on health equity and its social determinants", *BMJ Global Health*, vol. 9.
- Zaildo, T. y otros (2023), "Barriers to and facilitators of populational adherence to prevention and control measures of COVID-19 and other respiratory infectious diseases: A qualitative evidence synthesis", *European Respiratory Review*, vol. 32, N° 168.

Este informe fue preparado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Secretario Ejecutivo de la CEPAL, José Manuel Salazar-Xirinachs, y el Director de la OPS, Jarbas Barbosa da Silva Jr., dirigieron su elaboración.

Para la elaboración de esta publicación se contó con los aportes de los siguientes especialistas de la CEPAL y la OPS:

CEPAL - Alberto Arenas de Mesa, María Luisa Marinho, Consuelo Farías, Daniela Huneeus, Daniel Titelman y Daysi Sanmartín.

OPS - James Fitzgerald, Gerry Eijkemans, Ernesto Báscolo, Claudia Pescetto, Juan Pablo Pagano, David Debrott Sánchez, Natalia Houghton, Orielle Solar, Pamela Bernales, Hugo Vásquez, Fabricio Méndez y Santiago Soto.

Las Naciones Unidas y los países que representan no son responsables por el contenido de vínculos a sitios web externos incluidos en esta publicación.

Copyright © Naciones Unidas, 2024

S.2400869[S]



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)  
Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC)  
[www.cepal.org](http://www.cepal.org)